



UNIVERSIDAD DE MURCIA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIOSANITARIAS

**Análisis del Consumo de Drogas de Abuso en Mujeres
que Interrumpen Voluntariamente su Embarazo**

**D. Francisco Valero Atienza
2016**

INDICE

| | |
|--|-----|
| 1. RESUMEN..... | 1 |
| 2. INTRODUCCION | |
| 2.1. Salud sexual y Reproductiva..... | 4 |
| 2.1.1. Planificación familiar..... | 5 |
| 2.1.2. La interrupción voluntaria del embarazo..... | 6 |
| 2.2. Drogas de abuso | |
| 2.2.1. Definición..... | 19 |
| 2.2.2 Clasificación de las drogas de abuso..... | 19 |
| 2.2.3. Epidemiología del consumo de las drogas de abuso..... | 21 |
| 2.2.4. Efectos sobre la gestación y el feto en desarrollo..... | 26 |
| 2.2.5. Biomarcadores de exposición a drogas de abuso..... | 28 |
| 2.2.5.1. Matrices clásicas..... | 29 |
| 2.2.5.2. Matrices biológicas alternativas..... | 30 |
| 3. OBJETIVOS..... | 39 |
| 4. MATERIAL Y METODOS | |
| 4.1. Tipo de estudio..... | 40 |
| 4.2. Población de estudio. | |
| 4.2.1. Criterios de inclusión..... | 40 |
| 4.2.2. Criterios de exclusión..... | 40 |
| 4.3. Procedimiento..... | 40 |
| 4.4 Cuestiones legales y éticas..... | 42 |
| 4.5. Determinación de drogas en muestras de pelo..... | 44 |
| 4.6. Análisis estadístico..... | 45 |
| 5. RESULTADOS | 47 |
| 6. DISCUSION | 109 |
| 7. CONCLUSIONES | 129 |
| 8. BIBLIOGRAFIA | 131 |

1. RESUMEN

El consumo de sustancias de abuso en la sociedad actual es un problema con graves repercusiones sociales, económicas y sanitarias. El consumo y el abuso de estas sustancias se produce a nivel mundial, va aumentando cada año y afecta a todas las clases sociales y grupos de edad. La acción principal de estas drogas sobre el sistema nervioso central convierte a la mujer gestante y al feto en desarrollo en un colectivo especialmente sensible a su acción tóxica. Aunque no se conocen todos los efectos derivados del consumo de drogas durante el embarazo, numerosos estudios muestran que pueden causar aborto, prematuridad, bajo peso al nacer y diversos problemas conductuales y cognitivos en los niños expuestos. La relación entre la utilización de métodos anticonceptivos y el consumo de alcohol y otras drogas se ha estudiado desde distintas perspectivas y utilizando distintas metodologías, encontrando un incremento de conductas sexuales de riesgo, embarazos no deseados y de abortos en mujeres consumidoras pero siempre señalando las limitaciones de estos estudios y la complejidad de este tipo de asociaciones

El objetivo principal de este trabajo es analizar la prevalencia de consumo de drogas de abuso en mujeres embarazadas que solicitan una interrupción voluntaria del embarazo, estudiar la relación entre el consumo de dichas sustancias y distintas variables sociodemográficas y ginecológicas. Así mismo, analizar la validez de los cuestionarios estructurados de consumo frente a los análisis de marcadores de exposición en pelo para la detección del consumo en esta población.

En este trabajo de investigación hemos analizado las principales drogas de abuso y sus metabolitos en cabello procedente de mujeres gestantes, que interrumpen voluntariamente su embarazo en una clínica acreditada de la Región de Murcia, en la semana 12 del embarazo.

El perfil de la mujer que interrumpe su embarazo en la semana 12 en la Región de Murcia se corresponde con la de una mujer entre 17 y 32 años, soltera, con pareja estable, con nivel de estudios básicos, en un alto porcentaje

de nacionalidad extranjera, que ya han tenido algún embarazo y tienen al menos un hijo vivo en el momento de la intervención y con antecedentes en el 43,5% de al menos un aborto anterior. Nuestra población no suele acudir a centros de planificación familiar de forma habitual y en muchos casos no utiliza ningún método anticonceptivo para prevenir embarazos no deseados. Es necesario mejorar la información y educación sobre los recursos de anticoncepción disponibles, facilitar el acceso a los centros de planificación familiar a colectivos como adolescentes o inmigrantes, así como aumentar el tipo de métodos anticonceptivos financiados por la sanidad pública y facilitar el acceso y financiar la anticoncepción de emergencia.

Del total de 237 muestras, 163 (68.8%) dieron resultados positivos para la presencia de, al menos, una de las sustancias de abuso estudiadas. Si excluimos el tabaco, el número de muestras positivas se reduce a 83 (35%), un tercio de la población estudiada había consumido alguna droga ilegal en los tres meses previos a la intervención. 135 muestras fueron positivas a tabaco, 61 a cannabis, 36 a cocaína, 9 a opiáceos y 2 a MDMA. El consumo de sustancias de abuso legales e ilegales es más alto en la muestra estudiada que en la población femenina de edades similares o que en otros estudios realizados en mujeres gestantes que llevan los embarazos a término.

Las mujeres consumidoras de drogas ilegales frente a las no consumidoras eran en mayor proporción españolas, no era su primer aborto y consumían más tabaco y alcohol. En los grupos de mujeres consumidoras de cocaína, opiáceos o MDMA y en el de policonsumidoras estas asociaciones eran más pronunciadas.

Una de cada cuatro mujeres de la muestra consumía cannabis. El grupo de mujeres que consumía solo cannabis en relación con el grupo de no consumidoras utilizaba anticonceptivos en menor proporción, es proporcionalmente más joven y soltera y tenían en menor proporción pareja estable.

La entrevista materna no es válida para la detección del consumo de estas sustancias durante el embarazo, siendo el análisis del cabello mucho más útil para detectar este consumo y poder establecer medidas preventivas y terapéuticas tanto para la embarazada como para el feto y recién nacido.

En la muestra estudiada la tasa de abortos de repetición es más alto que el que se produce en el conjunto de mujeres que interrumpen su embarazo en España. Las variables con significación estadística que influyen en este fenómeno de repetición de las IVES son: la edad, los embarazos anteriores, el estado civil, la profesión, el país de origen y el consumo de drogas de abuso.

Sobre esta población de riesgo se han de establecer medidas de prevención con el fin de disminuir la elevada frecuencia de abortos y de consumo de drogas e incluir el consejo específico sobre el uso de drogas de abuso en el colectivo de mujeres que solicitan una IVE.

2. INTRODUCCION

2.1. Salud sexual y reproductiva.

La OMS define la salud sexual y reproductiva (SSR) como el estado de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos a la sexualidad y reproducción durante todas las etapas de la vida, no es sólo la ausencia de enfermedad, sino que implica que las personas puedan tener una vida sexual plena y segura. En 1994 en la Conferencia Internacional sobre Población de El Cairo los conceptos de planificación familiar y anticoncepción dan paso al concepto de “salud reproductiva” entendiéndose como el hecho de llevar una vida sexual responsable, satisfactoria y segura, además de la capacidad de reproducirse y decidir libremente si se quieren tener hijos, cuantos y cuando tenerlos (Lete, I et al, 2004).

Los derechos sexuales y reproductivos han sido reconocidos por la comunidad internacional como derechos humanos en declaraciones, convenciones y pactos de las Naciones Unidas y otros documentos aprobados internacionalmente. A nivel europeo cabe destacar que el Parlamento Europeo aprobó la Resolución 2001/2128(INI) sobre salud sexual y reproductiva y los derechos, realizando un conjunto de recomendaciones a los Gobiernos de los Estados miembros en materia de anticoncepción, embarazos no deseados y educación sexual. Constata además la desigualdad y dificultades que sufren las mujeres europeas en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, a la interrupción voluntaria del embarazo en función de sus ingresos, su nivel de renta o el país de residencia.

La salud sexual y reproductiva está muy ligada a la salud pública existiendo una importante relación entre planificación familiar y distintos factores socioeconómicos (Ruiz-Muñoz, D. et al, 2013). Numerosos autores han analizado cuales son estos determinantes en SSR y cómo influyen a lo largo de

toda la vida reproductiva de las personas produciendo desigualdades en el acceso a la SSR:

-Factores Individuales: dependen de cada persona y están relacionadas con factores sociosanitarios como la edad, género, clase social, ingresos económicos, origen, religión, etc., las mujeres con una peor situación socioeconómica utilizan menos métodos anticonceptivos eficaces y en consecuencia tienen más embarazos no planificados y más interrupciones de embarazo (Font-Ribera, L., et al. 2007), (Forrest JD. 1994).

-Factores del entorno: existe una interrelación entre la realidad social y la personal que va a influir en la sexualidad y en la existencia de embarazos no planificados. En función de la existencia de políticas que faciliten o dificulten el acceso al aborto o a métodos anticonceptivos eficaces y según como se definan estas políticas habrá unas repercusiones sobre la sexualidad y sobre los embarazos no planificados, influyendo además otros factores como el contexto religioso o las políticas laborales y redistributivas.

2.1.1. Planificación familiar

Tradicionalmente el concepto de planificación familiar se ha equiparado al control de la natalidad y la anticoncepción. La anticoncepción nace de la necesidad de las personas de separar la sexualidad de la procreación, a partir del momento en que los hombres y las mujeres son conscientes de que ambos hechos van naturalmente unidos. El uso de métodos anticonceptivos es un indicador del nivel sociocultural de una sociedad y, al mismo tiempo, un elemento facilitador de la salud reproductiva.

El control de la fertilidad natural es una preocupación constante a lo largo de la historia, tanto en el ámbito personal como en el social. Los inicios de la anticoncepción científica comienzan a finales del siglo XIX y principios del XX en que se empieza a investigar con hormonas con fines anticonceptivos pero no es hasta Chang que demuestra la capacidad del noretinodrel para inhibir la

ovulación de las conejas. Sus trabajos junto con los de Pincus y Hoagland llevan a la experimentación con humanos de la píldora anticonceptiva llevado a cabo por Rock, jefe de servicio de Obstetricia y Ginecología de Harvard (Speroff, 2006). Posteriormente el ensayo de Ramón García en Puerto Rico en 1958 que demostró que el gestágeno inhibía la ovulación y al añadir un estrógeno se evitaba o disminuía el sangrado irregular (Lete I, 2006), autorizando la FDA el uso del Enovid 10 mg (150 microgramos de mestranol y 9,85 mg de noretinodrel por comprimido) como anticonceptivo en 1959 (Calaf J., 2005). La píldora anticonceptiva se empieza a comercializar en Estados Unidos en 1960 y en Europa en 1961. En España se autoriza con la indicación de control del ciclo, ya que la gran influencia de la Iglesia Católica en la España de los años 60 impidió su legalización como anticonceptivo hasta 1978, en plena transición democrática, en que se despenalizan los anticonceptivos en general y la píldora en particular (Martínez Salmeán J., 2005). Hasta ese momento los métodos empleados eran la abstinencia periódica, el coitus interruptus y los preservativos. En España, en el año 1985, 7 años después de haberse legalizado el uso de métodos anticonceptivos, tan sólo el 33% de las mujeres utilizaba alguno de ellos (Encuesta de Fecundidad, 1985).

En el año 2001 se introduce en España el levonorgestrel como anticonceptivo de emergencia o píldora postcoital, que ha de ser administrada en las primeras 72 horas tras el coito, y que ha tenido una respuesta muy variable en el comportamiento de los profesionales de la salud para su dispensación (Pérez G., 2009).

2.1.2. La interrupción voluntaria del embarazo.

La interrupción voluntaria del embarazo fue legalizado por la Generalitat de Cataluña en 1937 durante un corto periodo de tiempo, pues fue nuevamente ilegalizado en 1939 tras el triunfo de Franco en la Guerra Civil. En 1985, tras la transición democrática, se despenaliza el aborto en 3 supuestos: embarazo consecuencia de una violación, durante el primer trimestre del embarazo, por riesgo de anomalía congénita en el feto durante los dos primeros trimestres y por

riesgo para la salud física o psíquica de la embarazada sin límite temporal para abortar.

Finalmente en el año 2010, fruto de la evolución social sobre el tema y tras múltiples iniciativas parlamentarias de los grupos de izquierda del Parlamento español (Cambronero-Saiz, B. et al, 2007) se aprueba la Ley Orgánica 10/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, en la que en su primera parte legisla sobre una serie de medidas preventivas para evitar los embarazos no buscados así como de las ITS y en su segunda parte desarrolla una nueva legislación sobre interrupción de embarazo permitiendo hasta las 14 semanas de gestación el aborto por voluntad de la mujer y a partir de estas semanas hasta las 22 establece que debe de existir una indicación por malformación del feto o peligro grave para la salud de la embarazada y en caso excepcional después de 22 semanas cuando un comité hospitalario considere que hay una malformación fetal incompatible con la vida.

El preámbulo de la ley comienza señalando que “El desarrollo de la sexualidad y la capacidad de procreación están directamente vinculados a la dignidad de la persona y al libre desarrollo de la personalidad y son objeto de protección a través de distintos derechos fundamentales, señaladamente, de aquellos que garantizan la integridad física y moral y la intimidad personal y familiar. La decisión de tener hijos y cuándo tenerlos constituye uno de los asuntos más íntimos y personales que las personas afrontan a lo largo de sus vidas, que integra un ámbito esencial de la autodeterminación individual. Los poderes públicos están obligados a no interferir en ese tipo de decisiones, pero, también, deben establecer las condiciones para que se adopten de forma libre y responsable, poniendo al alcance de quienes lo precisen servicios de atención sanitaria, asesoramiento o información” (BOE, 2010).

Como hemos dicho el contexto sociodemográfico, cultural o religioso influye en la utilización de métodos anticonceptivos y por lo tanto en la aparición de embarazos no planificados, es decir, embarazos que se producen sin intención y que puede seguir adelante o terminar en un aborto. La frecuencia de embarazos no planificados en el mundo oscila entre el 30 y el 50% del total de embarazos

(Promoting Health Preventing Disease, 1991), (Finer L.B., et al., 2001) (Finer LB et al, 2006). Se estima por ejemplo que en Barcelona es un 42% del total de embarazos, elevándose al 80% en mujeres jóvenes (Font-Ribera L. et al, 2008) y su frecuencia en EEUU va en aumento (Forrest JD, 1994), (Williams LB et al, 1990). Aproximadamente la mitad de los embarazos no planificados termina en aborto (Henshaw SK. et al., 1998), (Kost K. et al., 1995), (Alan Guttmacher Institute, 1999) (Finer LB et al., 2006).

El embarazo no buscado representa un problema de salud pública, tanto si termina en un aborto como si no. Se ha visto que los embarazos no deseados tienen más riesgo de presentar problemas obstétricos a lo largo de la gestación y el parto, así como en el recién nacido. Estas asociaciones se producen por las condiciones sociosanitarias y las características de las mujeres que se encuentran en estas circunstancias como son el bajo nivel educativo, problemas económicos, entorno familiar problemático, el hecho de ser madre adolescente, familias monoparentales en las que la madre tienen que hacerse cargo de la crianza de el hijo en exclusiva, así como el consumo materno de alcohol y otras drogas (Kost K. et al., 1988), (Klerman LV. et al, 1988), (Brown SS et al, 1995), (American College of Obstetrics and Gynecology, 1995), (Ruoti Cosp MI et al., 2009) (Rasanen P. et al, 1999) (Mensch BS. et al., 1992.).

En la otra mitad de los casos el embarazo no planificado acaba en un aborto voluntario, que es la intervención quirúrgica que más se realiza en el mundo. Su tasa ha descendido de 35 abortos por 1000 mujeres en edad fértil (entre 15 y 44 años) en 1995 a una tasa de 29 en 2003 y de 28 en el año 2008. Entre los años 1995 y 2003 hubo un descenso del 2,4% mientras que en el período entre 2003 y 2008 el descenso fue sólo del 0,3%. Sin embargo, lo que representa un mayor problema de salud pública a nivel global es que el 49% de estos abortos fueron realizados de forma insegura. Es decir, aunque la tasa de aborto desde 1995 hasta el año 2008 ha disminuido, el porcentaje de abortos realizados sin garantías sanitarias se ha incrementado (Sedgh G. et al., 2012) y son estos los que conllevan una elevada morbimortalidad. Los abortos inseguros se asocian a países con legislaciones muy restrictivas (WHO. 2011), (Grimes DA. et al., 2006), (Singh S. et al., 2006), frente a países con legislaciones más

liberales, donde las complicaciones y la mortalidad son mucho menores por esta causa (Bartlett LA. et al, 2004), (Henshaw SK, 1993), (Grimes DA., 2006). Así, en Suráfrica tras la legalización de su practica, la mortalidad ha descendido drásticamente (Jewkes R. et al, 2005), (Sedgh G. et al., 2007). Lo mismo ha ocurrido en Nepal que tras su legalización en el año 2002 las complicaciones relacionadas con el mismo han pasado del 54% al 28% (Suvedi, Bal Krishna et al., 2009).

El descenso en la estadísticas sobre la tasa de aborto en países con legislaciones restrictivas se han debido principalmente a la utilización como sustancia abortiva del Misoprostol, prostaglandina vendida con la indicación de protector gástrico que se ha utilizado como abortivo, (Juárez F. et al, 2995), (Singh S. et al., 2008), (UN, 2009), (Harlap S., 1980), (Bongaarts J. et al., 1983), (Miller S. et al., 2005), (Lafaurie MM. et al, 2005), (Pérez G., 2007) y al mismo tiempo ha producido un descenso de la morbimortalidad ya que su utilización tiene menos riesgos que otras técnicas de aborto clandestino (Clark S. et al, 2002).

En España, hasta su legalización, las IVES se realizaban de forma clandestina y en condiciones inseguras, lo que originaba una elevada morbimortalidad o las mujeres tenían que viajar, para practicárselo a países de Europa donde su práctica era legal (Peiro R. et al, 1994).

La reforma del Código Penal en España despenalizó la interrupción voluntaria del embarazo en 1985 cuando 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. (BOE, 1985). Y posteriormente por la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo permitiendo el aborto hasta las 14 semanas de gestación por voluntad de la mujer y a partir de estas semanas hasta las 22 establece que debe de existir una indicación por malformación del feto o peligro grave para la salud de la embarazada (BOE, 2010).

La tasa de aborto por 1000 mujeres en edad fértil (de 15 a 45 años) no ha sido muy alta en España en comparación con otros países del entorno europeo o EEUU aunque ha ido en aumento de forma progresiva desde el 7,7 en el año 2001 hasta el 12,44 en el 2011 (Sedgh G. et al, 2012), (Gissler M. et al, 2012).

La gran mayoría de las IVES se realizan en centros autorizados de titularidad privada, lo que hasta la aprobación de la ley del 2010, supuso una desigualdad en el acceso al mismo pues en función de la comunidad autónoma de residencia de las mujeres estaba financiado en distinto porcentaje, así por ejemplo en Navarra no sólo no existía ningún tipo de financiación sino que tampoco existía ningún centro autorizado para su practica por lo que las mujeres de esa comunidad autónoma tenía que desplazarse a las vecinas en las que si existían centros autorizados, mientras que en otras comunidades como en la Región de Murcia si que estaba financiado al 100% por la sanidad pública.

La información estadístico-epidemiológica sobre el perfil de las mujeres que interrumpen de forma voluntaria su embarazo acogiéndose a la legislación vigente en el momento de la interrupción es recogida en nuestro país por los Centros autorizados para su práctica de forma obligatoria y confidencial con los siguientes objetivos:

- Conocer las características demográficas y sociales del colectivo de mujeres a las que se realiza una Interrupción Voluntaria de Embarazo.

- Describir las características del servicio que se presta, tanto en la red sanitaria pública como en la privada.

- Identificar las zonas geográficas de mayor demanda de Interrupciones Voluntarias de Embarazo.

- Servir de base para la planificación tanto de los servicios asistenciales como de los programas de promoción de salud de la mujer.

- Obtener el conocimiento adecuado de las características de las

interrupciones de embarazo realizadas en nuestro país, a fin de poder plantear en cada momento la adecuación del marco legislativo regulador.

Los datos son recogidos en un cuestionario de notificación, único para todos los Centros autorizados del estado, de forma anónima y obligatoria y estos son remitidos, una vez se han cumplimentado, a las Consejerías de Salud de las distintas Comunidades Autónomas y éstas a su vez las remite, en soporte magnético, al Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales, que lo estudia y elabora a nivel nacional mediante un programa para el tratamiento informático de los datos que facilita la transmisión de la información entre las distintas Consejerías de Salud y el propio Ministerio, que elabora, con los mismos, un informe anual con los datos definitivos de la Interrupción Voluntaria de Embarazo del año correspondiente. Una vez concluida la elaboración estadística de los datos recogidos, los cuestionarios son destruidos.

En el año 2009 se realizaron en España 111.482 interrupciones de embarazo, con una tasa por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años de 11,41, siendo en la Región de Murcia, en la que se realiza nuestro estudio, un total de 4.854 interrupciones de embarazo con una tasa de 14,99. Estas tasas se han confeccionado con las Estimaciones de la población actual del Instituto Nacional de Estadística a fin de utilizar una fuente de datos unificada para todo el sistema.

Con respecto a la edad, como se puede ver en la tabla, la mayoría de las mujeres a las que se realizó una IVE están en los intervalos entre 20 y 34 años, tanto en la Región de Murcia como en el resto de España (Tabla 1).

| EDAD | ESPAÑA | | REG. MURCIA | |
|------------------|--------|-------|-------------|-------|
| | Número | % | Número | % |
| Menos de 15 años | 456 | 0,41 | 15 | 0,09 |
| 15-19 años | 13511 | 12,16 | 555 | 11,43 |
| 20-24 años | 26275 | 23,65 | 1138 | 23,44 |
| 25-29 años | 27070 | 24,36 | 1258 | 25,91 |
| 30-34 años | 22747 | 20,47 | 1002 | 20,64 |
| 35-39 años | 15318 | 13,79 | 626 | 12,9 |
| 40-44 años | 5624 | 5,06 | 244 | 5,02 |
| Mas de 44 años | 481 | 0,43 | 16 | 0,33 |

Tabla1

En cuanto a las semanas de gestación en las que se realizó la interrupción de embarazo, la gran mayoría eran de 12 o menos semanas, tanto en la Región de Murcia (93%) como en el resto de España (88,77%) (Tabla 2).

| Semanas embarazo | ESPAÑA | | REG. DE MURCIA | |
|------------------|--------|-------|----------------|-------|
| | Número | % | Número | % |
| 8 o menos | 70425 | 63,38 | 3230 | 66,53 |
| 9-12 semanas | 28215 | 25,39 | 1324 | 27,28 |
| 13-16 semanas | 7021 | 6,32 | 160 | 3,2 |
| 17-20 semanas | 3973 | 3,57 | 76 | 1,57 |
| 21 o mas | 1829 | 1,69 | 64 | 1,32 |
| No contesta | 19 | 0,02 | 0 | 0 |

Tabla 2

Respecto al número de hijos vivos en el momento de la interrupción del embarazo lo más frecuente es que no tengan ninguno y en el caso de que los tengan los más frecuente es que tengan o uno o dos (Tabla 3).

| Nº hijos vivos | ESPAÑA | | REG. DE MURCIA | |
|----------------|--------|-------|----------------|-------|
| | Número | % | Número | % |
| 0 | 52343 | 47,11 | 1783 | 36,73 |
| 1 | 29099 | 26,18 | 1381 | 28,45 |
| 2 | 20768 | 18,7 | 1028 | 21,18 |
| 3 | 6329 | 5,7 | 392 | 8,08 |
| 4 | 1986 | 1,79 | 178 | 3,67 |
| 5 o mas | 925 | 0,83 | 92 | 1,89 |
| No contesta | 32 | 0,03 | 0 | 0 |

Tabla 3

En lo que respecta al número de Interrupciones de embarazo anteriores a la actual, lo más frecuente es que no hayan tenido y en el caso de que si hayan tenido alguna IVE previa lo más frecuente es que haya sido solamente una (Tabla 4).

| IVES anteriores | ESPAÑA | | REG. DE MURCIA | |
|-----------------|--------|-------|----------------|-------|
| | Número | % | Número | % |
| 0 | 72362 | 62,13 | 2964 | 61,06 |
| 1 | 26930 | 24,24 | 1170 | 24,1 |
| 2 | 7985 | 7,19 | 452 | 9,31 |
| 3 | 2453 | 2,21 | 168 | 3,46 |
| 4 | 887 | 0,8 | 48 | 1 |
| 5 o más | 776 | 0,7 | 51 | 1,05 |
| No consta | 89 | 0,08 | 1 | 0,02 |

Tabla 4

En cuanto al nivel educativo hay una diferencia entre la Región de Murcia y el resto de España, pues mientras que en Murcia predominan las mujeres con nivel de estudios primarios (46,76%) en el resto de España predomina el grupo de mujeres con estudios secundarios (52,19%) (Tabla 5).

| | ESPAÑA | | REG. DE MURCIA | |
|------------------|--------|-------|----------------|-------|
| | Número | % | Número | % |
| Nivel estudios | | | | |
| Analfabeta | 851 | 0,76 | 25 | 0,52 |
| Sin estudios | 3209 | 2,89 | 289 | 5,95 |
| Primarios | 26613 | 23,95 | 3270 | 46,76 |
| Secundarios | 64652 | 58,19 | 1901 | 39,16 |
| Universitarios | 15272 | 13,74 | 369 | 7,6 |
| No clasificables | 95 | 0,09 | 0 | 0 |
| No consta | 790 | 0,71 | 0 | 0 |

Tabla 5

Respecto al estado civil la mayoría de las mujeres que interrumpen su gestación son solteras, tanto en la Región de Murcia (68,39%) como en el resto de España (68,49%) como se puede apreciar en la tabla 6

| | ESPAÑA | | REG. DE MURCIA | |
|--------------|--------|-------|----------------|-------|
| | Número | % | Número | % |
| Estado civil | | | | |
| Solteras | 76101 | 68,49 | 3320 | 68,39 |
| Casadas | 25547 | 22,99 | 1197 | 24,66 |
| Viudas | 490 | 0,44 | 21 | 0,43 |
| Divorciadas | 4176 | 3,7 | 138 | 2,84 |
| Separadas | 4407 | 3,97 | 178 | 3,67 |
| No consta | 761 | 0,68 | 0 | 0 |

Tabla 6

La situación laboral más frecuente de las mujeres que interrumpieron su embarazo es la de asalariadas, tanto en la Región de Murcia (57,99% como en el resto de España (56,21%) (Tabla 7).

| Situación laboral | ESPAÑA | | REG. DE MURCIA | |
|-------------------|--------|-------|----------------|-------|
| | Número | % | Número | % |
| Empresaria | 644 | 0,58 | 8 | 0,16 |
| Auto empleo | 1593 | 1,43 | 21 | 0,43 |
| Asalariada | 62453 | 56,21 | 2815 | 57,99 |
| Pensionista | 322 | 0,29 | 5 | 0,1 |
| Estudiante | 12052 | 10,85 | 426 | 8,77 |
| Parada | 22751 | 20,48 | 720 | 14,83 |
| S.L. | 9747 | 8,77 | 823 | 16,95 |
| Otros | 1422 | 1,28 | 36 | 0,74 |
| No consta | 498 | 0,45 | 0 | 0 |

Tabla 7

La gran mayoría de estas mujeres no ha utilizado previamente los servicios de Planificación Familiar, bien sean de la red sanitaria pública o de la privada, dato más marcado aun en la Región de Murcia (72,18%) que en el resto de España (57,28%) (Tabla 8).

| Utilización CPF | ESPAÑA | | REG. DE MURCIA | |
|-----------------|--------|-------|----------------|-------|
| | Número | % | Número | % |
| SI, publico | 28706 | 25,83 | 829 | 17,07 |
| SI, privado | 11936 | 10,74 | 223 | 4,59 |
| SI, otros | 5736 | 5,16 | 297 | 6,12 |
| NO | 63640 | 57,28 | 3504 | 72,18 |
| No constan | 1464 | 1,32 | 6 | 0,12 |

Tabla 8

Respecto a la indicación de la IVE, la gran mayoría se realizaron por peligro para la salud (Física o psíquica) de la embarazada, tanto en la Región de Murcia (97,46%) como en el resto de España (96,74%) (Tabla 9).

| INDICACION | ESPAÑA | | REG. MURCIA | |
|----------------|--------|-------|-------------|-------|
| | Número | % | Número | % |
| Salud materna | 107360 | 96,74 | 4731 | 97,46 |
| Riesgo fetal | 3317 | 2,98 | 120 | 2,47 |
| Violación | 17 | 0,02 | 0 | 0 |
| Varios motivos | 302 | 0,27 | 3 | 0,06 |
| No consta | 0 | 0 | 0 | 0 |

Tabla 9

Por el país de nacimiento de las mujeres a las que se practicó una IVE, la mitad aproximadamente nacieron en España, observándose más peso de la población migrante en la Región de Murcia (57%) que en el resto de España (42,79). Dentro de este colectivo de mujeres de origen no español destacan las latinoamericanas y africanas (Tabla 10).

| Pais nacimiento | ESPAÑA | | REG. DE MURCIA | |
|-------------------|--------|-------|----------------|------|
| | Número | % | Número | % |
| España | 62602 | 57,21 | 2087 | 43 |
| UE (resto) | 1888 | 9,17 | 266 | 5,48 |
| Centro.Sur Americ | 27113 | 23,68 | 1932 | 39,8 |
| África | 6184 | 5,5 | 474 | 9,76 |
| Asia | 1900 | 1,7 | 39 | 0,8 |
| Resto países | 1643 | 1,48 | 56 | 1,15 |
| No consta | 1152 | 1,37 | 0 | 0 |

Tabla 10

La interrupción de embarazo en la gran mayoría de los casos es consecuencia de un embarazo no planificado, se estima que sobre el 41% de embarazo son no buscados y de estos el 60% acaban en aborto (Font-Ribera L. et al, 2008). El embarazo no buscado se relaciona con situaciones de desigualdad socioeconómica como el nivel educativo, la clase social, el trabajo o

la situación de inmigrante (Rasch V, et al, 2002) (Helstrom L, et al, 2003). Estos factores influyen en un menor acceso a programas de planificación familiar y a métodos anticonceptivos, aunque también se relacionan con el acceso de la mujer al mercado laboral, en el que, ante la falta de políticas de apoyo a la maternidad, un embarazo representa un obstáculo para acceder o permanecer en el mismo. Por otra parte son importantes las desigualdades en función del territorio en el que vive la mujer pues el aborto es más frecuente en regiones con un mayor porcentaje de inmigrantes de fuera de la UE, con menor proporción de estudiante universitarios y una baja inversión en educación no universitaria (Pérez, G. et al., 2013).

La relación entre la utilización de métodos anticonceptivos y el consumo de alcohol y otras drogas se ha estudiado con anterioridad desde distintas perspectivas y utilizando distintas metodologías, encontrando un incremento de conductas sexuales de riesgo y de abortos en mujeres consumidoras (Coleman PK, 2002), (Drescher-Burke K ,2013) (Gálvez-Buccollini, J.A. et al., 2009), (Anderson,J.E. et al, 2008) pero siempre señalando las limitaciones de estos estudios y la complejidad de este tipo de asociaciones. La exposición a alcohol y otras drogas durante el embarazo puede producir alteraciones en el desarrollo embrionario o fetal pudiendo ocasionar aumento de la mortalidad neonatal (Bustan MN et al., 1994) malformaciones o problemas de crecimiento fetal (Mena M, et al 2000), (Devane C. et al, 1989), (Schempf AH, 2007), (Shankaran S et al, 2004) problemas en el parto, como parto prematuro (Cornelius M., 2002), síndrome de abstinencia neonatal, que requiera tratamiento (Ebner N. et al, 2007), (Sharma R. et al, 1994), síndrome de muerte súbita del lactante (Lester BM et al, 2002) e incluso durante el resto de la vida del recién nacido (Huestis MA. et al., 2002), (Guerri C., 1998), como retraso mental (AAP, 2000), (Meschke LL. et al, 2003) o problemas de inadaptación social (Sampson R. et al., 1993), (Loeber R, et al., 1986), asociados a los efectos de estas sustancias en el feto y a las condiciones sociosanitarias en las que pueden vivir estas familias.

En adolescentes el embarazo no buscado se relaciona en más publicaciones con el uso de alcohol y sustancias psicoactivas. La prevalencia de

consumo de drogas entre los adolescentes va en aumento en los distintos estudios epidemiológicos, así los datos de la European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) muestran un aumento del uso de drogas ilegales con fines experimentales (Hibell B. et al, 2009). Los adolescentes consideran a estas sustancias un instrumento facilitador y potenciador de las relaciones sexuales (Sumnall HR. et al., 2007) así el alcohol es la sustancia más utilizada y la que más influye en la conducta sexual, es utilizada para reforzar la confianza y rebajar las inhibiciones (Abrahamson M. et al., 2004), (Da Silva MI et al, 2001), (Martin L. , 2001), (Lameiras-Fernández M. et al, 2005), (Gaspar T. et al., 2006), (Reis M. et al, 2008), el cánnabis se utiliza para facilitar el inicio , desinhibirse y aumentar la excitación (Pechansky F. et al, 2000), (Calafat A. et al, 2008), la cocaína para buscar mayor placer y prolongar la relación sexual (Souza D. et al, 1998), la heroína para evitar la eyaculación precoz (Castaño GA. et al., 2010), el éxtasis fue mitificado en los años 80 y 90 del siglo pasado como la droga del amor por lo que fue muy usada en las prácticas sexuales (Zemishlany Z. et al., 2001), (Sumnall HR. et al, 2006). Algunos autores relacionan el uso de estas sustancias con rasgos de la personalidad que busca sensaciones (González R. et al, 2005) o incluso con trastornos de la personalidad como baja autoestima (Gullette DL. et al, 2006) o impulsividad (asociada al uso de la cocaína) (López A. et al., 2006), (Compton WM. et al, 1995).

Estas sustancias actúan sobre el lóbulo frontal (Leeman RF. et al, 2009) alterando las capacidades cognitivas de evaluar coste-beneficio de la relación sexual y produciendo alteraciones en la toma de decisiones que incrementan las posibilidades de mantener prácticas sexuales de riesgo (Bonomo Y. et al., 2001), (Caffray CM. et al., 2000), (Elliott L. et al, 2006) con baja utilización de métodos anticonceptivos, olvidando los mensajes de sexo seguro que hubiesen puesto en práctica sino estuviesen bajo los efectos de estas sustancias (Lomba L. et al, 2009) pudiendo tener como consecuencia embarazos no buscados así como contagio de ITS (Bellis MA. et al, 2004), (Cooper AL. et al., 1994), (Coleman L. et al, 2005), (Donovan C. et al, 1995), (Rodríguez A. et al, 2007).

2.2. Drogas de abuso

2.2.1. Definición

Existen múltiples definiciones de drogas según el contexto en el que se aplique este término.

Se podría definir como “todas aquellas sustancias que producen dependencia y que se emplean voluntariamente para provocarse determinadas sensaciones o estados psíquicos no justificados terapéuticamente” (Gisbert Calabuig). Esta definición incluiría a las drogas de abuso tanto legales (como alcohol y tabaco) como las ilegales (cánnabis, cocaína, opiáceos y anfetaminas).

Los efectos de la dependencia de estas sustancias son los síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que ponen de manifiesto un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia y que la sigue consumiendo a pesar de sus efectos adversos.

La dependencia puede ser:

-Física: es la adaptación fisiológica producida por la administración repetida de una sustancia.

-Psicológica: es la tendencia biológica a mantener la estimulación.

Además de la dependencia estas sustancias pueden producir el fenómeno de la tolerancia, que consiste en una disminución de la respuesta a una dosis concreta de una droga por su uso de forma continuada.

2.2.2 Clasificación de las drogas de abuso

Estas sustancias se pueden clasificar en función del efecto que producen sobre el SNC en 3 categorías:

-Sustancias depresoras del SNC: Son las sustancias que provocan una reacción de ralentización en el funcionamiento del cerebro, dando lugar a, desde

una desinhibir hasta el coma, con un proceso progresivo de inducción al sueño, sensación de bienestar, analgesia y disminución de la capacidad motora. Los más utilizados son el alcohol etílico, los tranquilizantes (sobre todo benzodiazepinas), los hipnóticos (barbitúricos y no barbitúricos) y los opiáceos (heroína, morfina y metadona).

-Sustancias estimulantes del SNC (psicoactivas): son las sustancias que actúan acelerando el funcionamiento cerebral aumentando el tono vital del consumidor (sistema respiratorio y cardiovascular) y activando el estado de alerta y vigilia. Pueden ser estimulantes mayores (cocaína y anfetaminas) o menores (nicotina y cafeína).

-Sustancias alteradoras del SNC (psicodislépticas): Son sustancias que distorsionan el funcionamiento del cerebro, produciendo alteraciones perceptivas temporo espaciales o sensoriales (como las alucinaciones). Pueden ser los derivados del cánnabis, las drogas sintéticas (el éxtasis o el MDMA), las sustancias alucinógenas (como el LSD) y los disolventes y las sustancias volátiles.

También, según su situación legal, en función de las restricciones legales existentes en cada país para la producción, la venta y el consumo de estas sustancias, se pueden clasificar en:

-Drogas legales: son aquellas que esta permitidas en la mayoría de países, como el alcohol, el café, el tabaco o los psicofármacos, así como ciertas sustancias cuya dispensación está bajo control de prescripción medica, como la metadona.

-Drogas ilegales: son las sustancias que no están incluidas en el grupo anterior y que se obtienen sin prescripción médica.

Según la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (organismo dependiente de la ONU responsable del control delas drogas) se clasifican en (1971):

- Lista I: LSD, MDMA, MDA, MDEA, GHB y psilocibina.
- Lista II: anfetaminas y derivados, sacobarbital y cocaína.
- Lista III: Algunos barbitúricos (amobarbital, ciclobarbital, pentobarbital) y derivados benzodiazepínicos (flunitrazepam)
- Lista IV: benzodiazepinas, barbitúricos y zolpidem.

2.2.3. Epidemiología del consumo de las drogas de abuso.

A nivel mundial el consumo de drogas de abuso va en aumento cada año sin diferencia de clases sociales o grupos de edad. Por este motivo se ha creado diversos organismos, tanto nacionales, como el Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD), como internacionales como la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) o el Observatorio Europeo Sobre Drogas y Toxicomanías (OEDET) con el objetivo de estudiar periódicamente los indicadores que evalúan la evolución del consumo de estas sustancias de abuso.

Estos organismos tienen la función de recopilar, analizar y difundir información de forma objetivable, fiable y comparable sobre drogas y drogadicción, lo que es de especial importancia por los problemas socio sanitarios, económicos y socioculturales y que deben determinar las inversiones en políticas de prevención dirigidas a los grupos de riesgo resultado de los estudios epidemiológicos de los perfiles de consumo con fin de obtenerla máxima eficacia.

Este consumo de sustancias de abuso es especialmente grave cuando afecta a ciertos colectivos como mujeres embarazadas o menores de edad, y cuando se relacionan con conductas de riesgo, que pueden hacer que las consecuencias de su consumo se vean acentuadas por el contexto en el que se producen como pueden ser la conducción de vehículos, inicio precoz de relaciones sexuales o prácticas sexuales de riesgo.

Los estudios epidemiológicos en Europa y España han puesto de

manifiesto que es en la población más joven en la que se produce una mayor prevalencia de consumo. Así en el informe de la UNODC más reciente sobre el consumo mundial de drogas de abuso en jóvenes a nivel mundial (World Drug Report 2009) indica variaciones en el consumo según las diferentes regiones, presentando en América del Norte, Oceanía y Europa Occidental unos niveles elevados y además en progresión creciente en este grupo de población.

Por otra parte el Observatorio Europeo Sobre Drogas y Toxicomanías (OEDT) en su informe sobre el año 2010 (Annual Report) confirma esta tendencia, poniendo de manifiesto que son los consumidores de drogas legales/ilegales jóvenes (una media de 31 años) los que más frecuentemente iniciaron un tratamiento ambulatorio. Por otra parte el análisis de las pautas de consumo de estas sustancias entre jóvenes muestra una disminución de la disparidad de consumo entre género y respecto a algunos tipos de drogas.

Por lo que respecta a España el estudio de la prevalencia de consumo de sustancias legales/ilegales es estudiado en el Plan Nacional Sobre Drogas, que realiza periódicamente encuestas para estudiar los patrones de consumo de estas sustancias con criterios de prevalencia temporal: alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, en función del tipo de sustancias así como por género. Se realiza una encuesta bianual desde 1995 EDADES, de forma domiciliaria por conglomerados trietápico en la población de 15 a 64 años. De este modo se puede estudiar la situación y evolución del consumo en la población general, la edad de inicio, así como el riesgo percibido ante distintas conductas de consumo y la disponibilidad percibida de estas sustancias.

Los resultados de las encuestas nos muestran, con respecto a la edad media del inicio del consumo, una tendencia decreciente (en concordancia con el resto de Europa), así como una elevada prevalencia de consumo entre los jóvenes con edades entre 15 y 34 años, de especial importancia para este estudio, ya que es este grupo de edad el que corresponde más aproximadamente a la edad fértil de la mujer.

Con respecto a las diferencias de género tanto en España, como en el

resto de estudios mundiales, el consumo es mayor en hombres que en mujeres, en algún caso hasta 4 veces más, con la excepción de los hipnosedantes (Figura 1).

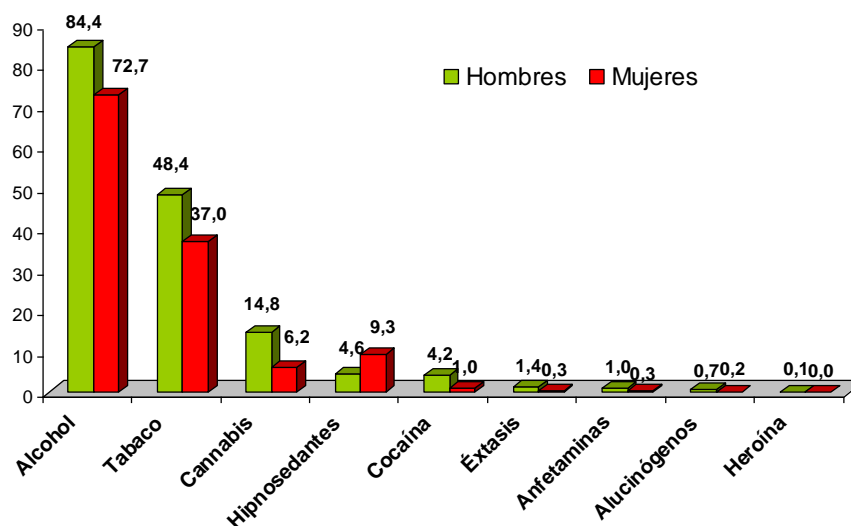


Figura 1

Sin embargo el estudio EDADES pone de manifiesto que esta diferencia por género va disminuyendo progresivamente, así en las generaciones más jóvenes el consumo de estas sustancias tiende a igualarse.

Por el tipo de drogas consumido vemos que el consumo de drogas legales también tiende a igualarse, así la diferencia de consumo entre hombres y mujeres en los últimos 12 meses de tabaco representa una diferencia de un 11,4% (37% de consumo en mujeres frente al 48,4% en hombres), cifras similares se observan en el consumo de alcohol, en el que se aprecia una diferencia en torno al 12% entre hombres y mujeres. Respecto al consumo de sustancias ilegales se aprecia de forma global que la diferencia entre géneros se acorta siendo de alrededor del 4%.

Por ejemplo en el consumo de cocaína en los últimos 12 meses podemos ver las diferencias en el siguiente grafico por edades y sexo, según el informe EDADES en el año 2009 (Figura 2).

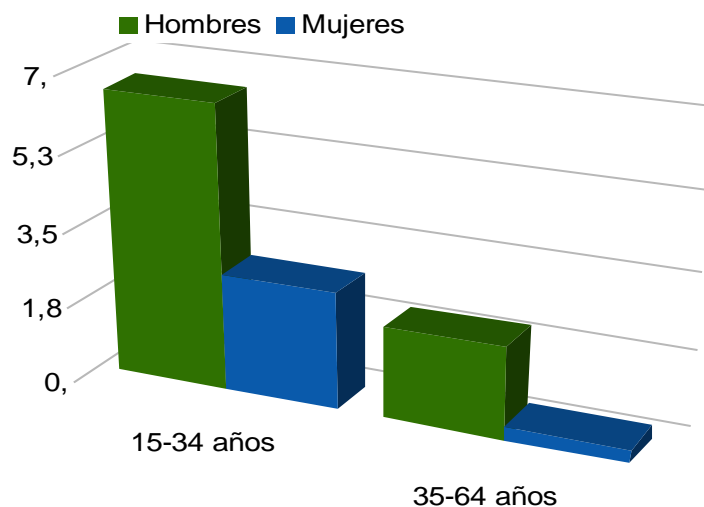


Figura 2

Sin embargo el conocer las pautas exactas de consumo de sustancias legales/ilegales se dificulta por el hecho de la existencia de un consumo simultáneo de 2 o más sustancias psicoactivas en la mitad de los consumidores de estas sustancias y que parece deberse a una disminución de la percepción de riesgo que se asocia al consumo experimental.

La mayoría de estudios sobre prevalencia de consumo de drogas durante el embarazo proceden principalmente de Estados Unidos y Canadá que estiman que entre un 6 y un 40% de los recién nacidos están expuestos a estas sustancias en el periodo prenatal (Bar-Oz et al., 2003), (Birchfield M. et al., 1995), (Gillogley K.M. et al., 1990), (Ostrea E.M. et al., 1992). Así mismo el informe SAMSHA del año 2010 calcula que el consumo de drogas en el último mes de gestación en mujeres embarazadas en Estados Unidos de entre 15 y 44 años es de un 4,4% (SAMSHA, 2010).

Los escasos estudios en Europa sobre el consumo de drogas durante el embarazo estiman una prevalencia de consumo en embarazadas entre 10,6 y el 16,7% (Farkaas A.G. y col, 1995), (Sanaullah, F. et al, 2006) (Sherwood R.A. et al., 1999). Bosio determina la exposición prenatal de COC (analizando su presencia en meconio) en un 2,75%. (Bosio P. et al., 1997). En el mismo periodo,

en un estudio realizado en Roma, empleando vello púbico de mujeres embarazadas como matriz para evaluar el consumo de drogas de abuso se encuentra una prevalencia de consumo materno del 1,9% (Chiarotti M. et al, 1996).

En general se cree que existe una infravaloración del consumo de sustancias en esta población, así como una disminución en la edad media de inicio de consumo de estas sustancias entre la población femenina en general (Huestis MA et al., 2002).

En España no existe un protocolo estandarizado de recogida de datos sobre el consumo de drogas, tanto legales como ilegales, durante el periodo gestacional. Así mismo tampoco existen a nivel nacional encuestas epidemiológicas que nos permitan evaluar el consumo de estas sustancias entre el colectivo de mujeres gestantes.

El rango de edades entre 15 y 34 de la encuesta EDADES de PNSD coincidiría con del grupo de riesgo objeto de estudio en este trabajo, es decir el de la población femenina en edad fértil. Se observa una tendencia estable de consumo de estas sustancias en este sector de la población según los datos del informe EDADES con una prevalencia en el consumo de 0,1% para heroína, 2,9% para cocaína y 13,5% para cánnabis en la población femenina entre 15 y 34 años.

A mediados de los años 90 Martínez Crespo, a través de un cuestionario, estudia a 1773 mujeres embarazadas en el Hospital Clinic de Barcelona estimando que el consumo de cualquier tipo de sustancias de abuso presenta una prevalencia del 7,6%, cifras similares a las encontradas por cribado en orina a la misma población que es del 7,7%. (Martínez Crespo J.M. et al., 1994)

Sin embargo en la mayoría de los casos, los datos obtenidos en los trabajos de investigación basados en la realización de encuestas autoadministradas para la detección del consumo de drogas en esta población se han demostrado de escasa fiabilidad ya que existe una tendencia en la

población encuestada a infra declarar los consumos reales.

Existen otras metodologías más fiables para la detección del consumo de sustancias legales/ilegales durante el embarazo como son el estudio de dichas sustancias y/o sus metabolitos bien en las matrices maternas o bien del recién nacido. Sin embargo estas técnicas tienen inconvenientes como son su alto coste así como que requieren laboratorios con los equipamientos y el personal adecuado, por lo que estas pruebas se reservan a estudios de investigación o bien al estudio de casos clínicos concretos para diagnosticar intoxicaciones en el recién nacido cuando se sospecha el consumo materno. Estas técnicas han demostrado en diversos estudios la alta frecuencia de exposición a estas drogas entre las mujeres en edad fértil y entre las embarazadas (García-Algar O. et al., 2009) (Pichini S. et al., 2005) (Lozano J. et al., 2007).

Un estudio realizado en el Hospital del Mar de Barcelona, el “Proyecto Meconio”, en el que se estudió la presencia de estas sustancias en el meconio de 1209 recién nacidos, fue positivo a la presencia de drogas en el 10,9% de los mismos. Al comparar los resultados obtenidos por el estudio de biomarcadores de exposición vemos una prevalencia de específica de exposición fetal a heroína, cocaína y cánnabis del 4,7, el 2,6 y el 5,3% respectivamente, frente a los cuestionarios estructurados en los que las gestantes encuestadas admitieron el consumo en el 0,3, el 1,2 y el 1,5% de los casos para heroína, cocaína y cánnabis (García Algar, O. et al., 2009) (Pichini S. et al., 2005).

Más recientemente, en un estudio realizado en 347 mujeres embarazadas en Santa Cruz de Tenerife se detectó, mediante determinación en pelo materno recogido en el momento del nacimiento, una prevalencia para cocaína y sus metabolitos de 2,6% (Joya, X. et al, 2012). En otro estudio realizado en Ibiza en el que también, mediante análisis del pelo materno, se estima que el consumo de drogas en embarazadas es de un 15,9%, principalmente cánnabis y COC (Friguls, B et al, 2012) (García-Serra J, et al., 2012)

2.2.4. Efectos sobre la gestación y el feto en desarrollo

La mayoría de los trabajos que analizan el consumo de drogas en mujeres embarazadas se han realizado después del parto con el fin de identificar de forma precoz los recién nacidos expuestos durante la gestación a estas sustancias sin que se hayan realizado estudios de este tipo en mujeres que abortan.

El consumo de sustancias de abuso tiene múltiples efectos sobre el embarazo tanto por la exposición a estas sustancias durante este periodo como, en muchos casos, por el modo de vida de las usuarias de estas sustancias, que va a dar lugar a un aumento del riesgo de complicaciones obstétricas que pueden producir graves consecuencias tanto para el desarrollo fetal como para la salud del recién nacido.

La exposición a alcohol y otras drogas durante el embarazo puede producir alteraciones en el desarrollo embrionario o fetal pudiendo ocasionar aumento de la mortalidad neonatal (Bustan MN et al., 1994), malformaciones o problemas de crecimiento fetal (Schempf, Ashley H, 2007), (Shankaran S, et al, 2004) problemas en el parto así como en el recién nacido. Se ha relacionado el consumo de sustancias de abuso con un menor número de controles prenatales así como otros problemas asociados a las a las condiciones sociosanitarias en las que pueden vivir estas familias.

Tanto el tabaco como la cocaína y las anfetaminas tienen una acción inhibitoria sobre los transportadores de serotonina, norepinefrina y dopamina del SNC y periférico, y durante el embarazo afecta tanto a la gestante como al feto, dando lugar a contracciones uterinas, vasoconstricción y disminución del flujo sanguíneo transplacentario produciendo alteraciones en el desarrollo fetal intrauterino (Myllynen, P. et al., 2005)). Por lo tanto la placenta no es un agente pasivo en los efectos provocados por las drogas de abuso sobre el feto en desarrollo sino que es un objetivo directo de estas sustancias, al comprometer las funciones esenciales de este órgano y como consecuencia de esto en al feto.

Se ha descrito en consumidoras de cocaína alteraciones placentarias como rotura prematura de membranas que junto con la placenta previa asociada al

consumo de tabaco podría explicar la mayor tasa de prematuridad descrita en estas gestaciones. Es probable que estas sustancias se distribuyan a los órganos fetales, por ejemplo encéfalo, según la liposolubilidad y fijación específica en los receptores fetales, muchos de los cuales, como los del SNC y otros órganos, aparecen tempranamente en el desarrollo fetal. Existe muchas controversias sobre el consumo de cocaína y la posibilidad de anomalías congénitas, en concreto se ha relacionado con anomalías a nivel del aparato genitourinario (la más consistente), cardiaco, de las extremidades así como del sistema nervioso central, aunque no hay ninguna estudio consistente que lo avale, pero sí parece haber un cierto consenso en que la exposición prenatal a la cocaína puede tener un efecto negativo en el desarrollo neurológico, tanto afectivo como intelectual (Bennett, D.S. et al., 2002), (Linares,T.J. et al, 2006).

Así mismo la exposición fetal a opiáceos se ha asociado a complicaciones obstétricas, alteraciones de los parámetros somatométricos, sobre todo el peso al nacer (Levy M. et al., 1990), (Shankaran S. et al., 2007), así como síndrome de abstinencia neonata (Winklbaur B. et al., 2008)

2.2.5. Biomarcadores de exposición a drogas de abuso.

Tradicionalmente, desde los años ochenta, para determinar la presencia de sustancias de abuso en el organismo, tanto en la madre como en el feto, se han evaluado mediante el análisis de plasma y orina, por la dificultad que implicaba el estudio de otras matrices biológicas. La principal limitación de estas matrices es que únicamente nos informa del consumo de dichas sustancias en las últimas horas o días.

Sin embargo en las últimas décadas ha ido adquiriendo importancia la determinación de estas sustancias en diferentes fluidos y matrices biológicas distintos a la sangre y la orina, de ahí su nombre de matrices no convencionales (Pichini S. et al. 1996). Esto ha sido posible por varios motivos como las mejoras tecnológicas que han permitido técnicas menos invasoras para la recolección de las muestras, la utilización de nuevos métodos analíticos que posibilitan medir

cantidades ínfimas de las sustancias extraídas de estas nuevas matrices.

Así el análisis de los biomarcadores de exposición, tanto como principio activo y/o sus correspondientes metabolitos en las distintas matrices biológicas tanto maternas (pelo, sangre, saliva, orina) como fetales (pelo, meconio, orina, sangre de cordón) (Concheiro M, et al. 2013) o mixtas (placenta o líquido amniótico), han servido para evaluar la exposición intrauterina a sustancias de abuso.

La elección de una u otra matriz para realizar un análisis toxicológico dependerá de numerosos factores en función de la disponibilidad de las muestras así como de los objetivos del análisis, los perfiles metabólicos de las diferentes matrices neonatales no siempre son los mismos (Ostrea E.M. et al., 1994a). Además se ha de tener en cuenta a la hora de elegir para su estudio una u otra matriz parámetros como la sensibilidad analítica, la invasibilidad de la técnica y la ventana de detección.

Las ventajas e inconvenientes de estas matrices de exposición a drogas de abuso se relacionan a continuación:

2.2.5.1. Matrices clásicas.

-ORINA: Tanto de la madre como del recién nacido. Es uno de los fluidos biológicos más utilizados para detectar la exposición a drogas de abuso.

Tiene muchas ventajas: es un método sencillo con escaso coste y que permite realizar una monitorización por cribado repetido en el tiempo. Su principal desventaja es que la ventana de tiempo de detección es corta por lo que el estudio de la orina del neonato sólo nos aporta información sobre el consumo de estas sustancias unos días antes del parto (Eyler F.D. et al., 2005), (Huestis M.A. et al., 2002), (Lozano J. et al., 2007b).

-SANGRE: Es una matriz que necesita de tratamiento previo para evitar su hemólisis, presentando además el inconveniente de que es una técnica invasiva y que nos da sólo información del consumo de tóxicos una hora antes de la

toma de la muestra.

El estudio de la sangre del cordón umbilical sólo indica el consumo materno y exposición fetal en las horas previas al parto, no sirve por tanto para conocer el consumo en los primeros meses del embarazo, por lo que es más utilizada esta matriz para el diagnóstico del síndrome de abstinencia neonatal, también se ha demostrado su utilidad como biomarcador para determinar la exposición del feto al humo del tabaco, mediante la determinación de cotinina (COT) en esta matriz ((Pichini S. et al., 2000), (Tappin D.M. et al., 1995).

Montgomery propone el estudio del tejido del cordón umbilical como alternativa al meconio para determinar la exposición prenatal a drogas de abuso (Montgomery D. Et al., 2006).

2.2.5.2. Matrices biológicas alternativas

-LIQUIDO ANMIOTICO: Es segregado en las primeras semanas del embarazo y nos informa del paso de sustancias tóxicas al compartimento fetal en la gestación, como la cocaína (COC) (Jain L. et al., 1993), (Ripple M.G. et al., 1992), (Eyler F.D. et al., 2005), (Winecker R.E. et al., 1997). Tiene la ventaja de tener una alta sensibilidad por lo que se ha utilizado en numerosos estudios para determinar la presencia de estas sustancias en el compartimento fetal (Pichini S. et al., 1996), (Pacifici G.M., et al., 1995), (Szeto H.H., 1993), aunque tiene el inconveniente de ser una técnica invasiva que expone a un alto riesgo al feto en la toma de la muestra, salvo que se recoja en el momento del parto.

-MECONIO: Son las primeras heces expulsadas por el recién nacido, se empiezan a formar entre las semanas 12 y 16 de la gestación hasta el final del embarazo (Gareri J. et al., 2006). Está compuesto por células epiteliales intestinales, líquido amniótico, sales biliares, mupolisacáridos, lípidos y agua (Ostrea E.M. et al., 1994b) y se acumula en el intestino del feto hasta el nacimiento por lo que sirve de reservorio de sustancias de abuso, con unas concentraciones más elevadas que en orina neonatal, sangre del cordón umbilical o pelo neonatal (Ostrea E.M. et al., 2008), pues se acumula a lo largo

de varios meses de embarazo (Bar-Oz et al., 2003). Tiene la ventaja de que es una técnica de recogida sencilla y no invasiva, que se realiza entre el 1º y el 5º día del nacimiento y que nos da información de la presencia de tóxicos intrauterinos las últimas 20 semanas de gestación (Lozano J. et al., 2007), (Koren G. et al., 2002) con una sensibilidad del 87% y un 0% de falsos positivos, pero tiene el inconveniente de su elevado coste y que presenta el 32% de falsos negativos, por lo que debería realizarse una posterior confirmación del resultado.

-PLACENTA: Es el órgano que interviene de forma activa en el paso de sustancias entre la mujer embarazada y el feto por medio de la circulación materno-fetal actúa como intercambiador de nutrientes y residuos del feto a la madre. Se forma completamente a las 4 semanas de embarazo y sufre cambios morfológicos a lo largo de todo el embarazo.

Durante mucho tiempo se la ha considerado una barrera defensiva (barrera placentaria) que impedía el paso de sustancias químicas al feto manteniendo así su integridad física frente a agresiones que pudieran llegar desde la sangre materna. Actualmente se ha demostrado que tal barrera no existe ya que la mayoría de sustancias químicas pueden atravesar la placenta y llegar hasta el embrión (Olsen, G.D., 1995). También se ha visto que algunos biomarcadores si pueden quedar retenidos en dicho tejido así como que algunas drogas pueden afectar a los sistemas de transportes de nutrientes y modificar su fisiología (Sastry B.V., 1991).

Si se toma durante el parto tiene la ventaja de que existe gran cantidad de muestra siendo una técnica no agresiva, por lo que se ha utilizado en muchas investigaciones para determinar la exposición fetal a drogas (Joya X., 2010), (Concheiro-Guisan M., et al., 2009) (Concheiro M. Et al., 2010), (Falcón M. et al, 2011), (Chan D. et al., 2004), (de Castro A. et al., 2009).

-SUDOR: La incorporación de estas sustancias al sudor materno se realiza por distintos mecanismos como la difusión pasiva y la migración transdermal, que son favorecidos para sustancias liposolubles. No se utiliza como biomarcador para determinar la exposición fetal a estas sustancias ya que a

pesar de no ser una técnica invasiva se producen errores en su detección pues los compuestos básicos se acumulan en el sudor frente a la concentración sanguínea debido a la diferencia de PH entre ambos fluidos (Pichini S. et al., 1996).

-SALIVA: Es el producto de excreción de las glándulas salivares compuesto fundamentalmente por agua (99%), proteínas y pequeñas cantidades de sales minerales.

Es una técnica no invasiva con una elevada sensibilidad pero con el inconveniente de que sólo sirve para detectar el consumo de estas sustancias en periodos cortos previos a la toma de la muestra, no siendo una técnica válida para demostrar su consumo prolongado a lo largo del tiempo, debido a que las drogas se incorporan a la misma por un mecanismo de difusión pasiva generado por un gradiente de concentración, por lo que bases débiles como cocaína, opiáceos, las benzodiazepinas o la nicotina se concentran en la saliva ya que su pH es algo más ácido que el pH plasmático (Jenkins A.J. et al., 1995). Si que tiene gran utilidad para detección en controles de circulación pues hay una correlación entre la concentración de estas sustancias en saliva con su concentración plasmática (Concheiro M. et al., 2007), (Samyn N. et al., 2002).

-PELO: Es una de las matrices más eficaces para el estudio de la exposición crónica a sustancias de abuso pues su obtención no es invasiva y permite determinar la exposición a estas sustancias durante un periodo más largo del embarazo (Bermejo Barrera A.M. et al., 2011)

Presenta una elevada sensibilidad y especificidad (precisión del 89% con límites de detección en el rango de los ng/mg a los pg./mg). Su principal inconveniente es que es una técnica compleja y costosa no disponible en muchos centros.

PELO NEONATAL: Tiene una ventana temporal amplia (aunque inferior a la del meconio) con la ventaja de que está disponible para su estudio durante los 4 o 5 meses siguientes al parto (Bar-Oz et al., 2003). Se comienza a formar a

partir del 5º o 6º mes del embarazo y tiene un crecimiento medio de 1 cm/mes. Tiene el inconveniente de que requiere para su análisis entre 20 y 50 mgr de pelo y muchos recién nacidos carecen de pelo o lo tienen en una cantidad inferior. Se ha utilizado para estudios de confirmación de exposición prenatal de recién nacidos en madres con sospecha de consumo de distintas sustancias de abuso durante el embarazo: a COC (Sallee FR., et al., 1995), opiáceos (MOR), cánnabis (THC) y benzodiacepinas (Samperiz S., et al., 1996).

Si se compara esta matriz con el meconio para el diagnóstico de la exposición fetal a estas sustancias distintos estudios han puesto de manifiesto que el meconio tiene mejores resultados para determinar la exposición prenatal a sustancias de abuso mientras que la detección de sustancias de abuso en el pelo neonatal se utiliza para el diagnóstico de síndromes de abstinencia neonatal (Vinner et al., 2003a), (Vinner E. et al., 2003b), (Bar-Ozet al., 2003).

PELO MATERNO: Utilizado en este estudio.

Salva el inconveniente antes citado del pelo neonatal y además sirve para conocer el consumo a lo largo del embarazo.

El pelo es un tejido complejo anejo de la piel, consta de:

-Folículo piloso. es el origen del pelo, en su centro germinativo hay células madre en proliferación activa . En un adulto normal existen unos 5 millones.

Esta recubierto por un un rico sistema vascular que lo envuelve y proporciona los nutrientes para el crecimiento del cabello (Pragst F., et al., 2006)

-El tallo del pelo con células queratinizadas en diferentes capas diferenciadas en cutícula y médula. Su superficie es hidrófoba y su interior higroscópico.

La composición química del tallo del pelo es: alfa queratinas (85 a 93%), melanina (complejo polímero derivado de la tirosina), agua (3 a 4%) lípidos (de 1 a 9%) y compuestos minerales (0,25 a 0,95%).Desde el punto de vista estructural la constitución del pelo es similar independientemente del color, origen étnico o región corporal (Figura 3).

Junto al pelo, en el folículo piloso, existen glándulas exocrinas que hay que tener en cuenta para valorar los resultados:

- Glándulas merocrinas: pequeñas glándulas sudoríparas del cuello cabelludo.
- Glándulas apocrinas: glándulas sudoríparas grandes de la axila.
- Glándulas holocrinas: son glándulas sebáceas.

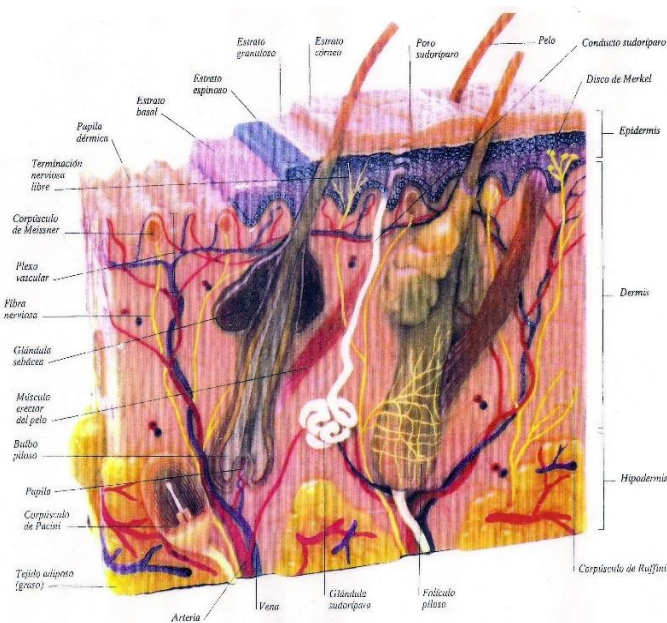


Figura 3.

El crecimiento del pelo no es continuo, sino que alterna periodos de crecimiento y de reposo. Después de un periodo de crecimiento activo (Fase anágena), el pelo entra en un periodo de transición, que suele ser corto (Fase catágena, de 4 a 6 semanas), pasado éste se pasa a un periodo de reposo (Fase telógena) en la que el crecimiento se detiene completamente y el pelo se cae con mucha facilidad. En los cabellos de un adulto la última fase es muy corta, aproximadamente 10 semanas. El folículo entra de nuevo en actividad al finalizar el periodo telógeno, con el crecimiento interno de un nuevo pelo.

La velocidad no es igual para todos los individuos, estando influida por factores como, localización anatómica, edad, sexo o raza, este dato es muy importante para una correcta interpretación de los resultados, sobre todo cuando se ha de realizar un estudio cronológico, se puede considerar que varía entre 0,7 y 3,6 cm/mes, aunque se acepta de forma generalizada un crecimiento de 1 cm/mes.

Según la zona anatómica hay distintos tipos de pelo, como son pelo de la barba, vello púbico y axilar y cabello, por esto se tiene que tener en cuenta, a la hora de interpretar los resultados, el origen anatómico del pelo estudiado, ya que se han encontrado diferencias de concentraciones de sustancias de abuso al comparar vello púbico o axilar con el cuero cabelludo (Balabanova S. et al., 1989;), (Han E. et al., 2005;), (Offidani C. et al., 1993), esto se puede deber a la diferente tasa de crecimiento según la localización anatómica del pelo, a la distinta circulación sanguínea y a la presencia de glándulas apocrinas en axila y vello pubiano.

De todos, el más adecuado para establecer la presencia de drogas de abuso es el cabello.

Las drogas se incorporan al pelo de las siguientes formas (Kinz P., et al., 2006):

-Forma A: difusión activa/pasiva de la sangre a las células de crecimiento del folículo pilosos.

-Forma B: Forma A + difusión a través de secreciones sudorales y sebáceas durante el crecimiento del pelo.

-Forma C: Forma B + Difusión de la contaminación medioambiental al interior del pelo.

Por este motivo sería difícil distinguir el consumo real de sustancias de abuso del procedente de contaminación por contacto con humo o contaminación del sudor (Blank, D.L. et al, 1993).

El transporte de la droga a través de las biomenbranas del pelo depende de los siguientes parámetros (Cone E.J., 1991):

- Tamaño y estructura molecular.
- Microentorno: Gradiente de concentración y pH.
- Naturaleza de las biomenbranas.
- Flujo sanguíneo.
- Liposolubilidad de la droga.
- Unión a proteínas plasmáticas y tisulares.
- Coeficiente de forma ionizada/no ionizada.
- Presencia de enzimas en el folículo pilosos (alcoholdehidrogenasa, carboxilasas, glutatión reductasa, sulfotrasnsferasa, etc.)

Los principales factores que influyen en la incorporación de la droga al pelo son:

- La afinidad de la droga por la melanina.
- La lipofilia y la alcalinidad de la droga.

El hecho de que las mayores concentraciones de sustancias de abuso se encuentren en los pelos más oscuros se ha sugerido que podría deberse a que estas sustancias se unen a la melanina (Mieczkowski, T., et al, 2007).

Requisitos para la validez de los resultados:

-Recogida correcta de la muestra: La zona más idónea es el cabello de la zona occipital, pues es aquí donde el pelo crece de forma más uniforme, tiene una mayor tasa de crecimiento y hay mayor número de folículos pilosos activos. Se debe de cortar un mechón del grosor de un lápiz lo más cerca posible del cuero cabelludo mediante tijeras y fijarlo en un papel indicando el extremo proximal (el más cercano a la raíz) y el distal. La muestra se puede almacenar a temperatura ambiente protegida de la luz directa.

- Mantenimiento de una exigente cadena de custodia.
- Procesado correcto de la muestra.
- Valoración de la contaminación externa del pelo.
- Definición y concreción de criterios para dar resultado positivo.

- Laboratorio acreditado.
- Controles de calidad internos y externos del laboratorio.
- Garantía de calidad de los resultados.

Intervalo de aparición de las drogas en pelo:

Es el tiempo que tarda en aparecer en el pelo una droga administrada en una dosis única, varía para cada sustancia.

Predisposición de las drogas en el análisis del pelo:

-Predisposición racial:

Se han descrito variaciones en el contenido de drogas en la muestra de pelo según el tipo étnico, clasificando a las personas en : caucásicos, africanos y mongoloides (Cone EJ et al., 1991).

-Predisposición por contaminación pasiva, (Mieczkowski, T., et al, 2007):

La contaminación ambiental, es fácil, por la amplia superficie de pelo en relación con su volumen, por tanto es importante diferenciar esta contaminación ambiental pasiva del consumo activo.

Para minimizar este riesgo, previo al análisis de la muestra, se debe realizar un lavado para lo que se han propuesto distintas sustancias (Eser, H.P., et al., 1997), (Girod C., et al, 2000), (Kintz, P., 1995) (Schaffer M.I. et al., 2002), (Skender L. et al., 2002), (Villamor J.L. et al., 2005). A pesar de todo la eliminación total de la contaminación externa se ha demostrado que, a veces, ni con el proceso más laborioso de descontaminación se pueda conseguir con seguridad (Schaffer M.I., et al., 2002), (Tsanacis L. et al., 2008).

-Tratamientos cosméticos en el pelo:

El uso de ciertas sustancias químicas (Cosméticos capilares sobre todo la decoloración y la permanente que emplean ácidos y bases fuertes) pueden alterar los componentes normales del pelo: dañan la cutícula, cambiando la estructura molecular de los pigmentos como la melanina, lo que produce una

disminución en la concentración de estas sustancia (Jurado, C., 2009), por lo que se ha de tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados de los análisis y evitar posibles errores (Martins L.F. et al., 2008), (Potsch L. et al., 1996), (Yegles, M. et al., 2000). No todas las sustancias de abuso son igualmente sensibles a estos productos, así los opiáceos y las benzodiazepinas son más sensibles a estos tratamientos que la cocaína y sus metabólicos.

Ventajas del pelo para el estudio de consumo de sustancias de abuso: la principal es su mayor ventana de detección en el tiempo, que según su longitud va de semanas a meses. Su mayor inconveniente es la posibilidad de obtener falsos positivos por la contaminación ambiental del cabello.

3. OBJETIVOS

1. El objetivo principal de este trabajo es analizar la prevalencia de consumo de drogas de abuso en mujeres embarazadas que solicitan una interrupción voluntaria del embarazo en la semana 12 de gestación en la Región de Murcia.

2. Estudiar la relación entre el consumo de dichas sustancias y distintas variables sociodemográficas y ginecológicas.

3. Analizar la validez de los cuestionarios estructurados de consumo frente a los análisis de marcadores de exposición en pelo para la detección del consumo en esta población.

4. Conocer los patrones de consumo de las diferentes drogas de abuso en este colectivo para realizar campañas de identificación de riesgos, de información, educación y prevención multidisciplinarias.

4. MATERIAL Y METODOS

4.1. Tipo de estudio.

Estudio observacional, descriptivo de carácter transversal.

4.2. Población de estudio.

El estudio se realiza en el periodo comprendido entre septiembre del 2007 y marzo del 2010 entre las usuarias de un clínica de ginecología privada de Murcia concertada con el Servicio Murciano de Salud y autorizada para la realización de interrupciones voluntarias de embarazo (IVE) según la normativa marcada por el RD 2409/1986, de 21 de noviembre .

4.2.1. Criterios de inclusión

Mujeres embarazadas que solicitaron una IVE y que presentaban la indicación, como marcaba la legislación vigente en el momento, de “grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada”.

Los criterios de inclusión fueron:

- Mujeres embarazadas en la semana 12 de gestación.
- Firma del consentimiento informado.

4.2.2. Criterios de exclusión.

- Negativa a participar en el mismo por parte de la mujer.
- Dificultades de comunicación que impedían las entrevistas o la comprensión de los objetivos y alcance del estudio.
- No cumplir los criterios de inclusión (12 semanas de gestación según amenorrea).

4.3. Procedimiento

Tras solicitar las mujeres la interrupción de embarazo, después de haberse comprobado su inclusión en los supuestos legales que establecía la ley, y confirmarse una gestación de 12 semanas mediante ecografía vaginal, las pacientes fueron consultadas por los entrevistadores para participar en el estudio. Las pacientes fueron informadas sobre los objetivos del trabajo y las características del mismo. Después de la firma del consentimiento para su inclusión en el estudio se llevo a cabo la entrevista el mismo día de la intervención.

En la entrevista se cumplimentó un cuestionario estructurado en el que se preguntó a las pacientes sobre el consumo de sustancias de abuso incluido alcohol y tabaco en los tres meses previos a dicha consulta, así como otros factores socioculturales y epidemiológicos de interés.

Simultáneamente se tomo una muestra de pelo de la zona occipital en una cantidad de al menos 50 mg y una longitud de 4 cm, cortado lo más próximo posible a la raíz. La muestra de pelo se almacenó y conservó en una bolsa de papel a temperatura ambiente.

Cuestionario

Datos

- Edad.
- País de origen (y tiempo de residencia en España en el caso de extranjeras).
- Nivel de estudios.
- Profesión.
- Estado civil.
- Pareja estable.
- Existencia de ingresos económicos propios.
- Número de hijos vivos.
- Número de abortos anteriores.
- Asistencia regular a la consulta de ginecología o de planificación familiar para controles periódicos.
- Uso de anticonceptivos.

-Consumo de alcohol, cannabis, cocaína, opiáceos, derivados de anfetamina y tabaco así como pautas de consumo en los 3 meses previos.

Una vez que fueron recogidos los cuestionarios y las muestras de pelo, se revisaron todas las historias clínicas de las participantes a fin de comprobar los datos obtenidos y completar o subsanar los errores en los casos necesarios y se procedió a asignar un número de estudio a cada paciente para que los resultados fueran anónimos sin posibilidad de identificar la identidad de las participantes.

4.4 Cuestiones legales y éticas.

En base a la normativa vigente, se elaboró un protocolo de estudio que fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad de Murcia. También se respetaron los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos establecidos por la Declaración de Helsinki, y se siguió la normativa legal sobre la confidencialidad de los datos por la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter personal. La investigación se realizó después de informar verbalmente y por escrito a las participantes de la siguiente forma:

Título del estudio. Análisis de la exposición a tabaco, alcohol y otras drogas en el primer trimestre de la gestación.

La Universidad de Murcia, está estudiando la prevalencia de la exposición a sustancias psicoactivas en población gestante por lo que solicitamos su colaboración voluntaria en esta investigación.

La participación consistirá en:

- 1) Responder a un cuestionario sobre la exposición a sustancias tóxicas y cuestiones sociodemográficas y ginecológicas.
- 2) Recogida de una muestra de cabello (un mechón pequeño cortado en el lugar menos visible) para analizar la exposición a tabaco, alcohol y otras

sustancias de abuso.

Ambas intervenciones tienen lugar durante su estancia en la clínica y no suponen ninguna técnica dolorosa o que suponga obtención de muestras de sangre. Recuerde que el corte del pelo pasará completamente desapercibido estéticamente.

Este estudio incluirá en él a 400 gestantes.

Los investigadores le garantizan la confidencialidad de todos los datos recabados en este estudio. Los resultados obtenidos serán tratados de forma confidencial siguiendo las garantías de la Ley 15/1999 de 13 de diciembre y una vez recogidos los datos, los participantes serán codificados con un número siendo imposible identificar a la paciente con posterioridad para garantizar el anonimato.

Si necesita más información o aclaraciones, pregunte a los investigadores, ellos le explicarán los detalles que requiera.

Usted puede negarse a participar en el estudio. No tiene por que explicar los motivos y su negativa a participar no afectará los cuidados que le ofrezcan.

Si ahora decide participar pero más tarde prefiere no hacerlo, comuníquelo a los investigadores para que la excluyan.

Si tras leer esta información decide participar, deberá firmar el siguiente impreso de consentimiento informado.

Yo (nombre y apellidos):

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con el personal investigador.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera.

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

4.5. Determinación de drogas en muestras de pelo

Las distintas fases de su análisis fueron:

1.- Lavado y procesado.

Con el fin de evitar contaminantes externos que nos pudieran dar falsos positivos.

Posteriormente se seca en estufa, se corta en pequeños trozos y se pesa la cantidad a analizar.

2.-Análisis

Las muestras de pelo, una vez lavadas y procesadas, fueron sometidas a técnicas inmunoquímicas de cribado (Siemens EMIT® II Plus fue usado para opiáceos, anfetaminas y éxtasis y Microgenics CEDIA® para cocaína y tabaco), en el laboratorio de Farmacología del Instituto Mar de Investigaciones Médicas (IMIM), Barcelona. Los valores de corte para nicotina, cánnabis, opiáceos, anfetaminas, éxtasis y cocaína en los test de cribado fueron 0,1

ng/mg, 0,50 ng/mg, 0,20 ng/mg, 0,50 ng/mg, 0,50 ng/mg y 0,20 ng/mg respectivamente (Falcón M, et al., 2012).

Las muestras que habían tenido resultados positivos (para las drogas ilegales), fueron analizadas para su confirmación mediante cromatografía de gases acoplada con espectrometría de masas (GC-MS), de acuerdo a un procedimiento previamente descrito y validado (Falcón M. et al, 2010). Los límites de cuantificación fueron: 0,2 ng/mg para 6-monoacetilmorfina, morfina y codeína, 0,5 ng/mg para cocaína y benzoilecgonina, 0,1 ng/mg para Δ^9 -tetra-hidrocannabinol, 0,2 pg/mg para ácido 11-nor- Δ^9 - tetrahidrocannabinol-9-carboxílico y 0,2 ng/mg para anfetamina, metanfetamina, 3,4-metilendioxfanfetamina y 3,4-metilendioximetaanfetamina.

4.6. Análisis estadístico.

El tratamiento estadístico de los datos se ha realizado con ayuda del paquete estadístico SPSS 15.0.

Análisis univariante.

Estadísticas descriptivas con frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y las medias, desviaciones estándar, valores máximo y mínimo para las variables cuantitativas.

Análisis bivariante

Para el análisis de variables de tipo categórico se realizó una tabulación cruzada (tablas de contingencia) empleando el estadístico chi-cuadrado de Pearson para contrastar la hipótesis de independencia. Se realizó un análisis de residuos tipificados corregidos con la finalidad de interpretar el significado de la asociación detectada. Los residuos tipificados corregidos con un valor superior a + 1,96 indicaban que había una relación entre ambas categorías a un nivel de confianza del 95%. Cuanto mayor es el

valor del residuo mayor es la relación. El signo + indica la dirección positiva o negativa de la relación.

Se han cruzado todas las variables estudiadas.

Para facilitar el análisis y discusión de los resultados hemos clasificado los casos en distintos grupos según la existencia o no de consumo de drogas ilegales, lo que nos permitirá realizar comparaciones relativas a los patrones de consumo excluyendo del grupo de positivos a las consumidoras de tabaco.

Grupos para el análisis:

No consumidoras: las que dan negativo a todas las drogas ilegales analizadas.

Consumidoras: las que dan positivo a una o más drogas ilegales.

Consumidoras de cánnabis sólo: dan positivo a cánnabis y negativo a otras drogas ilegales.

Consumidoras de otras drogas excluyendo al cánnabis: las que dan positivo a una o más drogas ilegales excluyendo las que consumen sólo cannabis.

Policonsumidoras: las que dan positivo a más de una droga ilegal.

5. RESULTADOS

5.1. Frecuencias simples

5.1.1 Variables sociodemográficas y ginecológicas

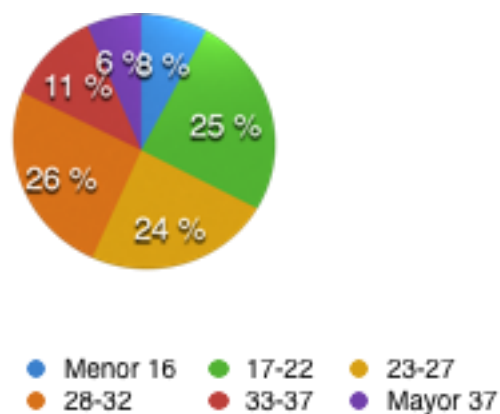
EDAD

La media de la Edad (n=235) fue de 26,25 años con una desviación estándar de 6,348 y con un máximo de 43 y mínimo de 14 años.

La distribución por intervalo de Edades se puede apreciar en la siguiente tabla.

Tabla 11

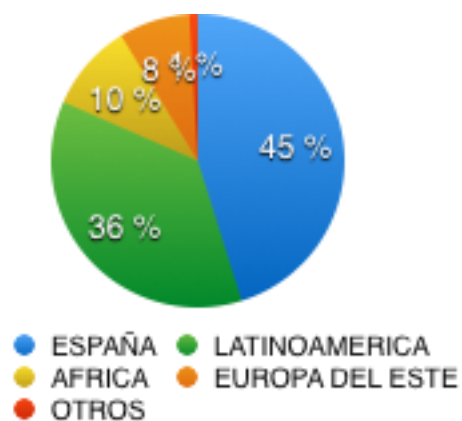
| Edad | Frecuencia | % |
|-----------|------------|-------|
| Menor 16 | 18 | 7,7 |
| 17-22 | 58 | 24,7 |
| 23-27 | 57 | 24,3 |
| 28-32 | 60 | 25,5 |
| 33-37 | 27 | 11,5 |
| Más de 37 | 15 | 6,4 |
| Total | 235 | 100,0 |



PAIS DE ORIGEN

Tabla 12

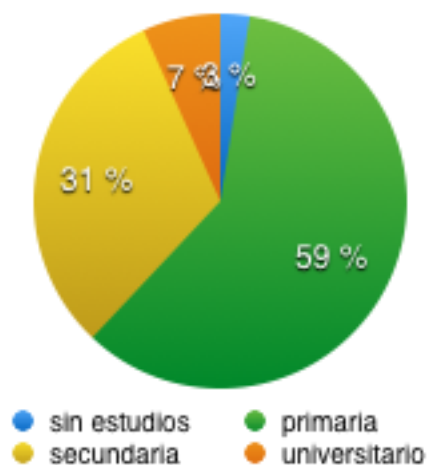
| País | Frecuencia | % |
|-----------------|------------|-------|
| ESPAÑA | 98 | 45,2 |
| LATINOAMERICA | 79 | 36,4 |
| AFRICA | 21 | 9,7 |
| EUROPA DEL ESTE | 17 | 7,8 |
| OTROS | 2 | 0,9 |
| Total | 217 | 100,0 |



ESTUDIOS

Tabla 13

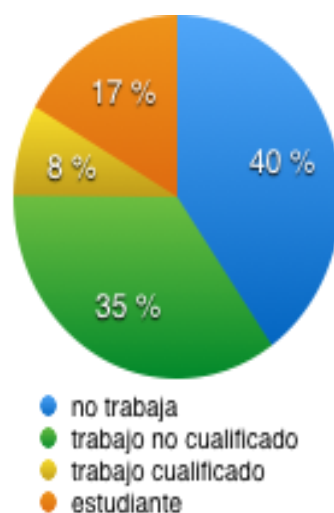
| | Frecuencia | % |
|----------------------|------------|-------|
| Sin estudios | 6 | 2,5 |
| Primaria | 141 | 59,5 |
| Secundaria | 74 | 31,2 |
| Universitario | 16 | 6,8 |
| Total | 237 | 100,0 |



TRABAJO/PROFESION

Tabla 14

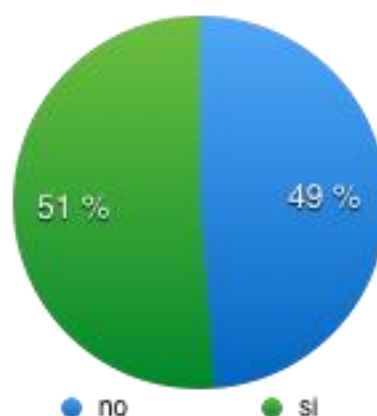
| | Frecuencia | % |
|-------------------------------|------------|-------|
| No trabaja | 84 | 40,2 |
| Trabajo no cualificado | 73 | 34,9 |
| Trabajo cualificado | 17 | 8,1 |
| Estudiante | 35 | 16,7 |
| Total | 209 | 100,0 |



INGRESOS ECONOMICOS PROPIOS

Tabla 15

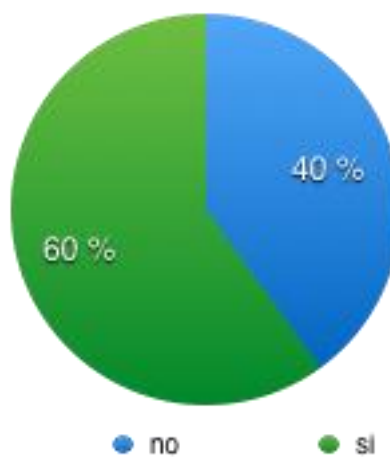
| | Frecuencia | % |
|--------------|------------|-------|
| No | 114 | 48,7 |
| Si | 120 | 51,3 |
| Total | 234 | 100,0 |



PAREJA

Tabla 16

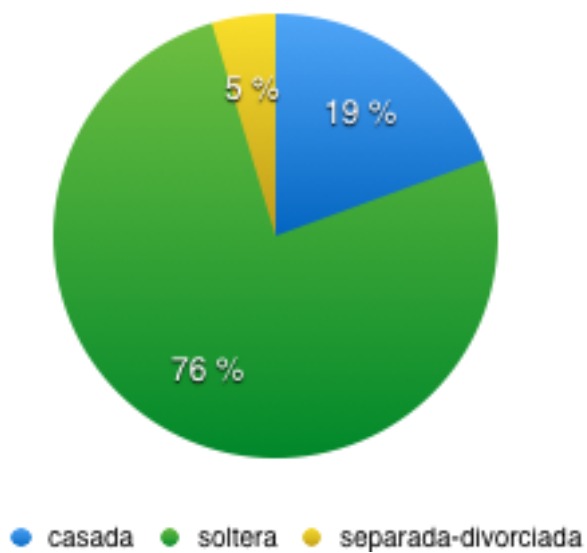
| | Frecuencia | % |
|--------------|------------|-------|
| No | 88 | 40,0 |
| Si | 132 | 60,0 |
| Total | 220 | 100,0 |



ESTADO CIVIL

Tabla 17

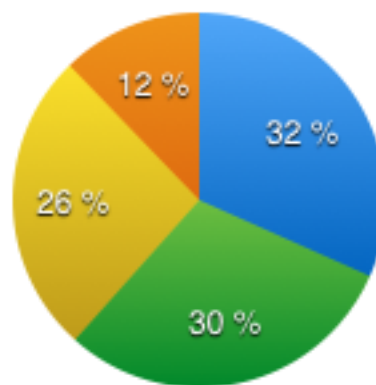
| | Frecuencia | % |
|----------------------------|------------|-------|
| Casada | 46 | 19,4 |
| Soltera | 180 | 75,9 |
| Separada-Divorciada | 11 | 4,6 |
| Total | 237 | 100,0 |



HIJOS VIVOS

Tabla 18

| | Frecuencia | % |
|----------------------|------------|-------|
| Sin hijos | 75 | 31,6 |
| Un hijo | 71 | 30,0 |
| 2 hijos | 62 | 26,2 |
| 3 o más hijos | 29 | 12,2 |
| Total | 237 | 100,0 |

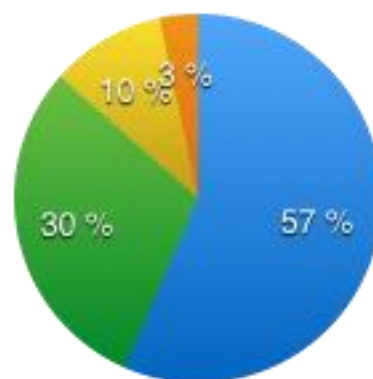


● sin hijos ● un hijo ● hijos
● 3 o más hijos

IVES ANTERIORES

Tabla 19

| | Frecuencia | % |
|--------------|------------|-------|
| 0 | 134 | 56,5 |
| 1 | 71 | 30,0 |
| 2 | 24 | 10,1 |
| 3 | 8 | 3,4 |
| Total | 237 | 100,0 |

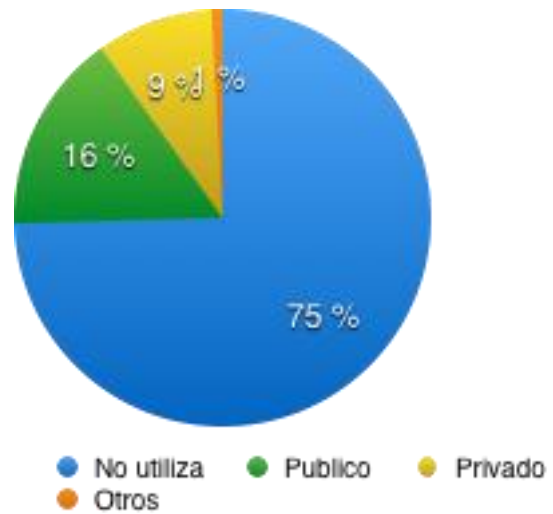


● 0 ● 1 ● 2 ● 3

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE P.F

Tabla 20

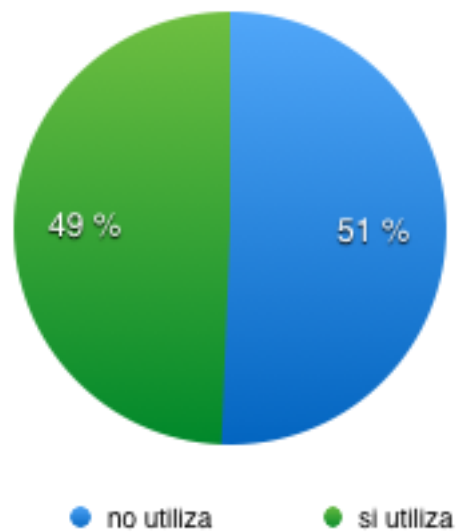
| | Frecuencia | % |
|-------------------|------------|-------|
| No utiliza | 173 | 74,6 |
| Publico | 36 | 15,5 |
| Privado | 21 | 9,1 |
| Otros | 2 | ,9 |
| Total | 232 | 100,0 |



UTILIZACION DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (categorizado)

Tabla 21

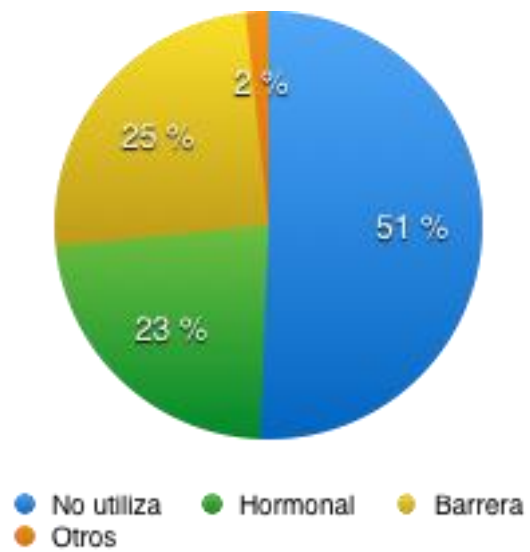
| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|------------|------------|
| No Utiliza | 118 | 50,6 |
| Si Utiliza | 115 | 49,4 |
| Total | 233 | 100,0 |



UTILIZACION DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Tabla 22

| | Frecuencia | % |
|-------------------|------------|-------|
| No utiliza | 118 | 50,6 |
| Hormonal | 53 | 22,7 |
| Barrera | 58 | 24,9 |
| Otros | 4 | 1,7 |
| Total | 233 | 100,0 |



5.1.2. Consumo de sustancias según el cuestionario.

Con respecto a la autodeclaración de consumo de sustancias en los 3 meses previos a la intervención los datos son los siguientes:

Consumo de tabaco, disponemos de datos de 156 cuestionarios, un 34.6% (n=54) de las encuestadas admitió el consumo de tabaco de forma regular .

Consumo de alcohol, disponemos de datos de 209 cuestionarios, un 26.8% (n=56) declaró haber consumido alcohol en los tres meses previos.

En lo referente al consumo de drogas ilegales, sólo un 2.96% (n=236) de la población participante en el estudio declaró el uso de estas sustancias, 4 mujeres declararon haber consumido cannabis, 1 cocaína y 2 cannabis y cocaína.

5.1.3. Determinación del consumo de sustancias mediante detección de sus biomarcadores de exposición en cabello.

5.1.3.1 Análisis cualitativo

Del total de 237 muestras, 163 (68.8%) dieron resultados positivos para la presencia de, al menos, una de las sustancias de abuso estudiadas. Si excluimos el tabaco, el número de muestras positivas se reduce a 83 (35%). 135 muestras fueron positivas a tabaco, 61 a cannabis, 36 a cocaína, 9 a opiáceos y 2 a MDMA. No se encontró la presencia de anfetaminas en ninguna de las muestras analizadas. La Tabla 21 muestra los resultados positivos.

Tabla 21 . Casos positivos a alguna de las drogas/metabolitos estudiados

Tabla

| | Frecuencia | % |
|--------------------------------------|------------|-------|
| Negativo | 74 | 31,2 |
| Cannabis | 15 | 6,3 |
| Cocaína | 7 | 3,0 |
| Opiáceos | 1 | ,4 |
| Tabaco | 80 | 33,8 |
| Cannabis+Cocaína | 2 | ,8 |
| Cannabis+Opiáceos | 2 | ,8 |
| Canabis+Tabaco | 25 | 10,5 |
| Cannabis+ Cocaína+Opiáceos | 1 | ,4 |
| Cannabis+ Cocaína+Tabaco | 14 | 5,9 |
| Cocaína+ Tabaco | 10 | 4,2 |
| Cocaína+ Opiáceos+MDMA+Tabaco | 1 | ,4 |
| Cocaína+Opiáceos+Tabaco | 1 | ,4 |
| Cannabis+MDMA+Tabaco | 1 | ,4 |
| Opiáceos+Tabaco | 2 | ,8 |
| Cannabis+Opiáceos+Tabaco | 1 | ,4 |
| Total | 237 | 100,0 |

5.1.3.2 Análisis cuantitativo.

Los rangos de concentración encontrados para las distintas drogas analizadas en cabello fueron:

- Opiáceos, 0.6–12.0 ng/mg para 6-monoacetylmorfina y 0.6–1.0 ng/mg para Morfina.
- Cocaina, 9.2–23.3 ng/mg para cocaina, 3.0–15.5 ng/mg benzoylecgonina y 0.5–0.8 ng/mg para cocaetileno.
- Cannabis, 0.2–2.7 ng/mg para THC y 0.1–0.8 para THC-COOH.
- MDMA , la concentraciones de las 2 muestras positivas a extasis fueron 0.8 y 3.2 ng/mg, respectivamente

5.2. ANÁLISIS BIVARIANTE

5.2.1. Análisis de la asociación entre distintas variables sociodemográficas y ginecológicas de nuestra muestra. Tablas de contingencia.

Edad

Para analizar las asociaciones entre la edad y el resto de variables hemos dividido nuestra población en dos grupos, mujeres menores de 21 años y con 21 años o más. Vemos que las mujeres menores respecto a las mayores de 21 años son universitarias en menor proporción, no trabajan o son estudiantes, no poseen ingresos propios ni pareja estable, son en mayor proporción solteras y tienen menos hijos y menos abortos anteriores.

Edad / País de origen

| | | | País de origen categorizado | |
|---|----------|---|-----------------------------|------------|
| | | | Española | Extranjera |
| Edad | Menor 22 | N | 31 | 39 |
| | | % | 44,3% | 55,7% |
| | Mayor 22 | N | 67 | 78 |
| | | % | 46,2% | 53,8% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1) = 0,070 n.s. | | | | |

Edad/ Estudios

| | | | Estudios | | |
|---|----------|---|-------------------------|------------|---------------|
| | | | Primaria o sin estudios | Secundaria | Universitario |
| Edad | Menor 22 | N | 46 | 29 | 1 |
| | | % | 60,5% | 38,2% | 1,3% |
| | Mayor 22 | N | 101 | 43 | 15 |
| | | % | 63,5% | 27,0% | 9,4% |
| Chi-cuadrado de Pearson (2) = 7,124 P= 0 ,028 | | | | | |

Edad/ Trabajo categorizado

| | | | Trabajo categorizado | | |
|---|----------|---|----------------------|---------|------------|
| | | | No trabaja | Trabaja | Estudiante |
| Edad | Menor 22 | N | 19 | 21 | 26 |
| | | % | 28,8% | 31,8% | 39,4% |
| | Mayor 22 | N | 63 | 69 | 9 |
| | | % | 44,7% | 48,9% | 6,4% |
| Chi-cuadrado de Pearson (2) = 34,871 P= 0,000 | | | | | |

Edad/ Ingresos económicos propios

| | | Ingresos propios | | |
|-------------|----------|------------------|-------|-------|
| | | | No | Sí |
| Edad | Menor 22 | N | 45 | 30 |
| | | % | 60,0% | 40,0% |
| | Mayor 22 | N | 67 | 90 |
| | | % | 42,7% | 57,3% |

Chi-cuadrado de Pearson (1)= 6,101 **P=0 ,014**

Edad/ Pareja

| | | Pareja | | |
|-------------|----------|--------|-------|-------|
| | | | No | Sí |
| Edad | Menor 22 | N | 53 | 20 |
| | | % | 72,6% | 27,4% |
| | Mayor 22 | N | 35 | 110 |
| | | % | 24,1% | 75,9% |

Chi-cuadrado de Pearson (1) = 47,378 **P =0,000**

Edad/ Estado civil

| | | Estado civil | | | |
|-------------|----------|--------------|--------|---------|---------------------|
| | | | Casada | Soltera | Separada-Divorciada |
| Edad | Menor 22 | N | 7 | 69 | 0 |
| | | % | 9,2% | 90,8% | ,0% |
| | Menor 22 | N | 39 | 110 | 10 |
| | | % | 24,5% | 69,2% | 6,3% |

Chi-cuadrado de Pearson(2)= 14,095 **P= 0 ,001**

Edad/ Numero de hijos

| | | | Hijos | | | |
|-------------|----------|---|---|---------|---------|---------------|
| | | | Sin hijos | Un hijo | 2 hijos | 3 o más hijos |
| Edad | Menor 22 | N | 38 | 27 | 11 | 0 |
| | | % | 50,0% | 35,5% | 14,5% | ,0% |
| | Mayor 22 | N | 37 | 44 | 50 | 28 |
| | | % | 23,3% | 27,7% | 31,4% | 17,6% |
| | | | Chi-cuadrado de Pearson (1) = 31,652 P = 0,000 | | | |

Edad/ Abortos previos

| | | | Abortos previos | |
|-------------|----------|---|--|-------|
| | | | No | Sí |
| Edad | Menor 22 | N | 53 | 23 |
| | | % | 69,7% | 30,3% |
| | Mayor 22 | N | 81 | 78 |
| | | % | 50,9% | 49,1% |
| | | | Chi-cuadrado de Pearson (1) = 7,411 P = 0,000 | |

Edad / Utilización de Anticonceptivos

| | | | Anticonceptivos | |
|-------------|----------|---|---|-------|
| | | | No | Sí |
| Edad | Menor 22 | N | 39 | 36 |
| | | % | 52% | 48% |
| | Mayor 22 | N | 79 | 77 |
| | | % | 50,6% | 49,4% |
| | | | Chi-cuadrado de Pearson(1) =0.847 n.s. | |

Edad / Utilización de P.F.

| | | | Planificación familiar | |
|--|----------|---|------------------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Edad | Menor 22 | N | 62 | 13 |
| | | % | 82,7% | 17,3% |
| | Mayor 22 | N | 110 | 45 |
| | | % | 71,0% | 29,0% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1) =3,668 n.s. | | | | |

Edad / Consumo de tabaco

| | | | Fumadora | |
|--|----------|---|----------|-------|
| | | | No | Sí |
| Edad | Menor 22 | N | 32 | 44 |
| | | % | 42,1% | 57,9% |
| | Mayor 22 | N | 69 | 90 |
| | | % | 43,4% | 56,6% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1) =0,035 n.s. | | | | |

Edad / Declara consumo de alcohol

| | | | Declara Alcohol | |
|--|----------|---|-----------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Edad | Menor 22 | N | 45 | 21 |
| | | % | 68,2% | 31,8% |
| | Mayor 22 | N | 45 | 21 |
| | | % | 68,2% | 31,8% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1) =1.177 n.s. | | | | |

País de origen

Cuando dividimos a nuestra población en españolas y extranjeras no encontramos asociaciones estadísticamente significativas entre el país de origen y el resto de las variables analizadas.

País de origen categorizado / Nivel de estudios

| | | Nivel de estudios | | | |
|----------------|------------|-------------------------|------------|---------------|------|
| | | Primaria o sin estudios | Secundaria | Universitario | |
| País de origen | Española | N | 62 | 30 | 6 |
| | | % | 63,3% | 30,6% | 6,1% |
| | Extranjera | N | 71 | 39 | 9 |
| | | % | 59,7% | 32,8% | 7,6% |

Chi-cuadrado de Pearson (2) = 0.838, n.s.

País de origen categorizado/ Trabajo categorizado

| | | Trabajo categorizado | | | | |
|----------------|------------|----------------------|------------------------|---------------------|------------|-------|
| | | No trabaja | Trabajo no cualificado | Trabajo cualificado | Estudiante | |
| País de origen | Española | N | 41 | 29 | 6 | 11 |
| | | % | 47,1% | 33,3% | 6,9% | 12,6% |
| | Extranjera | N | 33 | 40 | 11 | 22 |
| | | % | 31,1% | 37,7% | 10,4% | 20,8% |

Chi-cuadrado de Pearson(3)= 5,943 n.s.

País de origen categorizado/Pareja

| | | Pareja | | |
|----------------|----------|--------|-------|-------|
| | | No | Sí | |
| País de origen | Española | N | 33 | 57 |
| | | % | 36,7% | 63,3% |

| | | | | |
|---------------------------------------|------------|---|-------|-------|
| | Extranjera | N | 48 | 64 |
| | | % | 42,9% | 57,1% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)=0,796 n.s. | | | | |

País de origen categorizado / Ingresos económicos propios

| | | Ingresos propios | | |
|---|------------|------------------|-------|-------|
| | | No | Sí | |
| País de origen | Española | N | 49 | 48 |
| | | % | 50,5% | 49,5% |
| | Extranjera | N | 55 | 64 |
| | | % | 46,2% | 53,8% |
| Chi-cuadrado de Pearson (1) =0,395 n.s. | | | | |

País de origen categorizado/ Estado civil

| | | Estado civil | | | |
|--|------------|--------------|---------|---------------------|------|
| | | Casada | Soltera | Separada-Divorciada | |
| País de origen | Española | N | 24 | 69 | 5 |
| | | % | 24,5% | 70,4% | 5,1% |
| | Extranjera | N | 20 | 94 | 5 |
| | | % | 16,8% | 79,0% | 4,2% |
| Chi-cuadrado de Pearson(2)= 2,186 n.s. | | | | | |

Pais de origen categorizado/ Abortos previos

| | | Abortos previos | | |
|----------------------------------|------------|-----------------|-------|-------|
| | | No | Sí | |
| País de origen | Española | N | 58 | 40 |
| | | % | 59,2% | 40,8% |
| | Extranjera | N | 69 | 50 |
| | | % | 58,0% | 42,0% |
| Chi-cuadrado de Pearson (1)=,032 | | n.s. | | |

Pais de origen categorizado/Planificacion familiar

| | | Planificación familiar | | |
|--|------------|------------------------|-------|-------|
| | | No | Sí | |
| País de origen | Española | N | 71 | 26 |
| | | % | 73,2% | 26,8% |
| | Extranjera | N | 88 | 29 |
| | | % | 75,2% | 24,8% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)= 0,113 n.s. | | | | |

Pais de origen categorizado/Uso de anticonceptivos

| | | Uso de anticonceptivos | | |
|---------------------------------------|------------|------------------------|------------|-------|
| | | No utiliza | Sí utiliza | |
| País de origen | Española | N | 48 | 49 |
| | | % | 49,5% | 50,5% |
| | Extranjera | N | 63 | 55 |
| | | % | 53,4% | 46,6% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)=0,325 n.s. | | | | |

Pais de origen categorizado/ Fumadora

| | | Fumadora | |
|---------------------------------------|---|-----------------|----------|
| | | No fumadora | Fumadora |
| País de origen Española | N | 42 | 56 |
| | % | 42,9% | 57,1% |
| Extranjera | N | 49 | 70 |
| | % | 41,2% | 58,8% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)=0,062 n.s. | | | |

Pais de origen categorizado/ Declara consumo alcohol

| | | Declara Alcohol | |
|---------------------------------------|---|------------------------|-------|
| | | No | Sí |
| País de origen Española | N | 59 | 24 |
| | % | 71,1% | 28,9% |
| Extranjera | N | 82 | 28 |
| | % | 74,5% | 25,5% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)=0,288 n.s. | | | |

Nivel de estudios

El nivel de estudios se relaciona estadísticamente con la utilización de anticonceptivos, siendo las universitarias las que los utilizan en mayor proporción. La relación entre el nivel de estudios y la situación laboral muestra que aquellas mujeres con el nivel de estudios mas alto son las que se encuentran proporcionalmente en situación laboral activa o estudiando.

Nivel de estudios/ Trabajo categorizado

| | | | Trabajo categorizado | | |
|----------|-------------------------|---|----------------------|---------|------------|
| | | | No trabaja | Trabaja | Estudiante |
| Estudios | Primaria o sin estudios | n | 61 | 51 | 14 |
| | | % | 48,4% | 40,5% | 11,1% |
| | Secundaria | n | 20 | 34 | 13 |
| | | % | 29,9% | 50,7% | 19,4% |
| | Universitario | n | 3 | 5 | 8 |
| | | % | 18,8% | 31,3% | 50,0% |

Chi-cuadrado de Pearson(4)= 20,601 **p=0.000.**

Nivel de estudios/ Ingresos económicos propios

| | | | Ingresos propios | |
|-------------------|-------------------------|---|------------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Nivel de estudios | Primaria o sin estudios | n | 70 | 76 |
| | | % | 47,9% | 52,1% |
| | Secundaria | n | 33 | 40 |
| | | % | 45,2% | 54,8% |
| | Universitario | n | 11 | 4 |
| | | % | 73,3% | 26,7% |

Chi-cuadrado de Pearson (2)=4,033 n.s.

Nivel de estudios/ Pareja

| | | | Pareja | |
|-------------------|-------------------------|---|--------|-------|
| | | | No | Sí |
| Nivel de estudios | Primaria o sin estudios | n | 48 | 87 |
| | | % | 35,6% | 64,4% |
| | Secundaria | n | 33 | 37 |
| | | % | 47,1% | 52,9% |
| | Universitario | n | 7 | 8 |
| | | % | 46,7% | 53,3% |

Chi-cuadrado de Pearson(2)= 2,184 n.s.

Nivel de estudios/ Estado civil

| | | | Estado civil | | |
|---|-------------------------|---|--------------|---------|---------------------|
| | | | Casada | Soltera | Separada-Divorciada |
| Nivel de estudios | Primaria o sin estudios | n | 31 | 109 | 7 |
| | | % | 21,1% | 74,1% | 4,8% |
| | Secundaria | n | 14 | 56 | 4 |
| | | % | 18,9% | 75,7% | 5,4% |
| | Universitario | n | 1 | 15 | 0 |
| | | % | 6,3% | 93,8% | ,0% |
| Chi-cuadrado de Pearson (4)= 3,660 n.s. | | | | | |

Nivel de estudios/ Numero de hijos

| | | | Hijos | | |
|---|-------------------------|---|-----------|---------|---------------|
| | | | sin hijos | un hijo | 2 hijos o mas |
| Nivel de estudios | Primaria o sin estudios | n | 39 | 50 | 58 |
| | | % | 26,5% | 34,0% | 39,5% |
| | Secundaria | n | 26 | 18 | 30 |
| | | % | 35,1% | 24,3% | 40,5% |
| | Universitario | n | 10 | 3 | 3 |
| | | % | 62,5% | 18,8% | 18,8% |
| Chi-cuadrado de Pearson(4)= 15,798 n.s. | | | | | |

Nivel de estudios/ Abortos anteriores

| | | | Abortos previos | |
|---|-------------------------|---|-----------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Nivel de estudios | Primaria o sin estudios | n | 81 | 66 |
| | | % | 55,1% | 44,9% |
| | Secundaria | n | 41 | 33 |
| | | % | 55,4% | 44,6% |
| | Universitario | n | 12 | 4 |
| | | % | 75,0% | 25,0% |
| Chi-cuadrado de Pearson(2)= 2,448 n .s. | | | | |

Nivel de estudios/ Planificacion Familiar

| | | | Planificación familiar | |
|---|-------------------------|---|------------------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Nivel de estudios | Primaria o sin estudios | n | 108 | 36 |
| | | % | 75,0% | 25,0% |
| | Secundaria | n | 53 | 19 |
| | | % | 73,6% | 26,4% |
| | Universitario | n | 12 | 4 |
| | | % | 75,0% | 25,0% |
| Chi-cuadrado de Pearson (2)= 0.051 n.s. | | | | |

Nivel de estudios/ Uso de anticonceptivos

| | | Uso de anticonceptivos | | |
|--|-------------------------|------------------------|------------|------------|
| | | | No utiliza | Sí utiliza |
| Nivel de estudios | Primaria o sin estudios | n | 79 | 65 |
| | | % | 54,9% | 45,1% |
| | Secundaria | n | 37 | 36 |
| | | % | 50,7% | 49,3% |
| | Universitario | n | 2 | 14 |
| | | % | 12,5% | 87,5% |
| Chi-cuadrado de Pearson (2)= 10,397 P =0,006 | | | | |

Nivel de estudios/ Tipo de anticonceptivos

| | | Anticonceptivos | | | |
|--|-------------------------|-----------------|---------|----------|-------|
| | | No | Barrera | Hormonal | |
| Nivel de estudios | Primaria o sin estudios | n | 79 | 33 | 31 |
| | | % | 55,2% | 23,1% | 21,7% |
| | Secundaria | n | 37 | 19 | 17 |
| | | % | 50,7% | 26,0% | 23,3% |
| | Universitario | n | 2 | 1 | 10 |
| | | % | 15,4% | 7,7% | 76,9% |
| Chi-cuadrado de Pearson(4)= 19,829 p= 0.001. | | | | | |

Nivel de estudios/ Fumadora

| | | Fumadora | | |
|--|-------------------------|-------------|----------|-------|
| | | No fumadora | Fumadora | |
| Nivel de estudios | Primaria o sin estudios | n | 66 | 81 |
| | | % | 44,9% | 55,1% |
| | Secundaria | n | 29 | 45 |
| | | % | 39,2% | 60,8% |
| | Universitario | n | 7 | 9 |
| | | % | 43,8% | 56,3% |
| Chi-cuadrado de Pearson (2)= 0,72 n.s. | | | | |

Nivel de estudios/ Declara consumo de alcohol

| | | Declara Alcohol | | |
|--|-------------------------|-----------------|-------|-------|
| | | No | Sí | |
| Nivel de estudios | Primaria o sin estudios | n | 93 | 37 |
| | | % | 71,5% | 28,5% |
| | Secundaria | n | 52 | 12 |
| | | % | 81,3% | 18,8% |
| | Universitario | n | 8 | 7 |
| | | % | 53,3% | 46,7% |
| Chi-cuadrado de Pearson (2) = 5,762 n.s. | | | | |

Trabajo

Las mujeres que no se encuentran trabajando en el momento del estudio tienen proporcionalmente menos recursos propios, están en menor proporción solteras y tienen más hijos. Las que están estudiando se diferencian por tener proporcionalmente menos pareja, estar solteras, no tener ingresos, tener menos hijos y abortos previos y utilizar menos los servicios de planificación familiar y más los métodos anticonceptivos.

Trabajo categorizado/ Ingresos económicos propios

| | | | Ingresos propios | |
|---|------------|---|------------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Trabajo | No trabaja | N | 77 | 6 |
| | | % | 92,8% | 7,2% |
| | Trabaja | N | 2 | 86 |
| | | % | 2,3% | 97,7% |
| | Estudiante | N | 35 | 0 |
| | | % | 100,0% | ,0% |
| Chi-cuadrado de Pearson (2)=175,570 P= 0,000 | | | | |

Trabajo categorizado/ Pareja

| | | | Pareja | |
|---|------------|---|--------|-------|
| | | | No | Sí |
| Trabajo | No trabaja | N | 24 | 52 |
| | | % | 31,6% | 68,4% |
| | Trabaja | N | 25 | 57 |
| | | % | 30,5% | 69,5% |
| | Estudiante | N | 31 | 4 |
| | | % | 88,6% | 11,4% |
| Chi-cuadrado de Pearson (2)= 39,134 P= 0,000 | | | | |

Trabajo categorizado/ Estado civil

| | | | Estado civil | | |
|--|------------|---|--------------|---------|---------------------|
| | | | Casada | Soltera | Separada-Divorciada |
| Trabajo | No trabaja | N | 21 | 58 | 5 |
| | | % | 25,0% | 69,0% | 6,0% |
| | Trabaja | N | 18 | 70 | 2 |
| | | % | 20,0% | 77,8% | 2,2% |
| | Estudiante | N | 1 | 34 | 0 |
| | | % | 2,9% | 97,1% | ,0% |
| Chi-cuadrado de Pearson (4)=12,121 P= 0,016 | | | | | |

Trabajo categorizado/ Numero de hijos

| | | | Hijos | | | |
|---|------------|---|-----------|---------|---------|---------------|
| | | | sin hijos | un hijo | 2 hijos | 3 o más hijos |
| Trabajo | No trabaja | N | 16 | 28 | 23 | 17 |
| | | % | 19,0% | 33,3% | 27,4% | 20,2% |
| | Trabaja | N | 27 | 24 | 29 | 10 |
| | | % | 30,0% | 26,7% | 32,2% | 11,1% |
| | Estudiante | N | 25 | 8 | 1 | 1 |
| | | % | 71,4% | 22,9% | 2,9% | 2,9% |
| Chi-cuadrado de Pearson (6)= 37,304 P= 0,000 | | | | | | |

Trabajo categorizado/ Abortos anteriores

| | | | Abortos previos | |
|--|------------|---|-----------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Trabajo | No trabaja | N | 49 | 35 |
| | | % | 58,3% | 41,7% |
| | Trabaja | N | 45 | 45 |
| | | % | 50,0% | 50,0% |
| | Estudiante | N | 28 | 7 |
| | | % | 80,0% | 20,0% |
| Chi-cuadrado de Pearson (2)=9,334 P =0,009 | | | | |

Trabajo categorizado/ Utilización servicios P.F.

| | | | Planificación familiar | |
|--|------------|---|------------------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Trabajo | No trabaja | N | 61 | 22 |
| | | % | 73,5% | 26,5% |
| | Trabaja | N | 58 | 28 |
| | | % | 67,4% | 32,6% |
| | Estudiante | N | 33 | 2 |
| | | % | 94,3% | 5,7% |
| Chi-cuadrado de Pearson (2)=9,514 P= 0,009 | | | | |

Trabajo/ Uso anticonceptivos

| | | | Uso de anticonceptivos | |
|-----------------------------------|------------|---|------------------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Trabajo | No trabaja | N | 47 | 35 |
| | | % | 57,3% | 42,7% |
| | Trabaja | N | 46 | 42 |
| | | % | 52,3% | 47,7% |
| | Estudiante | N | 10 | 25 |
| | | % | 28,6% | 71,4% |
| Chi-cuadrado de Pearson (2)=8,314 | | | P= 0,015 | |

Ingresos propios

Las mujeres con ingresos propios en nuestra muestra han tenido en mayor proporción abortos previos, son mayores, tienen pareja estable y se encuentran laboralmente activas.

Ingresos económicos propios/ Pareja

| | | | Pareja | |
|-------------------------------------|----|---|-----------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Ingresos propios | No | n | 56 | 51 |
| | | % | 52,3% | 47,7% |
| | Sí | n | 32 | 81 |
| | | % | 28,3% | 71,7% |
| Chi-cuadrado de Pearson (1) = 13,21 | | | P =0,000 | |

Ingresos económicos propios/ Estado civil

| | | | Estado civil | | |
|-------------------------|----|---|--------------|---------|---------------------|
| | | | Casada | Soltera | Separada-Divorciada |
| Ingresos propios | No | n | 21 | 88 | 5 |
| | | % | 18,4% | 77,2% | 4,4% |
| | Sí | n | 25 | 89 | 6 |
| | | % | 20,8% | 74,2% | 5,0% |

Chi-cuadrado de Pearson (2) = ,291 n.s.

Ingresos económicos propios/ Numero de hijos

| | | | Hijos | | | |
|-------------------------|----|---|-----------|---------|---------|---------------|
| | | | sin hijos | un hijo | 2 hijos | 3 o más hijos |
| Ingresos propios | No | n | 41 | 34 | 23 | 16 |
| | | % | 36,0% | 29,8% | 20,2% | 14,0% |
| | Sí | n | 34 | 34 | 39 | 13 |
| | | % | 28,3% | 28,3% | 32,5% | 10,8% |

Chi-cuadrado de Pearson (3) = 4,942 n.s.

Ingresos económicos propios/ Abortos previos

| | | | Abortos previos | |
|-------------------------|----|---|-----------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Ingresos propios | No | n | 74 | 40 |
| | | % | 64,9% | 35,1% |
| | Sí | n | 59 | 61 |
| | | % | 49,2% | 50,8% |

Chi-cuadrado de Pearson (1) = 5,908 **P =0,015**

Ingresos económicos propios/ Utilización de servicios de P.F.

| | | Planificación familiar | | |
|------------------|----|------------------------|-------|-------|
| | | No | Sí | |
| Ingresos propios | No | n | 91 | 23 |
| | | % | 79,8% | 20,2% |
| | Sí | n | 81 | 36 |
| | | % | 69,2% | 30,8% |

Chi-cuadrado de Pearson (1) = 3,407 n.s.

Ingresos económicos propios/ Utilización de métodos A.C.

| | | Uso de anticonceptivos | | |
|------------------|----|------------------------|------------|-------|
| | | No utiliza | Sí utiliza | |
| Ingresos propios | No | n | 56 | 57 |
| | | % | 49,6% | 50,4% |
| | Sí | n | 62 | 57 |
| | | % | 52,1% | 47,9% |

Chi-cuadrado de Pearson (1) = 0,150 n.s.

Ingresos económicos propios/ Fumadora

| | | Fumadora | | |
|------------------|----|-------------|----------|-------|
| | | no fumadora | fumadora | |
| Ingresos propios | No | n | 49 | 65 |
| | | % | 43,0% | 57,0% |
| | Sí | n | 51 | 69 |
| | | % | 42,5% | 57,5% |

Chi-cuadrado de Pearson (1) = 0,006 n.s.

Ingresos económicos propios/ Declara consumo de alcohol

| | | | Declara Alcohol | |
|--|----|---|-----------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Ingresos propios | No | n | 71 | 25 |
| | | % | 74,0% | 26,0% |
| | Sí | n | 80 | 30 |
| | | % | 72,7% | 27,3% |
| Chi-cuadrado de Pearson (1) = 0,040 n.s. | | | | |

Pareja

Las asociaciones estadísticamente significativas en nuestra muestra señalan que las mujeres con pareja, son mayores, declaran en mayor proporción tener más hijos, más abortos previos, su estado civil es mayoritariamente de solteras, declaran consumir alcohol en mayor proporción y tienen en menor proporción ingresos propios.

Pareja/ Estado civil

| | | | Estado civil | | |
|--|----|---|--------------|---------|---------------------|
| | | | Casada | Soltera | Separada-Divorciada |
| Pareja | No | n | 3 | 81 | 4 |
| | | % | 3,4% | 92,0% | 4,5% |
| | Sí | n | 43 | 83 | 6 |
| | | % | 32,6% | 62,9% | 4,5% |
| Chi-cuadrado de Pearson (2) = 27,507 P 0,000 | | | | | |

Pareja / Numero de hijos

| | | | Hijos | | | |
|--------|----|---|--------------|---------|--------------|---------------|
| | | | sin hijos | un hijo | 2 hijos | 3 o más hijos |
| Pareja | No | n | 46 | 23 | 14 | 5 |
| | | % | 52,3% | 26,1% | 15,9% | 5,7% |
| | Sí | n | 26 | 39 | 43 | 24 |
| | | % | 19,7% | 29,5% | 32,6% | 18,2% |

Chi-cuadrado de Pearson (3) = 29,258 P **0,000**

Pareja/ Abortos previos

| | | | Abortos previos | |
|--------|----|---|-----------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Pareja | No | n | 57 | 31 |
| | | % | 64,8% | 35,2% |
| | Sí | n | 66 | 66 |
| | | % | 50,0% | 50,0% |

Chi-cuadrado de Pearson (1) = 4,674 P =**0,031**

Pareja/ Utilización servicios de P.F.

| | | | Planificación familiar | |
|--------|----|---|------------------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Pareja | No | n | 70 | 17 |
| | | % | 80,5% | 19,5% |
| | Sí | n | 93 | 37 |
| | | % | 71,5% | 28,5% |

Chi-cuadrado de Pearson (1) = 2,219 n.s.

Pareja/ Uso de A.C.

| | | | Uso de anticonceptivos | |
|--|----|---|------------------------|------------|
| | | | No utiliza | Sí utiliza |
| Pareja | No | n | 41 | 46 |
| | | % | 47,1% | 52,9% |
| | Sí | n | 67 | 64 |
| | | % | 51,1% | 48,9% |
| Chi-cuadrado de Pearson (1) =0 ,338 n.s. | | | | |

Pareja/ Fumadora

| | | | Fumadora | |
|--|----|---|-------------|----------|
| | | | No fumadora | Fumadora |
| Pareja | No | n | 38 | 50 |
| | | % | 43,2% | 56,8% |
| | Sí | n | 53 | 79 |
| | | % | 40,2% | 59,8% |
| Chi-cuadrado de Pearson (1) = 0,200 n.s. | | | | |

Pareja/ Declara consumo de alcohol

| | | | Declara Alcohol | |
|--|----|---|-----------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Pareja | No | n | 50 | 27 |
| | | % | 64,9% | 35,1% |
| | Sí | n | 92 | 23 |
| | | % | 80,0% | 20,0% |
| Chi-cuadrado de Pearson (1) = 5,435 P=0 ,020 | | | | |

Estado civil

En nuestra muestra la proporción de solteras sin hijos y de separadas con abortos previos es superior a los otros grupos.

Estado civil / hijos

| | | | Hijos | | |
|--|---------------------|---|-----------|---------|---------------|
| | | | sin hijos | un hijo | 3 o más hijos |
| Estado civil | Casada | N | 5 | 12 | 29 |
| | | % | 10,9% | 26,1% | 63,0% |
| | Soltera | N | 70 | 56 | 54 |
| | | % | 38,9% | 31,1% | 30,0% |
| | Separada-divorciada | N | 0 | 3 | 8 |
| | | % | ,0% | 27,3% | 72,7% |
| Chi-cuadrado de Pearson (2)= 27,304 P= 0,000 | | | | | |

Estado civil / abortos

| | | | Abortos previos | |
|--|---------------------|---|-----------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Estado civil | Casada | N | 26 | 20 |
| | | % | 56,5% | 43,5% |
| | Soltera | N | 106 | 74 |
| | | % | 58,9% | 41,1% |
| | Separada-divorciada | N | 2 | 9 |
| | | % | 18,2% | 81,8% |
| Chi-cuadrado de Pearson (2)= 6.99 p=0.03 | | | | |

Estado civil / planificación familiar

| | | | Planificación familiar | |
|--|---------------------|---|------------------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Estado civil | Casada | N | 31 | 15 |
| | | % | 67,4% | 32,6% |
| | Soltera | N | 133 | 42 |
| | | % | 76,0% | 24,0% |
| | Separada-divorciada | N | 9 | 2 |
| | | % | 81,8% | 18,2% |
| Chi-cuadrado de Pearson (2)= 1.73 n.s | | | | |

Estado civil / Uso de anticonceptivos

| | | | Uso de anticonceptivos | |
|--|---------------------|---|------------------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Estado civil | Casada | N | 26 | 20 |
| | | % | 56,5% | 43,5% |
| | Soltera | N | 88 | 88 |
| | | % | 50,0% | 50,0% |
| | Separada-divorciada | N | 4 | 7 |
| | | % | 36,4% | 63,6% |
| Chi-cuadrado de Pearson (2)= 1.56 n.s | | | | |

Estado civil / Uso de tabaco

| | | | Fumadora | |
|---------------------------------------|---------------------|---|----------|-------|
| | | | No | Sí |
| Estado civil | Casada | N | 17 | 29 |
| | | % | 37,0% | 63,0% |
| | Soltera | N | 78 | 102 |
| | | % | 43,3% | 56,7% |
| | Separada-divorciada | N | 7 | 4 |
| | | % | 63,6% | 36,4% |
| Chi-cuadrado de Pearson (2)= 2.60 n.s | | | | |

Estado civil / Declara consumo de alcohol

| | | | Alcohol | |
|--|---------------------|---|---------|-------|
| | | | No | Sí |
| Estado civil | Casada | N | 35 | 8 |
| | | % | 81,4% | 18,6% |
| | Soltera | N | 113 | 45 |
| | | % | 71,5% | 28,5% |
| | Separada-divorciada | N | 5 | 3 |
| | | % | 62,5% | 37,5% |
| Chi-cuadrado de Pearson (2)= 2.160 n.s | | | | |

Abortos previos

Abortos previos / Planificación familiar

| | | | Planificación familiar | |
|--------------------------------------|----|---|------------------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Abortos previos | No | N | 96 | 36 |
| | | % | 72,7% | 27,3% |
| | Sí | N | 77 | 23 |
| | | % | 77,0% | 23,0% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)=,548 n.s. | | | | |

Abortos previos /Anticonceptivos

| | | | Anticonceptivos | | |
|--------------------------------------|----|---|-----------------|-------|---------|
| | | | Ninguno | AH | Barrera |
| Abortos previos | No | N | 65 | 28 | 37 |
| | | % | 50,0% | 21,5% | 28,5% |
| | Sí | N | 53 | 25 | 21 |
| | | % | 53,5% | 25,3% | 21,2% |
| Chi-cuadrado de Pearson(2)=1.63 n.s. | | | | | |

Abortos previos / Uso de Anticonceptivos

| | | | Uso de anticonceptivos | |
|--------------------------------------|----|---|------------------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Abortos previos | No | N | 65 | 66 |
| | | % | 49,6% | 50,4% |
| | Sí | N | 53 | 49 |
| | | % | 52,0% | 48,0% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)=,126 n.s. | | | | |

Abortos previos / consumo de tabaco

| | | | Fumadora | |
|--|----|---|----------|-------|
| | | | No | Sí |
| Abortos previos | No | N | 63 | 71 |
| | | % | 47,0% | 53,0% |
| | Sí | N | 39 | 64 |
| | | % | 37,9% | 62,1% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)=,1.989 n.s. | | | | |

Abortos previos / declara consumo de alcohol

| | | | Alcohol | |
|---------------------------------------|----|---|---------|-------|
| | | | No | Sí |
| Abortos previos | No | N | 93 | 28 |
| | | % | 76,9% | 23,1% |
| | Sí | N | 60 | 28 |
| | | % | 68,2% | 31,8% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)=,1.95 n.s. | | | | |

Uso de Anticonceptivos

Las mujeres que utilizan los servicios de planificación familiar utilizan en mayor proporción métodos anticonceptivos.

Uso de anticonceptivos / Planificación familiar

| | | | Planificación familiar | |
|---|------------|---|------------------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Uso de anticonceptivos | No utiliza | N | 101 | 15 |
| | | % | 87,1% | 12,9% |
| | Sí utiliza | N | 71 | 44 |
| | | % | 61,7% | 38,3% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)=19,483 P =0,000 | | | | |

Uso de anticonceptivos / consumo de tabaco

| | | | Fumadora | |
|---|------------|---|----------|-------|
| | | | No | Sí |
| Uso de anticonceptivos | No utiliza | N | 51 | 67 |
| | | % | 43,2% | 56,8% |
| | Sí utiliza | N | 47 | 68 |
| | | % | 40,9% | 59,1% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)=0.13 n.s. | | | | |

Uso de anticonceptivos / Declara consumo de alcohol

| | | Alcohol | | |
|---------------------------------------|------------|---------|-------|-------|
| | | No | Sí | |
| Uso de anticonceptivos | No utiliza | N | 77 | 29 |
| | | % | 72,6% | 27,4% |
| | Sí utiliza | N | 73 | 26 |
| | | % | 73,7% | 26,3% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)=0.031 n.s. | | | | |

5.2.2. Análisis de la asociación entre el consumo de drogas ilegales y el resto de variables estudiadas.

Para facilitar el análisis y discusión de los resultados hemos clasificado los casos en distintos grupos según los patrones de consumo, lo que nos permitirá realizar comparaciones relativas a los patrones de consumo excluyendo del grupo de positivos a las consumidoras de tabaco.

Grupos para el análisis:

- **No consumidoras:** las que dan negativo a todas las drogas ilegales analizadas
- **Consumidoras:** las que dan positivo a una o mas drogas ilegales
- **Consumidoras de cannabis solo:** dan positivo a cannabis y negativo a otras drogas ilegales.
- **Consumidoras de otras drogas excluyendo al cannabis:** las que dan positivo a una o mas drogas ilegales excluyendo el cannabis.
- **Policonsumidoras:** las que dan positivo a mas de una droga ilegal

5.2.2.1 Tablas de contingencia Consumidoras / No consumidoras

Consumo / Edad

| | | | Edad | | | |
|----------------|------------|---|----------|-------|-------|-----------|
| | | | Menor 22 | 23-27 | 33-37 | Más de 37 |
| Consumo | No consume | n | 51 | 74 | 17 | 11 |
| | | % | 33,3% | 48,4% | 11,1% | 7,2% |
| | Sí consume | n | 25 | 43 | 10 | 4 |
| | | % | 30,5% | 52,4% | 12,2% | 4,9% |

Chi-cuadrado de Pearson(3)=0,813 n.s.

Consumo / Edad

| | | | Edad | |
|----------------|------------|---|----------|----------|
| | | | Menor 22 | Mayor 22 |
| Consumo | No consume | n | 51 | 102 |
| | | % | 33,3% | 66,7% |
| | Sí consume | n | 25 | 57 |
| | | % | 30,5% | 69,5% |

Chi-cuadrado de Pearson(1)=0,198 n.s.

Consumo / País de origen categorizado

| | | | País de origen categorizado | |
|----------------|------------|---|-----------------------------|------------|
| | | | Española | Extranjera |
| Consumo | No consume | n | 55 | 83 |
| | | % | 39,9% | 60,1% |
| | Sí consume | n | 43 | 36 |
| | | % | 54,4% | 45,6% |

Chi-cuadrado de Pearson(1)=4,310 **P=0,038**

Consumo / País de origen

| | | | País de origen | | | |
|----------------|------------|---|----------------|---------------|--------|-----------------|
| | | | España | Latinoamerica | Africa | Europa Del Este |
| Consumo | No consume | n | 55 | 56 | 15 | 12 |
| | | % | 39,9% | 40,6% | 10,9% | 8,7% |
| | Sí consume | n | 43 | 23 | 6 | 5 |
| | | % | 55,8% | 29,9% | 7,8% | 6,5% |

Chi-cuadrado de Pearson(3)=5,097 n.s.

Consumo / Estudios

| | | | Estudios | | |
|----------------|------------|---|-------------------------|------------|---------------|
| | | | Primaria o sin estudios | Secundaria | Universitario |
| Consumo | No consume | n | 94 | 48 | 12 |
| | | % | 61,0% | 31,2% | 7,8% |
| | Sí consume | n | 53 | 26 | 4 |
| | | % | 63,9% | 31,3% | 4,8% |

Chi-cuadrado de Pearson(2)=0,775 n.s.

Consumo / Trabajo categorizado

| | | | Trabajo categorizado | | |
|----------------|------------|---|----------------------|---------|------------|
| | | | No trabaja | Trabaja | Estudiante |
| Consumo | No consume | n | 46 | 64 | 23 |
| | | % | 34,6% | 48,1% | 17,3% |
| | Sí consume | n | 38 | 26 | 12 |
| | | % | 50,0% | 34,2% | 15,8% |

Chi-cuadrado de Pearson(2)=5,097 n.s.

Consumo / Ingresos propios

| | | | Ingresos propios | |
|---------------------------------------|------------|---|------------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Consumo | No consume | n | 67 | 84 |
| | | % | 44,4% | 55,6% |
| | Sí consume | n | 47 | 36 |
| | | % | 56,6% | 43,4% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)=3,220 n.s. | | | | |

Consumo / Estado civil

| | | | Estado civil | | |
|---------------------------------------|------------|---|--------------|---------|---------------------|
| | | | Casada | Soltera | Separada-Divorciada |
| Consumo | No consume | n | 34 | 116 | 4 |
| | | % | 22,1% | 75,3% | 2,6% |
| | Sí consume | n | 12 | 64 | 7 |
| | | % | 14,5% | 77,1% | 8,4% |
| Chi-cuadrado de Pearson(2)=5,594 n.s. | | | | | |

Consumo / Pareja

| | | | Pareja | |
|--|------------|---|--------|-------|
| | | | No | Sí |
| Consumo | No consume | n | 52 | 88 |
| | | % | 37,1% | 62,9% |
| | Sí consume | n | 36 | 44 |
| | | % | 45,0% | 55,0% |
| Chi-cuadrado de Pearson(P1)=1,310 n.s. | | | | |

Consumo / Hijos

| | | | Hijos | | |
|---|------------|---|-----------|---------|---------------|
| | | | sin hijos | un hijo | 2 o más hijos |
| Consumo | No consume | n | 56 | 47 | 51 |
| | | % | 36,4% | 30,5% | 33,1% |
| | Sí consume | n | 19 | 24 | 40 |
| | | % | 22,9% | 28,9% | 48,2% |
| Chi-cuadrado de Pearson(2)=6,332 P=0,042 | | | | | |

Consumo / Abortos previos

| | | | Abortos previos | |
|---|------------|---|-----------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Consumo | No consume | n | 99 | 55 |
| | | % | 64,3% | 35,7% |
| | Sí consume | n | 35 | 48 |
| | | % | 42,2% | 57,8% |
| Chi-cuadrado de Pearson (1)=10,736 P=0,001 | | | | |

Consumo / Planificación familiar

| | | | Planificación familiar | |
|---------------------------------------|------------|---|------------------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Consumo | No consume | n | 110 | 40 |
| | | % | 73,3% | 26,7% |
| | Sí consume | n | 63 | 19 |
| | | % | 76,8% | 23,2% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)=0,342 n.s. | | | | |

Consumo / Uso de anticonceptivos

| | | | Uso de anticonceptivos | |
|---------------------------------------|------------|---|------------------------|------------|
| | | | No utiliza | Sí utiliza |
| Consumo | No consume | n | 70 | 80 |
| | | % | 46,7% | 53,3% |
| | Sí consume | n | 48 | 35 |
| | | % | 57,8% | 42,2% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)=2,665 n.s. | | | | |

Consumo / Anticonceptivos

| | | | Anticonceptivos | | |
|---------------------------------------|------------|---|-----------------|--------------|----------|
| | | | No utiliza | Preservativo | hormonal |
| Consumo | No consume | n | 70 | 39 | 38 |
| | | % | 47,6% | 26,5% | 25,9% |
| | Sí consume | n | 48 | 14 | 20 |
| | | % | 58,5% | 17,1% | 24,4% |
| Chi-cuadrado de Pearson(2)=3,296 n.s. | | | | | |

Consumo / Fumadora

| | | | Fumadora | |
|---|------------|---|-------------|----------|
| | | | No fumadora | Fumadora |
| Consumo | No consume | n | 74 | 80 |
| | | % | 48,1% | 51,9% |
| | Sí consume | n | 28 | 55 |
| | | % | 33,7% | 66,3% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)=4,509 P=0,034 | | | | |

Consumo / DeclaraAlcohol

| | | | DeclaraAlcohol | |
|--|------------|---|----------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Consumo | No consume | n | 114 | 32 |
| | | % | 78,1% | 21,9% |
| | Sí consume | n | 39 | 24 |
| | | % | 61,9% | 38,1% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)=5,872 P=0,015 | | | | |

Consumo solo cannabis / Edad

| | | | Edad | | | |
|---------------------------------------|------------|---|----------|-------|-------|-----------|
| | | | Menor 22 | 23-27 | 33-37 | Más de 37 |
| Consumo solo cannabis | No consume | n | 51 | 74 | 17 | 11 |
| | | % | 33,3% | 48,4% | 11,1% | 7,2% |
| | Si | n | 13 | 21 | 3 | 2 |
| | | % | 33,3% | 53,8% | 7,7% | 5,1% |
| Chi-cuadrado de Pearson(3)=0,732 n.s. | | | | | | |

5.2.2.1 Tablas de contingencia Consumidoras de cannabis solo / No consumidoras

Consumo solo cannabis / Edad

| | | | Edad | |
|------------------------------|------------|---|----------|----------|
| | | | Menor 22 | Mayor 22 |
| Consumo solo cannabis | No consume | n | 51 | 102 |
| | | % | 33,3% | 66,7% |
| | Si | n | 13 | 26 |
| | | % | 33,3% | 66,7% |

Chi-cuadrado de Pearson(1)=0,000 n.s.

Consumo solo cannabis / País de origen categorizado

| | | | País de origen categorizado | |
|------------------------------|------------|---|-----------------------------|------------|
| | | | Española | Extranjera |
| Consumo solo cannabis | No consume | n | 55 | 83 |
| | | % | 39,9% | 60,1% |
| | Si | n | 18 | 20 |
| | | % | 47,4% | 52,6% |

Chi-cuadrado de Pearson(1)=0,693 n.s.

Consumo solo cannabis / País de origen

| | | | País de origen | | | |
|------------------------------|------------|---|----------------|---------------|--------|-----------------|
| | | | España | Latinoamerica | Africa | Europa Del Este |
| Consumo solo cannabis | No consume | n | 55 | 56 | 15 | 12 |
| | | % | 39,9% | 40,6% | 10,9% | 8,7% |
| | Si | n | 18 | 15 | 3 | 2 |
| | | % | 47,4% | 39,5% | 7,9% | 5,3% |

Chi-cuadrado de Pearson(3)=1,114 n.s.

Consumo solo cannabis / estudios

| | | estudios | | | |
|------------------------------|------------|-------------------------|------------|---------------|------|
| | | Primaria o sin estudios | Secundaria | Universitario | |
| Consumo solo cannabis | No consume | n | 94 | 48 | 12 |
| | | % | 61,0% | 31,2% | 7,8% |
| | Si | n | 26 | 12 | 2 |
| | | % | 65,0% | 30,0% | 5,0% |

Chi-cuadrado de Pearson(2)=0,438 n.s.

Consumo solo cannabis / Trabajo categorizado

| | | Trabajo categorizado | | | |
|------------------------------|------------|----------------------|---------|------------|-------|
| | | No trabaja | Trabaja | Estudiante | |
| Consumo solo cannabis | no consume | n | 46 | 64 | 23 |
| | | % | 34,6% | 48,1% | 17,3% |
| | consume | n | 18 | 15 | 4 |
| | | % | 48,6% | 40,5% | 10,8% |

Chi-cuadrado de Pearson(2)=2,644 n.s.

Consumo solo cannabis / Ingresos propios

| | | Ingresos propios | | |
|------------------------------|------------|------------------|-------|-------|
| | | No | Sí | |
| Consumo solo cannabis | No consume | n | 67 | 84 |
| | | % | 44,4% | 55,6% |
| | Si | n | 21 | 19 |
| | | % | 52,5% | 47,5% |

Chi-cuadrado de Pearson(1)=0,4841 n.s.

Consumo solo cannabis / Estado civil

| | | | Estado civil | | |
|---|------------|---|--------------|---------|---------------------|
| | | | Casada | Soltera | Separada-Divorciada |
| Consumo solo cannabis | No consume | n | 34 | 116 | 4 |
| | | % | 22,1% | 75,3% | 2,6% |
| | Si | n | 3 | 34 | 3 |
| | | % | 7,5% | 85,0% | 7,5% |
| Chi-cuadrado de Pearson(2)=6,036 P=0,049 | | | | | |

Consumo solo cannabis / Pareja

| | | | Pareja | |
|---|------------|---|--------|-------|
| | | | No | Sí |
| Consumo solo cannabis | No consume | n | 52 | 88 |
| | | % | 37,1% | 62,9% |
| | Si | n | 23 | 16 |
| | | % | 59,0% | 41,0% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)=5,972 P=0,015 | | | | |

Consumo solo cannabis / Hijos

| | | | Hijos | | |
|---------------------------------------|------------|---|-----------|---------|---------------|
| | | | Sin hijos | Un hijo | 2 o más hijos |
| Consumo solo cannabis | No consume | n | 56 | 47 | 51 |
| | | % | 36,4% | 30,5% | 33,1% |
| | Si | n | 13 | 11 | 16 |
| | | % | 32,5% | 27,5% | 40,0% |
| Chi-cuadrado de Pearson(2)=0,666 n.s. | | | | | |

Consumo solo cannabis / Abortos previos

| | | Abortos previos | |
|-----------------------|------------|-----------------|-------|
| | | No | Sí |
| Consumo solo cannabis | No consume | n 99 | 55 |
| | | % 64,3% | 35,7% |
| | Sí | n 19 | 21 |
| | | % 47,5% | 52,5% |

Chi-cuadrado de Pearson(1)=3,755 n.s.

Consumo solo cannabis / Planificación familiar

| | | Planificación familiar | |
|-----------------------|------------|------------------------|-------|
| | | No | Sí |
| Consumo solo cannabis | No consume | n 110 | 40 |
| | | % 73,3% | 26,7% |
| | Sí | n 31 | 9 |
| | | % 77,5% | 22,5% |

Chi-cuadrado de Pearson(1)=0,266 n.s.

Consumo solo cannabis / Uso de anticonceptivos

| | | Uso de anticonceptivos | |
|-----------------------|------------|------------------------|------------|
| | | No utiliza | Sí utiliza |
| Consumo solo cannabis | No consume | n 70 | 80 |
| | | % 46,7% | 53,3% |
| | Sí | n 27 | 13 |
| | | % 67,5% | 32,5% |

Chi-cuadrado de Pearson(1)=5,485 **P=0,019**

Consumo solo cannabis / Anticonceptivos

| | | | Anticonceptivos | | |
|------------------------------|------------|---|-----------------|--------------|----------|
| | | | No utiliza | Preservativo | hormonal |
| Consumo solo cannabis | No consume | n | 70 | 39 | 38 |
| | | % | 47,6% | 26,5% | 25,9% |
| | Si | n | 27 | 5 | 8 |
| | | % | 67,5% | 12,5% | 20,0% |

Chi-cuadrado de Pearson(2)=5,464 n.s.

Consumo solo cannabis / Fumadora

| | | | Fumadora | |
|------------------------------|------------|---|-------------|----------|
| | | | No fumadora | Fumadora |
| Consumo solo cannabis | No consume | n | 74 | 80 |
| | | % | 48,1% | 51,9% |
| | Si | n | 15 | 25 |
| | | % | 37,5% | 62,5% |

Chi-cuadrado de Pearson(1)=1,424 n.s.

Consumo solo cannabis / Declara Alcohol

| | | | Declara Alcohol | |
|------------------------------|------------|---|-----------------|-------|
| | | | No | Si |
| Consumo solo cannabis | No consume | n | 114 | 32 |
| | | % | 78,1% | 21,9% |
| | Si | n | 20 | 12 |
| | | % | 62,5% | 37,5% |

Chi-cuadrado de Pearson(1)=3,425 n.s.

3.2.2.3 Tablas de contingencia Consumidoras de drogas excluyendo el cannabis / No consumidoras

Consumo otras drogas / Edad

| | | | Edad | |
|---------------------------------------|------------|---|----------|----------|
| | | | menor 22 | mayor 22 |
| Consumo otras drogas | No consume | n | 51 | 102 |
| | | % | 33,3% | 66,7% |
| | Si | n | 12 | 31 |
| | | % | 27,9% | 72,1% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)=0,453 n.s. | | | | |

Consumo otras drogas / País de origen categorizado

| | | | País de origen | |
|---|------------|---|----------------|------------|
| | | | Española | Extranjera |
| Consumo otras drogas | No consume | n | 55 | 83 |
| | | % | 39,9% | 60,1% |
| | Si | n | 25 | 16 |
| | | % | 61,0% | 39,0% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)=5,704 p=0,017 | | | | |

Consumo otras drogas / País de origen

| | | | País de origen | | | |
|-----------------------------|------------|---|----------------|---------------|--------|-----------------|
| | | | España | Latinoamerica | Africa | Europa del este |
| Consumo otras drogas | No consume | n | 55 | 56 | 15 | 12 |
| | | % | 39,9% | 40,6% | 10,9% | 8,7% |
| | Si | n | 25 | 8 | 3 | 3 |
| | | % | 64,1% | 20,5% | 7,7% | 7,7% |

Chi-cuadrado de Pearson(3)=7,680 n.s.

Consumo otras drogas / estudios

| | | | Estudios | | |
|-----------------------------|------------|---|-------------------------|------------|---------------|
| | | | Primaria o sin estudios | Secundaria | Universitario |
| Consumo otras drogas | No consume | N | 94 | 48 | 12 |
| | | % | 61,0% | 31,2% | 7,8% |
| | Si | N | 27 | 14 | 2 |
| | | % | 62,8% | 32,6% | 4,7% |

Chi-cuadrado de Pearson(2)=0,504 n.s.

Consumo otras drogas / Trabajo categorizado

| | | | Trabajo categorizado | | |
|-----------------------------|------------|---|----------------------|---------|------------|
| | | | No trabaja | Trabaja | Estudiante |
| Consumo otras drogas | No consume | n | 46 | 64 | 23 |
| | | % | 34,6% | 48,1% | 17,3% |
| | Si | n | 20 | 11 | 8 |
| | | % | 51,3% | 28,2% | 20,5% |

Chi-cuadrado de Pearson(2)=5,107 n.s.

Consumo otras drogas / Ingresos propios

| | | | Ingresos propios | |
|----------------------------------|------------|---|------------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Consumo otras drogas | No consume | n | 67 | 84 |
| | | % | 44,4% | 55,6% |
| | Si | n | 26 | 17 |
| | | % | 60,5% | 39,5% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)=3,474 | | | n.s. | |

Consumo otras drogas / Estado civil

| | | | Estado civil | | |
|----------------------------------|------------|---|--------------|---------|---------------------|
| | | | Casada | Soltera | Separada-Divorciada |
| Consumo otras drogas | No consume | n | 34 | 116 | 4 |
| | | % | 22,1% | 75,3% | 2,6% |
| | Si | n | 9 | 30 | 4 |
| | | % | 20,9% | 69,8% | 9,3% |
| Chi-cuadrado de Pearson(2)=3,882 | | | n.s. | | |

Consumo otras drogas / Pareja

| | | | Pareja | |
|----------------------------------|------------|---|--------|-------|
| | | | No | Sí |
| Consumo otras drogas | No consume | n | 52 | 88 |
| | | % | 37,1% | 62,9% |
| | Si | n | 13 | 28 |
| | | % | 31,7% | 68,3% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)=0,407 | | | n.s. | |

Consumo otras drogas / Hijos

| | | | Hijos | | |
|---|------------|---|-----------|---------|---------------|
| | | | sin hijos | un hijo | 2 o más hijos |
| Consumo otras drogas | No consume | n | 56 | 47 | 51 |
| | | % | 36,4% | 30,5% | 33,1% |
| | Si | n | 6 | 13 | 24 |
| | | % | 14,0% | 30,2% | 55,8% |
| Chi-cuadrado de Pearson(2)=9,913 P=0,007 | | | | | |

Consumo otras drogas / Abortos previos

| | | | Abortos previos | |
|--|------------|---|-----------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Consumo otras drogas | No consume | n | 99 | 55 |
| | | % | 64,3% | 35,7% |
| | Si | n | 16 | 27 |
| | | % | 37,2% | 62,8% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)=10,142 P=0,001 | | | | |

Consumo otras drogas / Planificación familiar

| | | | Planificación familiar | |
|---------------------------------------|------------|---|------------------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Consumo otras drogas | No consume | n | 110 | 40 |
| | | % | 73,3% | 26,7% |
| | Si | n | 32 | 10 |
| | | % | 76,2% | 23,8% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)=0,139 n.s. | | | | |

Consumo otras drogas / Uso de anticonceptivos

| | | | Uso de anticonceptivos | |
|--------------------------------------|------------|---|------------------------|------------|
| | | | No utiliza | Sí utiliza |
| Consumo otras drogas | No consume | n | 70 | 80 |
| | | % | 46,7% | 53,3% |
| | Si | n | 21 | 22 |
| | | % | 48,8% | 51,2% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)=0,63 n.s. | | | | |

Consumo otras drogas / Anticonceptivos

| | | | Anticonceptivos | | |
|---------------------------------------|------------|---|-----------------|--------------|----------|
| | | | No utiliza | Preservativo | hormonal |
| Consumo otras drogas | No consume | n | 70 | 39 | 38 |
| | | % | 47,6% | 26,5% | 25,9% |
| | Si | n | 21 | 9 | 12 |
| | | % | 50,0% | 21,4% | 28,6% |
| Chi-cuadrado de Pearson(2)=0,465 n.s. | | | | | |

Consumo otras drogas / Fumadora

| | | | Fumadora | |
|---|------------|---|-------------|----------|
| | | | No fumadora | Fumadora |
| Consumo otras drogas | No consume | n | 74 | 80 |
| | | % | 48,1% | 51,9% |
| | Si | n | 13 | 30 |
| | | % | 30,2% | 69,8% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)=4,328 P=0,037 | | | | |

Consumo otras drogas / Declara Alcohol

| | | Declara Alcohol | |
|----------------------------------|------------|-----------------|-------|
| | | No | Sí |
| Consumo otras drogas | No consume | n 114 | 32 |
| | | % 78,1% | 21,9% |
| | Si | n 19 | 12 |
| | | % 61,3% | 38,7% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)=3,860 | | P=0,049 | |

3.2.2.4 Tablas de contingencia Policonsumidoras de drogas / No consumidoras

Policonsumo / Edad

| | | Edad | | | |
|----------------------------------|------------|------------|-------|-------|-----------|
| | | Menor 22 | 23-27 | 33-37 | Más de 37 |
| Policonsumo | No Consume | n 51 | 74 | 17 | 11 |
| | | % 33,3% | 48,4% | 11,1% | 7,2% |
| | Si | n 7 | 11 | 4 | 1 |
| | | % 30,4% | 47,8% | 17,4% | 4,3% |
| Chi-cuadrado de Pearson(3)=0,950 | | n.s. | | | |

Policonsumo / Edad

| | | Edad | |
|---------------------------------------|------------|------------|----------|
| | | Menor 22 | Mayor 22 |
| Policonsumo | No Consume | n 51 | 102 |
| | | % 33,3% | 66,7% |
| | Si | n 7 | 16 |
| | | % 30,4% | 69,6% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)=0,076 n.s. | | | |

Policonsumo / País de origen categorizado

| | | | País de origen | |
|---|------------|---|----------------|------------|
| | | | Española | Extranjera |
| Policonsumo | No Consume | n | 55 | 83 |
| | | % | 39,9% | 60,1% |
| | Si | n | 16 | 7 |
| | | % | 69,6% | 30,4% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)=7,059 P=0,008 | | | | |

Policonsumo / País de origen

| | | | País de origen | | | |
|--|------------|---|----------------|---------------|--------|-----------------|
| | | | España | Latinoamerica | Africa | Europa Del Este |
| Policonsumo | No Consume | n | 55 | 56 | 15 | 12 |
| | | % | 39,9% | 40,6% | 10,9% | 8,7% |
| | Si | n | 16 | 2 | 2 | 1 |
| | | % | 76,2% | 9,5% | 9,5% | 4,8% |
| Chi-cuadrado de Pearson(3)=10,584 P=0,014 | | | | | | |

Policonsumo / estudios

| | | | Estudios | | |
|---------------------------------------|------------|---|-------------------------|------------|---------------|
| | | | Primaria o sin estudios | Secundaria | Universitario |
| Policonsumo | No Consume | n | 94 | 48 | 12 |
| | | % | 61,0% | 31,2% | 7,8% |
| | Si | n | 14 | 9 | 0 |
| | | % | 60,9% | 39,1% | ,0% |
| Chi-cuadrado de Pearson(2)=2,186 n.s. | | | | | |

Policonsumo / Trabajo categorizado

| | | | Trabajo categorizado | | |
|--------------------|------------|---|----------------------|---------|------------|
| | | | No trabaja | Trabaja | Estudiante |
| Policonsumo | No Consume | n | 46 | 64 | 23 |
| | | % | 34,6% | 48,1% | 17,3% |
| | Si | n | 10 | 8 | 3 |
| | | % | 47,6% | 38,1% | 14,3% |

Chi-cuadrado de Pearson(2)=1,334 n.s.

Policonsumo / Ingresos propios

| | | | Ingresos propios | |
|--------------------|------------|---|------------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Policonsumo | No Consume | n | 67 | 84 |
| | | % | 44,4% | 55,6% |
| | Si | n | 11 | 12 |
| | | % | 47,8% | 52,2% |

Chi-cuadrado de Pearson(1)=0,096 n.s.

Policonsumo / Estado civil

| | | | Estado civil | | |
|--------------------|------------|---|--------------|---------|---------------------|
| | | | Casada | Soltera | Separada-Divorciada |
| Policonsumo | No Consume | n | 34 | 116 | 4 |
| | | % | 22,1% | 75,3% | 2,6% |
| | Si | n | 3 | 18 | 2 |
| | | % | 13,0% | 78,3% | 8,7% |

Chi-cuadrado de Pearson(2)=3,000 n.s.

Policonsumo / Pareja

| | | | Pareja | |
|-------------|------------|---|--------|-------|
| | | | No | Sí |
| Policonsumo | No Consume | n | 52 | 88 |
| | | % | 37,1% | 62,9% |
| | Si | n | 7 | 16 |
| | | % | 30,4% | 69,6% |

Chi-cuadrado de Pearson(1)=0,385 n.s.

Policonsumo / Hijos

| | | | Hijos | | |
|-------------|------------|---|-----------|---------|---------------|
| | | | Sin hijos | Un hijo | 2 o más hijos |
| Policonsumo | No Consume | n | 56 | 47 | 51 |
| | | % | 36,4% | 30,5% | 33,1% |
| | Si | n | 2 | 7 | 14 |
| | | % | 8,7% | 30,4% | 60,9% |

Chi-cuadrado de Pearson(2)=8,872 **P=0,012**

Policonsumo / Abortos previos

| | | | Abortos previos | |
|-------------|------------|---|-----------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Policonsumo | No Consume | n | 99 | 55 |
| | | % | 64,3% | 35,7% |
| | Si | n | 9 | 14 |
| | | % | 39,1% | 60,9% |

Chi-cuadrado de Pearson(1)=5,324 **P=0,021**

Policonsumo / Planificación familiar

| | | Planificación familiar | | |
|-------------|------------|------------------------|-------|-------|
| | | No | Sí | |
| Policonsumo | No Consume | n | 110 | 40 |
| | | % | 73,3% | 26,7% |
| | Sí | n | 18 | 4 |
| | | % | 81,8% | 18,2% |

Chi-cuadrado de Pearson(1)=0,726 n.s.

Policonsumo / Uso de anticonceptivos

| | | Uso de anticonceptivos | | |
|-------------|------------|------------------------|------------|-------|
| | | No utiliza | Sí utiliza | |
| Policonsumo | No Consume | n | 70 | 80 |
| | | % | 46,7% | 53,3% |
| | Sí | n | 11 | 12 |
| | | % | 47,8% | 52,2% |

Chi-cuadrado de Pearson(1)=0,011 n.s.

Policonsumo / Anticonceptivos

| | | Anticonceptivos | | | |
|-------------|------------|-----------------|--------------|----------|-------|
| | | No utiliza | Preservativo | Hormonal | |
| Policonsumo | No Consume | n | 70 | 39 | 38 |
| | | % | 47,6% | 26,5% | 25,9% |
| | Sí | n | 11 | 5 | 7 |
| | | % | 47,8% | 21,7% | 30,4% |

Chi-cuadrado de Pearson(2)=0,335 n.s.

Policonsumo / Fumadora

| | | | Fumadora | |
|--|------------|---|-------------|----------|
| | | | No fumadora | Fumadora |
| Policonsumo | No Consume | n | 74 | 80 |
| | | % | 48,1% | 51,9% |
| | Si | n | 5 | 18 |
| | | % | 21,7% | 78,3% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)=5,607 P=0,018 | | | | |

Policonsumo / Declara consumir alcohol

| | | | Declara Alcohol | |
|--|------------|---|-----------------|-------|
| | | | No | Sí |
| Policonsumo | No Consume | N | 114 | 32 |
| | | % | 78,1% | 21,9% |
| | si | n | 8 | 7 |
| | | % | 53,3% | 46,7% |
| Chi-cuadrado de Pearson(1)=4,539 P=0,033 | | | | |

Tabla resumen

| | PELO NEGATIVO | PELO POSITIVO para cualquier droga | Pelo positivo para cannabis | Pelo positivo para otras drogas | Pelo positivo para mas de una droga |
|----------------------------------|----------------------|---|------------------------------------|--|--|
| Nacionalidad Dicotómica % | | | | | |
| española | 39.9 | 54.4 | 47.4 | 60 | 69.6 |
| Nacionalidad % | | | | | |
| Latinoamerica | 40.6 | 27.7 | 39.5 | 20 | 8.7 |
| Africa | 10.9 | 7.2 | 7.9 | 7.5 | 8.7 |
| Europa del este | 8.7 | 6 | 5.3 | 7.5 | 4.3 |
| Ingresos propios | | | | | |
| si | 55.6 | 43.4 | 47.5 | 40.5 | 52.2 |
| educacion | | | | | |
| no | 1.3 | 4.8 | 5 | 4.8 | 4.3 |
| primaria | 59.7 | 59 | 60 | 57.1 | 56.5 |
| secundaria | 31.2 | 31.3 | 30 | 33.3 | 39.1 |
| universitaria | 7.8 | 4.8 | 5 | 4.8 | 6.8 |
| hijos | | | | | |
| no | 36.4 | 22.9 | 32.5 | 11.9 | 8.7 |
| uno | 30.5 | 28.9 | 27.5 | 31 | 30.4 |
| dos | 24 | 30.1 | 27.5 | 33 | 39.1 |
| 3 o mas | 9.1 | 18.1 | 12.5 | 23.8 | 21.1 |
| Planificación Familiar | | | | | |

| | | | | | |
|---------------------------|------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| si | 26.7 | 23.2 | 22.5 | 24.4 | 18.2 |
| anticonceptivos | | | | | |
| no | 46.7 | 57.8 | 67.5 | 50 | 47.8 |
| hormonal | 26 | 16.9 | 12.5 | 21.4 | 21.7 |
| preservativo | 25.3 | 24.1 | 20 | 22.4 | 30.4 |
| Abortos previos | | | | | |
| si | 35.7 | 57.8 | 52.5? | 61.9 | 60.9 |
| pareja | | | | | |
| si | 62.9 | 55 | 41 | 70 | 69.6 |
| Estado civil | | | | | |
| soltera | 75.3 | 77.1 | 85 | 69 | 78.3 |
| casada | 22.1 | 14.5 | 7.5 | 21.4 | 13 |
| Divorciada/separada | 2.6 | 8.4 | 3.6 | 4.1 | 8.7 |
| Consumo de tabaco | | | | | |
| si | 51.9 | 66.3 | 62.5 | 69 | 78.3 |
| Consumo de alcohol | | | | | |
| si | 21.9 | 38.1 | 37.5 | 38.7 | 46.7 |

6. DISCUSIÓN

En este estudio hemos estudiado a un grupo de 237 mujeres gestantes que se sometieron a una IVE en la semana 12 de su embarazo y hemos analizado el consumo de sustancias de abuso y distintos parámetros sociosanitarios, a fin de conocer las características de las mismas.

La edad media de la muestra es de 26,25 años, siendo la mayoría solteras (el 75,9%) pero con pareja estable (60%), con estudios primarios (el 59,5%), en un alto porcentaje de nacionalidad extranjera (54,8%) siendo el origen más frecuente latinoamericano y que vive en España al menos desde hace 2 años. Por lo general las mujeres participantes no suelen acudir a centros de planificación familiar de forma habitual (el 74,6 %) y en muchos casos no utiliza ningún método anticonceptivo eficaz para prevenir embarazos no deseados (50.6%), ya han tenido alguna embarazo anterior (75,5%) y tienen al menos un hijo vivo en el momento de la intervención (68,4%) y con antecedentes en el 43,5% de al menos un aborto anterior.

A la hora de discutir las características de nuestra muestra y los resultados obtenidos hemos de tener en cuenta que este colectivo objeto de nuestro estudio tiene unas características especiales, pues nos estamos refiriendo a IVEs realizadas en la semana 12 de embarazo, es decir ya casi del segundo trimestre, y que por lo tanto han retrasado al máximo el diagnóstico de su embarazo o la decisión de interrumpirlo. Las estadísticas nacionales del Ministerio de sanidad reflejan que el 63,38% a nivel nacional y el 66,53% de las IVEs de la región de Murcia se realizaron en las 8 primeras semanas de gestación, es decir, que tomaron su decisión precozmente al contrario que las mujeres de nuestra muestra.

La **edad** de las mujeres de nuestra muestra es similar a los datos de las estadísticas del Ministerio de Sanidad de IVEs, el intervalo de edad más frecuente es el comprendido entre 22 y 32 años que representa el 51,6%, siendo el 82,99% menores de 32 años, las menores de 18 años representan el 7,7%. En España en el año 2009 el 81,05% de las mujeres que abortaron tenía

menos de 34 años y las menores de 18 años fueron el 12,53% (Estadísticas del Ministerio Sanidad).

Al comparar con datos de otros países hay grandes variaciones dependiendo de sus características sociales y económicas. En la India las mayores de 20 años representan sólo el 2,6% de los abortos, y el intervalo de edad más frecuente es el comprendido entre los 21 y 24 años (35,3%) (Smitha Sreenivas K). En EEUU y Nueva Zelanda se dan las tasas más altas de aborto en edades tempranas, mientras que en Europa es la Federación Rusa la que tiene las cifras más elevadas en estas edades (Avery, L et Al, 2010), siendo el Reino Unido y Suecia los que tienen las tasas más elevadas de Europa occidental (24/1000 abortos en menores de 18 años) (Gissler M, et al., 2012). Estas elevadas cifras se puede atribuir entre otras causas, al comienzo cada vez más precoz de relaciones sexuales (Lehti V. et al, 2015), así aunque la media del comienzo de las mismas en España es a los 16 años (Rodríguez Carrión J, et al, 2012) el 18% de los menores de 15 años ya han mantenido relaciones sexuales.

En nuestra muestra el grupo de mujeres más jóvenes, menores de 22 años presenta las siguientes características frente al grupo de mayores de 22 (estadísticamente significativas): son en mayor proporción estudiantes ($p=0,000$), sin ingresos económicos propios ($p=0,014$), de estado civil solteras ($p=0,001$), sin pareja estable ($p=0,000$), no tienen hijos ($p=0,000$) ni tampoco abortos previos ($p=0,006$).

La mayoría de los embarazos en adolescentes y mujeres muy jóvenes son embarazos no planificados (Chandra A, et al, 2002), (Finer LB, et al, 2006a) y conllevan graves consecuencias. En el caso de que el mismo continúe, se consideran embarazos de riesgo (Gould JB, et al, 1998), (Nebot M, et al, 1997), ya que generalmente siguen escasos controles obstétricos prenatales (Barlow J, et al, 2011) y presentan una mayor tasa de prematuridad asociada en muchas ocasiones a un bajo nivel socioeconómico y a factores de riesgo familiar (de Rodríguez I.C. et al, 2013). Así mismo se han descrito repercusiones negativas para la adolescente tanto sobre su salud como de tipo

social, económico y educativo (Moffitt TE., 2002), (Meade CS, et al, 2005), (Boden JM, et al, 2008), (Paranjothy S, et al, 2009), (Swann C, et al, 2003). En la mayoría de los casos estos embarazos son no buscados y acaban en abortos (Ruiz-Ramos M. et al, 2011). En nuestro país se estima que el 44% de las jóvenes adolescentes que se quedan embarazadas realizan una interrupción de embarazo (Jornadas Fecundidad Joven). En estas mujeres el objetivo de la IVE es posponer la maternidad (Ruiz -Ramos, M, et al., 2012) y muchas de esas interrupciones son tardías pues se realizan en el segundo trimestre de gestación (Mentula MJ, et al, 2010) lo que implica unos mayores riesgo para la adolescente (Grossman D, et al, 2008).

Por otra parte, en las mujeres de mayor edad, el objetivo en muchos casos es no tener más hijos. (Ruiz-Ramos, M., 2012). El 67,9% de las mujeres de nuestra muestra son mayores de 22 años, es decir están en edad laboral. Se ha descrito una correlación entre la participación de la mujer en el mercado laboral y las variaciones ocurridas en los últimos años en la fecundidad y más concretamente en la interrupción de embarazo (Orjuela-Ramírez M., 2012), (Climent F. et al., 2003). En España, el porcentaje de mujeres con actividad laboral entre 15 y 49 años ha pasado del 46,61% en 1991 al 58,4% en el año 2005 (Larrea, E, 2004) y la tasa de aborto según estadísticas del Ministerio de Sanidad ha pasado del 5,69 por 1000 mujeres en edad fértil en el año 1996 a 9,6 en el año 2005. Hay que destacar que aunque en el grupo de mujeres menores de 22 años la planificación familiar y la utilización de anticonceptivos era menor, las diferencias no eran estadísticamente significativas. El consumo de drogas legales a diferencia de las estadísticas nacionales es similar en los dos tramos de edad (EDADES).

Respecto a la **nacionalidad** encontramos pequeñas diferencias entre las mujeres de nuestra muestra y el conjunto de las mujeres a las que se practico una IVE en la Región de Murcia y en España. Así en nuestra muestra el 45,2% son españolas y de las extranjeras la mayoría son latinoamericanas (36,4%), en las estadísticas de la región de Murcia las españolas suponen un 43% de los casos y en el caso de las mujeres extranjeras la mayoría también son latinoamericanas (39,8%), en el conjunto de España tenemos un 57,21% de

españolas y de las extranjeras son las latinoamericanas el origen e más frecuente pero en un porcentaje menor (23,68%).

El fenómeno de la mayor tasa de abortos en las mujeres extranjeras, en su gran mayoría inmigrantes (Orjuela M. et al, 2009), (Márquez-Calderón, S. et al, 2009), ha influido en el incremento de abortos de las estadísticas de todas las comunidades autónomas (Ruiz-Ramos M. et al., 2012). El incremento de las IVEs atribuidas al fenómeno migratorio es común a toda Europa, así en Italia la población inmigrante tiene una tasa de abortos de 34,8 por 1000 mujeres frente a la población autóctona que es de 10,5 (Medda, E. et al, 2002). En Suecia ocurre algo similar ya que el 37% de las mujeres que abortan en ese país no son suecas (Helstrom L. et al, 2003).

Como ya se ha mencionado anteriormente la incorporación de la mujer al mercado laboral ha ido en paralelo con el incremento de la tasa de aborto en nuestro país y según datos del Ministerio de Trabajo la población emigrante en edad de trabajar ha incrementado de forma notable la población activa al incorporarse formal o informalmente al mercado laboral, puesto que el motivo de la elección de España como país de destino es en muchos casos por causas económicas. En el caso de las mujeres inmigrantes los sectores en los que mayoritariamente han encontrado empleo han sido como trabajadoras no cualificadas del sector servicios, trabajadoras de los servicios de restauración o dependientas de comercio. Un sector en el que también existe una alta tasa de ocupación de mujeres inmigrantes es el servicio domestico, cuidado de niños y ancianos, cubriendo a bajo costo económico servicios que en otros países europeos son asumidos por la ayuda del Estado del Bienestar (Misterio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005). Este tipo de trabajo al que acceden las mujeres emigrantes de baja cualificaron y en unas condiciones de precariedad laboral hace que sea incompatible con un embarazo, por lo que si se produce de forma no buscada, la opción de un aborto es muy probable.

Distintos autores han atribuido la elevada tasa de abortos en la población inmigrante a factores socioeconómicos, el nivel de estudios, el idioma, el empleo, el estado civil, el contexto cultural, la educación sexual y reproductiva

así como el acceso a los servicios de salud y planificación familiar, el país de origen, la familia, las relaciones de género o las redes sociales de apoyo (Henshaw SK., 1998), (Bankole A, et al, 1999). Sin embargo en este estudio no se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre el país de origen y variables como estado civil, hijos, nivel de estudios, ingresos económicos, profesión, acceso a servicios de planificación familiar, abortos previos o utilización de métodos anticonceptivos.

El **nivel de estudios** de las mujeres participantes no alcanzaba el de secundaria en un 62% de los casos, similar al de las mujeres que interrumpen voluntariamente su embarazo en la Región de Murcia y con una gran diferencia con respecto a las del conjunto de España, que mayoritariamente tienen estudios secundarios (58,19%).

Existen numerosa bibliografía que relaciona el aborto con niveles educativos bajos, tanto a nivel internacional (Vikat A. et al, 2002), (Imura M et al, 2007), (Steinberga JR. et al, 2014), (Finer L.B. et al, 2006b) como en España, (Lete I et al, 2004), (Font-Ribera et al, 2008), (Perez G., et al, 2013), aunque no hay unanimidad sobre esta relación (Ruiz-Ramos, M., 2012). En nuestro caso no hemos encontrado relación entre el nivel de estudios y la existencia de abortos anteriores o la utilización de servicios de planificación familiar. Se ha relacionado el nivel de estudios con la utilización de métodos anticonceptivos seguros (Ruiz-Muñoz et al, 2012) y así en nuestra muestra encontramos que las universitarias utilizan más métodos anticonceptivos ($P=0,006$), siendo los métodos más utilizados los hormonales ($P=0,001$).

El **trabajo** y la situación laboral están íntimamente relacionados con el número de hijos y con la edad, pues son las mujeres que trabajan fuera del hogar las que tienen mayor incidencia de abortos y menor número de hijos (Delgado M., 1999). En nuestra muestra: el 43% de las mujeres tienen actividad laboral en el momento de la IVE y estar en situación laboral activa se relaciona con el número de hijos (mayor proporción de mujeres con hijos en las que no trabajan), así como con los abortos de repetición (más frecuentes en las mujeres que trabajan que en las que no lo hacen). Estas mujeres deben, en

muchos casos, priorizar el conseguir un puesto de trabajo, en el caso de las mujeres que están en situación de paro o en el caso de que si tengan actividad laboral la mejora y consolidación de la misma, o ante la dificultad de conciliar la vida laboral y profesional, con trabajos a tiempo completo o doble jornada en muchos casos con un reparto no equilibrado dentro los miembros de la pareja de las tareas domesticas, así como la falta de ayudas institucionales (Maroto G. et al, 2004), (Gálvez N., 2005). En esta situación, dada la coincidencia en el tiempo para formar o ampliar una familia muchas mujeres optan por consolidar su situación laboral antes que dedicarse a la crianza de los hijos (Orjuela-Ramírez, M.E., 2012), (Begal, K. et al., 2011) o a retrasar la edad en la que tienen su primer hijo. No resulta extraño que en nuestro país muchas mujeres tengan su primer parto después de los 30 años (Delgado M, et al, 2005), (Bongaarts J. ,1982) y que el planteamiento de un segundo embarazo representa un reto importante tanto por las dificultades materiales que este segundo hijo representa como por la disminución de la fertilidad por la edad de la mujer (Font-Ribera L. Et al., 2008), (Nasseri A. et al., 1968), (Delgado M. et al., 2006).

Otro factor que influye en la decisión de abortar ante un embarazo no previsto es la escasez de **recursos** materiales suficientes para asegurar el cuidado de la familia o la ausencia de apoyo familiar para el cuidado de los hijos, circunstancia que se da en mujeres que no tienen autonomía financiera o recursos propios, así como cuando no tienen **pareja**, no existen relaciones estables o hay conflictos de pareja (Orjuela-Ramírez. M.E. 2012), (Finer LB et al., 2005), (Font-Ribera L. et al, 2008), (Ruiz-Ramos M. et al, 2012), (Souza e Silva R, et al, 2009), (Wadhera S, et al, 1997). En nuestra muestra el 48,7% de las mujeres no tienen recursos económicos propios y el 75,9% son solteras, y si añadimos las mujeres separadas y divorciadas la cifra llega al 80,5%. Este porcentaje es más alto que la estadística de toda España del Ministerio de Sanidad, que es de 76,4% y en nuestra muestra hay una correlación estadísticamente significativa entre no tener pareja y ser solteras. Lógicamente existe una relación estadísticamente significativa entre la falta de ingresos económicos y no tener trabajo, así como entre no tener pareja y no tener hijos o tener menos hijos que las mujeres que si la tienen, así mismo tienen menos

abortos previos y utilizan más métodos anticonceptivos tipo barrera que las casadas que utilizan más los de tipo hormonal .

Con respecto a el **estado civil** las diferencias con los datos estadísticos del Ministerio son claras ya que el 75,9% de las mujeres de nuestra muestra es soltera frente al 68,39 en el conjunto de los abortos de la Región de Murcia y el 68,48% de los aborto practicados en España.

Otro dato muy importante es la utilización de servicios de salud de **planificación familiar** en el que vemos que la mayoría de las mujeres de nuestra muestra no los utilizan de forma habitual en un 74,6% de los casos y de las que si los utilizaron lo más frecuente es que estos sean públicos en un 15,5%. Este porcentaje es similar a la estadística de mujeres que interrumpieron su embarazo en la Región que Murcia, que no los utilizaron en un 72,18%, siendo un 17,07% las que utilizaron los servicios públicos de planificación familiar. Sí encontramos importantes diferencias a nivel nacional, que tampoco utilizan estos servicios en su mayoría pero en un porcentaje menor (52,28%), mientras que las que utilizaron los servicios sanitarios publicos de planificación familiar fueron el 25,83%.

La utilización de **métodos anticonceptivos** en las mujeres de nuestra muestra es de 50,6%, siendo los métodos de barrera los más utilizados en un 24,9% de los casos. No existe este dato en las estadísticas de la interrupciones de embarazo del Ministerio de Sanidad pero si lo comparamos con la VI Encuesta Daphne sobre utilización de anticonceptivos en España realizada en el año 2009 vemos que del total de la población femenina española el 78,8% utilizaba alguna método anticonceptivo, siendo los métodos barrera los mas utilizados en el 37,3% de los casos. Si comparamos nuestros datos con el estudio poblacional sobre el uso y la opinión de los métodos anticonceptivos en España del Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de la SEC del año 2014, vemos las diferencias con nuestra población ya que el 72,7% de las mujeres de nuestro país utilizan alguna tipo de método anticonceptivo, siendo también los métodos barrera los más utilizados en un 31,3% de los casos.

Con respecto al número de **hijos** vivos en el momento del aborto también existen diferencias con las estadísticas del Ministerio de Sanidad, así en las mujeres de nuestra muestra, el 68,4%, que tenían algún hijo y en el 56,2% de los casos estos eran 1 o 2, cifra superior a la que dicha estadística indica en las mujeres a las que se realizó un aborto en la Región de Murcia que refleja las que tenían hijos vivos en el momento del aborto eran el 63,27% y en el 49,63% estos eran 1 o 2. Al compararla con la estadística de toda España esta cifra aun disminuye más hasta el 52,89% de los casos y sigue siendo lo más frecuente que el número de los mismos sea de 1 o 2 pero en un porcentaje aún menor (44,88%).

Al comparar la existencia de **abortos previos** en nuestra muestra el 43,5% de las mujeres tienen abortos de repetición, es decir, que previamente ya han tenido algún aborto voluntario, cifra que desciende al 38,94% en las mujeres de la Región de Murcia y que aun disminuye más al referirnos al total de casos de toda España, que es de 37,87%.

En estas mujeres el aborto se produce por un embarazo no buscado ni deseado, se estima que la mitad de los embarazos no son planificados y de estos la mitad acaba en aborto independientemente del contexto cultural (Henshaw S.K., 1998), (QiaoqinMa, et al, 2013). El que estos embarazos no deseados se produzcan y que acaben en un aborto representa un fallo de la planificación familiar, por eso es especialmente grave la alta tasa de abortos de repetición que se produce en las mujeres de nuestra muestra, el 45,5% y que supera en casi un 7% la estadística de las IVES de toda España (el 37,87%). Esto representa que para estas mujeres el aborto voluntario se ha convertido en una práctica anticonceptiva para espaciar, limitar o posponer los embarazos no deseados (Orjuela-Ramírez M., 2012). Se ha relacionado el aborto de repetición con mujeres sin pareja, situaciones de paro, antecedentes de violencia por parte de la pareja o abuso sexual, inmigración, adolescentes y consumo de drogas (Addor V., et al, 2003), (Pérez.G., 2009), (Leppäälähti S. et al., 2012) (García-Algar, O. et al., 2009). En nuestra muestra el aborto de repetición es significativamente más frecuente en las mujeres con hijos, más

mayores, con trabajos no cualificados e ingresos económicos propios y menos en estudiantes.

Podemos concluir que nuestra muestra tiene unas características especiales que la diferencian de las mujeres que interrumpen su embarazo tanto en la Región de Murcia como en el resto de España:

- Son más jóvenes.
- Mayoritariamente solteras.
- De nacionalidad extranjeras, mayormente latinoamericanas.
- No utilizan los servicios sanitarios de planificación familiar (ni público ni privados).
- Baja utilización de métodos anticonceptivos seguros.
- Con 1 o 2 hijos vivos.
- Una alta frecuencia de abortos de repetición.
- Una alta frecuencia de utilización de sustancias de abuso.

Consumo de sustancias de psicoactivas.

Del total de 237 muestras, 163 (68.8%) dieron resultados positivos, para la presencia de, al menos, una de las sustancias de abuso estudiadas. Si excluimos el tabaco el número de muestras positivas se reduce a 83 (35%). 135 (56.9%) muestras fueron positivas a tabaco, 61 (25.7%) a cannabis, 36 (15.18%) a cocaína, 9 (3.7%) a opiáceos y 2 (0.84%) a MDMA. No se encontró la presencia de anfetaminas en ninguna de las muestras analizadas.

La interpretación de los resultados obtenidos respecto a la prevalencia de consumo de sustancias de abuso en poblaciones tan específicas como la nuestra supone una limitación en cuanto a la búsqueda de literatura científica relevante, ya que si los datos sobre consumo en mujeres embarazadas son muy escasos, el consumo en gestantes que interrumpen voluntariamente su embarazo lo es aún más. Los factores que dificultan la comparación de nuestros datos con los de otros autores son variados: Existen pocos trabajos específicos para este tipo de población, y los que hay normalmente abarcan las

últimas etapas de la gestación; además, en los estudios basados en biomarcadores, las distintas ventanas de exposición de las matrices biológicas empleadas no permiten comparar los datos entre sí y en los trabajos basados en cuestionarios se detecta una infradeclaración del consumo de drogas y además los datos epidemiológicos se refieren a distintos periodos de consumo (alguna vez en la vida, en el último mes, en el último año). Otra dificultad adicional es la variabilidad en los patrones de consumo entre los distintos países, que hace que la interpretación de los resultados sea compleja.

En España, el Plan Nacional Sobre Drogas realiza encuestas periódicas que nos permiten evaluar la prevalencia de exposición a drogas legales/ilegales en mujeres de edades comprendidas entre 15 y 34 años (el intervalo más similar a la edad fértil y en que se producen más IVEs) y aquellas con edades entre 35 y 64 años (encuesta EDADES). Los datos muestran que el consumo de sustancias de abuso entre la población femenina más joven (Informe EDADES 2009/10, Plan Nacional Sobre Drogas, 2010) son elevados, la prevalencia de consumo declarada en los últimos 12 meses por el PNSD en el año 2009, en mujeres de 15-34 años, fue de 14.1% para cannabis, 3.2% para cocaína, 0.9-1.4% para anfetaminas-éxtasis y próximo al 0.1% para opiáceos. En el Hospital del Mar de Barcelona se ha llevado a cabo el “Proyecto Meconio”, consistente en el estudio de la exposición intrauterina a drogas en los dos últimos trimestres del embarazo. Para ello, se ha analizado el meconio de los neonatos, encontrándose una positividad a sustancias de abuso en un 10.9% de los casos (5.3% a cannabis, 2.6% a cocaína y 4.7% a opiáceos) (García Algar, O et al., 2008) (Pichini S. et al., 2005).

La comparación de la prevalencia de la exposición a drogas en nuestra población con respecto a estos estudios (Tabla 23), muestra un mayor porcentaje de casos positivos. Esta evidencia puede explicarse por las especiales características del colectivo seleccionado en este trabajo. Las participantes en el estudio no son representativas ni de la población general, ni de las embarazadas, ya que se trata de mujeres que deciden no continuar con su embarazo.

| CASOS POSITIVOS | MUESTRA | PNSD AÑO 2009/10 | PROYECTO MECONIO |
|------------------------------|---------|------------------|------------------|
| Alguna droga de abuso ilegal | 35.0% | - | 10.1% |
| Cannabis | 25.9% | 14.1% | 5.3% |
| Cocaína | 15.2% | 3.2% | 2.6% |
| Opiáceos | 3.7% | 0.1% | 4.7% |
| Anfetaminas | - | 0.9% | - |
| MDMA | 0.8% | 1.4% | 0.1% |
| Tabaco | 56.8% | 28% | |

Tabla 23. Prevalencia de la exposición a drogas en nuestra población frente a la registrada en diversos cuestionarios y estudios (Plan Nacional Sobre Drogas, Proyecto Meconio).

Por lo general, la mujer consumidora de drogas que decide quedarse embarazada interrumpe o disminuye el uso de drogas de forma inmediata cuando el embarazo se hace efectivo o conforme la gestación va avanzando en el tiempo (Pichini S. et al., 2002) (Martínez-Frías M.L et al., 2005). Sin embargo, en nuestro caso los embarazos han sido no deseados y al no llevarse a término las embarazadas no siempre cesaron en el consumo de drogas (Martino S.C., et al., 2006). Además en nuestro trabajo hemos analizado la exposición a sustancias de abuso durante el primer trimestre del embarazo, que es el período de la gestación en el que generalmente existe más consumo de sustancias de abuso (Martínez-Frías M.L et al., 2005) (Martino S.C., et al., 2006).

En lo referente al consumo de drogas ilegales, sólo un 2.96% de la población participante en el estudio declaró el uso de estas sustancias, 4 cannabis, 1 cocaína y 2 cannabis + cocaína. La prevalencia del consumo de drogas ilegales observada a partir de los análisis realizados contrasta con los datos obtenidos a través del cuestionario estructurado, lo cual está de acuerdo con la tendencia de las embarazadas a infradeclarar el uso de estas

sustancias, como ya han observado otros autores (Klein J. Et al, 2000), (Ostrea E.M. Jr et al, 2001). Un 2.96% de las encuestadas declaró consumo de drogas durante el embarazo, porcentajes similares a los encontrados en otras encuestas de características similares, como la llevada a cabo en el Proyecto Meconio donde en el cuestionario estructurado sólo detectó el 0,3% de madres que habían consumido heroína, el 1,2% para las que habían consumido cocaína y el 5,3% para las que habían consumido cannabis (Garcia-Algar O. et al., 2009).

Con respecto al consumo de drogas legales un 34.6% de las encuestadas informó del consumo de tabaco durante los 3 meses previos y los datos derivados del análisis de cabello muestran un 56.8%, cifras muy superiores a los datos ofrecidos por el PNSD 09/10, en los que el 28% de la población femenina de 15-34 años refería consumo diario de tabaco, y por el Proyecto Meconio, que reflejó un 41.2% de embarazadas fumadoras. Una encuesta llevada a cabo entre embarazadas españolas determinó que un 30.1% de las encuestadas fumó durante el embarazo, valores similares a los reportados en nuestra muestra (Martínez-Frías M.L et al., 2005).

En la encuesta EDADES un 54% de las mujeres entre 15 y 34 refería haber consumido alcohol en el mes anterior y en nuestra muestra el consumo de alcohol fue declarado por un 26.8%. Esta prevalencia es similar a la declarada por mujeres gestantes en España en un estudio similar y muestran la infradeclaración de este grupo de población.

La mayor autodeclaración del consumo de drogas legales, como el tabaco y el alcohol, frente a las ilegales, puede ser explicada por su gran aceptación social, así como la baja percepción de riesgo ligada a su consumo. Durante los últimos años, el PNSD ha desarrollado campañas informativas sobre los efectos nocivos del tabaco que han provocado una disminución de su consumo, especialmente entre mujeres gestantes. El establecimiento de la Ley 42/2010, de medidas sanitarias frente al tabaquismo también hace prever resultados optimistas en este sentido (BOE 318, de 31 de diciembre de 2010).

Al analizar el consumo de sustancias psicoactivas junto con los distintos parámetros sociosanitarios de las mujeres de nuestra muestra encontramos que hay una relación estadísticamente significativa entre consumo de sustancias y distintos factores sociodemográficos y ginecológicos.

-País de origen: hay una relación entre mujeres de origen español y consumo de sustancias.

-Numero de hijos vivos: hay una relación entre mayor número de hijos y consumo de sustancias (P=0,042).

-Abortos previos: Hay una relación entre abortos de repetición y consumo de sustancias (P=0,001).

-Consumo de tabaco: hay relación entre consumo de tabaco y consumo de otras sustancias (P=0,034)

-Declaran consumo de alcohol: Hay relación entre las mujeres que declaran el consumo de alcohol y el uso de sustancias (P=0,015).

Con respecto a la droga ilegal mas consumida existe asociación entre su uso y los siguientes parámetros:

-Estado civil: hay asociación entre solteras y consumo de THC (P=0,049).

-Convivencia en pareja: Existe asociación entre no convivir en pareja y consumo de THC (P=0,015).

-Utilización de anticonceptivos: hay relación entre no utilización de métodos anticonceptivos y consumo de THC (P=0,019).

Con respecto a otras drogas hay relación significativa con los siguientes parámetros:

-País de origen: Hay relación entre ser de origen español y el consumo de otras sustancias (P=0,017).

-Número de hijos vivos: Hay relación entre tener 2 o más hijos vivos y el consumo de otras sustancias (P=0,007).

-Abortos previos: hay relación entre abortos de repetición y el consumo de otras sustancias (P=0.001).

-Fumadora: hay relación entre ser fumadora y el consumo de otras sustancias (P=0,037).

-Declara alcohol: hay relación entre declarar consumo de alcohol y la utilización de otras sustancias (P=0,049).

Con respecto al policonsumo de sustancias hay una asociación significativa con los siguientes parámetros:

-País de origen: Existe relación entre ser española y el policonsumo de sustancias psicoactivas ($P=0,008$).

-Hijos vivos: hay relación entre la existencia de 2 o más hijos vivos y el policonsumo de sustancias ($P=0,012$).

-Abortos previos: Hay asociación entre abortos de repetición y policonsumo de sustancias ($P=0,021$).

-Fumadora: Hay asociación entre ser fumadora y el policonsumo de sustancias ($P=0.018$).

Al comparar el grupo de mujeres no consumidoras con aquellas que dan positivo a una o más drogas ilegales vemos que no hay diferencias entre los grupos de edad, el nivel de estudios, la situación laboral, la existencia de ingresos propios, pareja estable o estado civil. Las diferencias las encontramos en el país de origen ya que el consumo de drogas ilegales es más frecuente en españolas que en extranjeras lo que también se ha descrito en otros trabajos (Mur et al 2010).

Aunque la utilización de servicios de planificación familiar y anticonceptivos en las mujeres consumidoras es menor que en las no consumidoras, esta relación no es estadísticamente significativa. Sin embargo sí que existe relación con la frecuencia de abortos previos, siendo abortos de repetición un 57% de los casos del grupo de mujeres consumidoras frente al 35.7% de las no consumidoras. La relación entre la utilización de métodos anticonceptivos y el consumo de alcohol y otras drogas se ha estudiado con anterioridad desde distintas perspectivas y utilizando distintas metodologías, encontrando un incremento de conductas sexuales de riesgo y de abortos en mujeres consumidoras (Gálvez-Buccollini, J.A., 2009), (Anderson J.E., 2008) (Coleman PK. et al., 2002), (Drescher-Burke K., 2013) pero siempre señalando las limitaciones de estos estudios y la complejidad de este tipo de asociaciones. Otros autores han estudiado la relación entre los abortos de repetición y el consumo de sustancias con resultados similares (J.M. Westfall J.M. et al., 1995), (Niinimäki M. et al., 2009) (Alan Guttmacher Institute, 1999).

Como era de esperar aquellas mujeres consumidoras de drogas de abuso ilegales también consumían en mayor proporción alcohol y tabaco, como se ha demostrado en población general y en gestantes (EDADES) (E. Hutchins E. et al., 1997).

Los resultados obtenidos al comparar el grupo de no consumidoras con aquellas que consumen otras drogas excluyendo el cannabis y las policonsumidoras son similares a los encontrados entre las consumidoras de cualquier tipo de droga ilegal, pero más pronunciados.

Sin embargo, las asociaciones entre el grupo de no consumidoras con el de consumidoras de cannabis que no consumen otro tipo de drogas ilegales, son diferentes a las encontradas en los grupos anteriores. Aquí no hemos encontrado diferencias entre población española e inmigrante mostrando la homogeneización en el consumo de cannabis que está más generalizado que el de otras sustancias como la cocaína y los opiáceos (EDADES). También se hemos observado que el porcentaje de consumidoras de cannabis casadas y con pareja es inferior que en las no consumidoras y que las consumidoras de cannabis utilizan menos anticonceptivos.

Lo que resulta extraño es que la asociación entre el consumo de tabaco no sea significativa entre estos dos grupos lo que pueda deberse a los límites de detección del cribado de tabaco en pelo. Tampoco con el alcohol, posiblemente debido al hecho de que mucha gente que consume cannabis no consume alcohol, mientras que el consumo de cocaína casi siempre va unido al consumo de alcohol.

Ante la elevada frecuencia de consumo de drogas de abuso en mujeres embarazadas (que aunque se han sometido a una IVE, podrían no haberlo hecho), la detección del consumo en este colectivo es muy importante pues se ha asociado al consumo de estas sustancias disminución de parámetros somatométricos, como menor peso al nacimiento (Addis A. et al., 2001) y de la longitud del recién nacido, malformaciones del aparato genitourinario (Lutiger

B, et al., 1991). y también se ha descrito un mayor riesgo de muerte perinatal, asfixia, prematuridad y menores puntuaciones del test de Apgar en estos recién nacidos. También se ha relacionado el consumo prenatal de estas sustancias con alteraciones a largo plazo de tipo sanitario, educativo y sociales para los niños que estuvieron expuestos al consumo prenatal de estas sustancias por parte de sus madres (Lester BM, et al., 1998) (Singer L.T. et al, 2004) , (Jacobson SW. et al, 1996) así como en el caso de los opiáceos el recién nacido puede presentar síndrome de abstinencia con irritabilidad, temblor, deshidratación, diarrea y en casos graves hasta convulsiones y alteración de la temperatura en las primeras 24 horas tras el nacimiento y que puede durar hasta 10 semanas (Bhuvaneshwar C, et al. 2008)

Es por todo esto que es importante una detección precoz a fin de poder realizar intervenciones específicas desde el punto de vista sanitario y social antes del embarazo actuando con medidas preventivas de información y concienciación en mujeres de edad fértil (con factores de riesgo, ya descritos) y durante el embarazo mediante la detección del consumo de estas sustancias en las gestantes a fin de establecer las medidas terapéuticas adecuadas para de minimizar el efecto de las mismas sobre el feto. También es importante la identificación tras el parto para garantizar el seguimiento y control de los niños expuestos y de sus familias, a fin de poder establecer medidas de prevención y terapéuticas de los posibles trastornos tanto intelectuales como emocionales y de comportamiento relacionados con esta exposición prenatal.

Para la detección prenatal del consumo de sustancias de abuso la entrevista materna se muestra totalmente ineficaz, como hemos visto los cuestionarios tienen poca validez para determinar el consumo de drogas de abuso por lo que hay que utilizar otros métodos como el estudio del pelo para el cribado de estas sustancias durante el embarazo. Aunque el análisis de cabello no detecta, como el estudio del meconio (-Algar O. Et al., 2009) o del pelo fetal, la exposición del recién nacido, tiene importantes ventajas sobre otras matrices como la orina que sólo informa del consumo de estas sustancias en los días previos al análisis no es un método invasivo, tiene una amplia

ventana de detección y es una técnica con gran sensibilidad y especificidad aun para bajas concentraciones de droga.

La problemática de la reproducción, el control de natalidad y el aborto se ha de abordar con una visión global e integradora, no se debe de centrar en el problema del aborto, ya que este está incluido en todo este amplio y complejo proceso.

Para poder solucionarlo es fundamental mejorar la asistencia a la planificación familiar, contemplada como una política de Salud Pública, ya que implica el bienestar general de la población y debe de incluir numerosas áreas de la sanidad no solo la sexual y reproductiva, para conseguir una reducción de los embarazos no buscados, tanto los que acaban en aborto como los que no.

Por otra parte una mejora de la SSR orientada a colectivos especialmente vulnerables (inmigrantes, adolescentes, etc.) si está bien diseñada debe de redundar en una mejora en la SSR de la población general pues los recursos públicos son compartidos por toda la población y sus deficiencias afectan a todos, aunque de forma más directa a algunos colectivos. Por lo que el objetivo sería la mejora del sistema público de planificación familiar, siendo estos colectivos una “población con necesidades especiales” o con “matices específicos de tratamiento”.

Respecto a la IVE el objetivo sería una reducción paulatina, ya que toda práctica anticonceptiva tiene sus fallos y además siempre existe un grado de inseguridad e incertidumbre en las prácticas sexuales y reproductivas de la población con respecto al embarazo y la anticoncepción.

Con estos objetivos se debería acometer las siguientes acciones, así como establecer los controles posteriores con el fin de evaluar los resultados:

-Se debe de plantear como un “multisistema” en el que todos los recursos públicos disponibles tienen su espacio y su importancia: Centros de Planificación Familiar, Atención Primaria, Atención Especializada y otros

recursos que a los que pueden acceder con mayor facilidad la población menos ingrata en el sistema como Centros de Jóvenes y ONG de perfil médico. Es importante la articulación de todos estos recursos aunque sea a nivel informal.

-Refuerzo de los servicios específicos de Planificación Familiar.

-La salud reproductiva, como prestación básica del sistema sanitario, forma parte de la Atención Primaria, en coordinación con los servicios sociales que trabajan en el distrito así como con la Atención Especializada (ginecología, UCAS, etc.). El médico de familia debe de disponer de un tiempo de apoyo específico para reforzar su posición de escucha y poder dedicarse a la prevención tanto de embarazos no buscados como de consumo de sustancias de abuso al que en muchas ocasiones se asocia.

-Establecer y diseñar programas y cursos de formación del personal médico y sanitario en temas de conocimiento general sobre sexualidad, anticoncepción y planificación familiar, con formación específica sobre métodos anticonceptivos concretos, sus efectos secundarios, incompatibilidades farmacológicas, etc. (Morillo García A. et al. 2007) así como formación que ayude al personal sanitario a comprender y manejar las particulares necesidades de comunicación de esta población. Esta formación específica debe incluir personal administrativo así como al personal de los servicios sociales. La información y la formación también debe de ir dirigida a todo el personal que pueda intervenir en el proceso sociosanitario en contacto con el público: personal administrativo, analistas, trabajadores sociales, personal de ONG, etc.

-Plantear una estrategia de comunicación pública en los lugares y con los medios que faciliten su acceso a la población destinataria (por ejemplo prensa gratuita, locutorios, peluquerías, etc.) así como carteles y folletos en los Centros de Salud dirigida a que esta población de riesgo coloque la prevención de los embarazos no deseados y la prevención de consumo de drogas entre sus prioridades.

También se ha de utilizar Internet con el fin de difundir los mensajes adecuados y combatir rumores e informaciones incorrectas sobre métodos anticonceptivos y hábitos de vida saludables mediante paginas Web, presencia en buscadores y generación de opinión en foros.

-Acercar la sanidad pública de una manera flexible y sencilla a esta población vulnerable, uno de los principales problemas que tienen para acceder a la misma es que los horarios de trabajo, dada la precaria situación laboral de esta población, en muchas ocasiones son incompatibles con poder acudir a citas medicas, muchas veces repetidas, además de demoras en las citas o en la realización de la analítica previa la prescripción de los anticonceptivos, etc. Por otra parte muchos anticonceptivos resultan caros para la población de mayor riesgo como son personas sin recursos, jóvenes o inmigrantes.

Por ello se debe de:

-Facilitar las citas y horarios especiales de atención, adecuados a las necesidades de estos colectivos: fines de semanas, tardes para jóvenes exclusivamente sin cita previa (Baraitser P, et al., 2002), (Ruiz-Muñoz, D., 22012) etc

-Acceso universal a los anticonceptivos incluyéndolos dentro de la financiación de medicamentos gratuitos y con especial atención a los métodos “semi-permanentes” de anticoncepción como DIU, inyectables o implantes subdérmicos.

Por otra parte la mejora de la anticoncepción puede ser eficaz pero no es suficiente, pues no hay que centrarse en desarrollar métodos para no tener hijos y olvidarnos de desarrollar recursos para tenerlos más fácilmente mediante líneas de actuación (Font-Ribera, et al, 2008) de mayor alcance político:

-Apoyo institucional a la estabilidad laboral así como una mejora en las condiciones de trabajo.

-Líneas de actuación en materias de igualdad y conciliación de la vida familiar y laboral con medidas como desarrollar recursos del tipo de guarderías, apoyo a las madres y padres en los horarios apretados, mejora de los transportes, así como establecer políticas amplias de igualdad de género que hagan evolucionar a los varones mejorando la comunicación en la pareja y propiciando un cambio más igualitario.

7. CONCLUSIONES

1. El perfil de la mujer que interrumpe su embarazo en la semana 12 en la Región de Murcia se corresponde con la de una mujer entre 17 y 32 años, soltera, con pareja estable, con nivel de estudios básicos, en un alto porcentaje de nacionalidad extranjera, que ya han tenido algún embarazo y tienen al menos un hijo vivo en el momento de la intervención y con antecedentes de al menos un aborto anterior en el 43,5% de los casos.

2. Nuestra población no suele acudir a centros de planificación familiar de forma habitual ni utilizar métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados.

3. Es necesario mejorar la información y educación sobre los recursos de anticoncepción disponibles, facilitar el acceso a los centros de planificación familiar a colectivos como adolescentes o inmigrantes, así como aumentar el tipo de métodos anticonceptivos financiados por la sanidad pública y facilitar el acceso y financiar la anticoncepción de emergencia.

3. El consumo de sustancias de abuso legales e ilegales es más alto en la muestra estudiada que en la población femenina de edades similares o que en otros estudios realizados en mujeres gestantes que llevan los embarazos a término.

4. Un tercio de la población estudiada había consumido alguna droga ilegal en los tres meses previos a la intervención.

5. La entrevista materna no es válida para la detección del consumo de estas sustancias durante el embarazo, siendo el análisis del cabello mucho más útil para detectar este consumo y poder establecer medidas preventivas y terapéuticas tanto para la embarazada como para el feto y recién nacido.

6. Las mujeres consumidoras de drogas ilegales frente a las no consumidoras eran en mayor proporción españolas, no era su primer aborto y consumían más tabaco y alcohol.

7. Una de cada cuatro mujeres de la muestra consumía cannabis. El grupo de mujeres que consumía solo cannabis en relación con el grupo de no consumidoras utilizaba anticonceptivos en menor proporción, es proporcionalmente más joven y soltera y tenían en menor proporción pareja estable.

8. En la muestra estudiada la tasa de abortos de repetición es más alto que el que se produce en el conjunto de mujeres que interrumpen su embarazo en España. Las variables con significación estadística que influyen en este fenómeno de repetición de las IVES son: la edad, los embarazos anteriores, el estado civil, la profesión, el país de origen y la existencia de ingresos económicos.

9. Sobre esta población de riesgo se han establecer medidas de prevención con el fin de disminuir la elevada frecuencia de abortos y de consumo de drogas e incluir el consejo específico sobre el uso de drogas de abuso en el colectivo de mujeres que solicitan una IVE.

8. BIBLIOGRAFIA

AAP, (2000), AAP- American Academy of Paediatrics Committee on Substance Abuse and Committee on Children with Disabilities. Fetal Alcohol Syndrome and Alcohol-Related Neurodevelopment Disorders. *Pediatrics*. 2000,106,358-361.

Abrahamson M. (2004). Alcohol in courtship contexts: focus-group interviews with young Swedish women and men. *Contemp Drug Problems*. 31, 3-29.

Addis A, Moretti ME, Syed FA, Einarson TR and Koren G.(2001). Fetal effects of cocaine: an update meta-analysis. *Reprod Toxicol*. 15, 341-369.

Addor V, Narring F and Michaud PA. (2003). Abortion trends 1990-1999 in a Swiss region and determinants of abortion recurrence. *Swiss Med Wkly*. 133, 219-226.

Adler N.E, David H.P, Major B.N, Roth S.H., Russo N.F. and Wyatt G.E. (1990). Psychological responses after abortion. *Science*. 248, 41-44.

Alan Guttmacher Institute. (1999). Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide. Report, Alan Guttmacher Institute. Available at: <http://www.guttmacher.org/pubs/sharing.p>

American College of Obstetrics and Gynecology (1995). Preconceptional care. *Int J Gynaecol Obstet*. 50, 201-207.

Anderson, J.E. and Mueller T.E. (2008) Trends in sexual risk behavior and unprotected sex among high school students, 1991-2005: the role of substance use, *J. Sch. Health*. 78, 575-580.

Annual Report 2006, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías(OEDT),(2006), 27-35

Avery L . and Lazdane G. (2010). What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 15 Suppl 2, 54-66.

Bal Krishna Suvedi, Ajit Pradhan (2009) Nepal maternal mortality and morbidity study 2008/2009: summary of preliminary findings. Family Health division,

Department of Health Services, Ministry of Health, Government of Nepal, Kathmandu, Nepal.

Balabanova, S., and Wolf, H. U. (1989). Methadone concentrations in human hair of the head, axillary and pubic hair. *Z Rechtsmed* .102, 293-296.

Bankole A, Singh S and Haas T. (1999). Characteristics of women who obtain induced abortion: A worldwide review. *Int Fam Plan Perspect*. 25, 68-77.

Barlow J, Smailagic N, Bennett C, Huband N, Jones H, and Coren E. (2011) Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. *Cochrane Database Syst Rev*.(3)

Bar-Oz, B., Klein, J., Karaskov, T., and Koren, G. (2003). Comparison of meconium and neonatal hair analysis for detection of gestational exposure to drugs of abuse. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* Ed 88, 98-100.

Barr D., Bishop A. and Needham L..(2007). Concentrations of xenobiotic chemicals in the maternal-fetal unit. *Reproductive Toxicology* . 23, 260-266

Barroso P, Lucena M and Parrón T. (2005). Voluntary interruption of pregnancy among women in health district within the 1998-2002 period. Almeria. *Rev Esp Salud Publica*, 79, 493-501.

Bartlett L. A. , Berg C. J. , Shulman H. B., Zane S. B. , Green C. A. , Whitehead S. and Atrash H. K. (2004). Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstet Gynecol*. 103, 729-737.

Begal, K. and Mills, M. (2011). The Impact of Subjective Work Control, Job Strain and Work–Family Conflict on Fertility Intentions: a European Comparison. *Eur J Population*. 27, 433–456.

Bellis MA and Hughes K. Pociones sexuales (2004). Relación entre alcohol, drogas y sexo. *Adicciones*. 16, 249-257.

Bennett, D. S., Bendersky, M., and Lewis, M. (2002). Children's intellectual and emotional-behavioral adjustment at 4 years as a function of cocaine exposure, maternal characteristics, and environmental risk. *Dev Psychol*. 38, 648-658.

Bermejo Barrera A.M. and Tabernero Duque M.J.(2011), Determinación de drogas de abuso en pelo. *Rev Esp Med Legal*. 37(2), 59-66

Bhuvanewar C, Chang G, Epstein L and Stern T (2008). Cocaine and opioid use during pregnancy: prevalence and management. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 10, 59-65.

Birchfield, M., Scully, J., and Handler, A. (1995). Perinatal screening for illicit drugs: policies in hospitals in a large metropolitan area. *J Perinatol* 15, 208-214.

Blank, D. L., and Kidwell, D. A. (1993). External contamination of hair by cocaine: an issue in forensic interpretation. *Forensic Sci Int.* 63, 145-156.

Boden JM., Fergusson DM. and John Horwood L. (2008). Early motherhood and subsequent life outcomes. *J Child Psychol Psychiatry* 49,151–160.

BOE (Boletín Oficial del Estado), 1985. Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal.

BOE (Boletín Oficial del Estado), 2010. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

BOE (Boletín Oficial del Estado) 318, de 31 de diciembre de 2010. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco,

Bongaarts J. (1982). Infertility after age 30: a false alarm. *Family Planning Perspectives* 14 (2) 75-78.

Bongaarts J. and Potter RG. (1983). Fertility, Biology and Behavior: An Analysis of the Proximate Determinants, *Academic Press, New York*, pp. 71–72 and 85–86.

Bonomo Y, Coffey C, Wolfe R, Lynskey M, Bowes G, and Patton G.(2001). Adverse outcomes of alcohol use in adolescents. *Addiction.* 96,1485-1496.

Bosio, P., Keenan, E., Gleeson, R., Dorman, A., Clarke, T., Darling, M., and O'Connor, J. (1997). The prevalence of chemical substance and alcohol abuse in an obstetric population in Dublin. *Ir Med J.* 90, 149-150.

Brown SS, Eisenberg L, eds. (1995). The Best Intentions. Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families. Washington DC: *National Academy Press.* 21-90.

Bustan MN. and Coker AL. (1994). Maternal attitude toward pregnancy and the risk of neonatal death. *Am. J. Public. Health.* 84, 411-414.

Caffray CM. and Schneider SL. (2000). Why do they do it? Affective motivators in adolescents' decisions to participate in risk behaviours. *Cognition and Emotion.* 14(4):543-576.

CALAF, J. (2005): «Anticoncepción hormonal y de urgencia». En: Calaf, J editor. Manual básico de anticoncepción. Barcelona: Masson. págs. 69-90

Calafat A, Juan M, Becoña E. and Mantecón A.(2008). Qué drogas se prefieren para las relaciones sexuales en los contextos recreativos. *Adicciones.* 20, 37-48.

Cambroner-Saiz, B. , Ruiz Cantero,M.T., Vives-Cases,C.and Carrasco Portico M (2007).Abortion in Democratic Spain: The Parliamentary Political Agenda 1979–2004. *Reproductive Health Matters.* 15(29), 85–96.

Carriero C., Ceci O. R., Melilli G. A., Fanelli M. , Nappi L., Di Gesù G., and Ferreri R. (2000) Socio-demographic factors and indications in second trimester voluntary abortion. *Panminerva Med.*, 42, 33-37.

Castaño GA and Calderón GA. (2010) Comorbilidad asociada en un grupo de consumidores de heroína de Medellín. *Rev Col Psiquiatr.* 39(Sup1), 93-111

Cavazos-Rehg PA., Krauss MJ., Spitznagel EL., Schootman M., Cottler LB., and Bierut LJ. (2011). Substance use and the risk for sexual intercourse with and without a history of teenage pregnancy among adolescent females. *J Stud Alcohol Drugs* 72, 194–198.

Climent F. and Meneu R (2003). Relaciones de equilibrio entre demografía y crecimiento económico en España. Madrid. FEDEA. *Estudios sobre la economía española*, nº163. Disponible en <http://www.uv.es/fcliment/eee163.pdf>.

Coleman L. and Cater S. (2005). Underage «risky» drinking: motivations and outcomes. York: *Joseph Rowntree Foundation.* 34-42.

Coleman PK, Reardon DC, Rue VM,and Cogle J.(2002). A history of induced abortion in relation to substance use during subsequent pregnancies carried to term. *Am J Obstet Gynecol.* 187(6),1673-1678.

Collier J. (2009).The rising proportion of repeat teenage pregnancies in young women presenting for termination of pregnancy from 1991 to 2007. *Contraception.* 79,393–396

Colomer Revuelta J. Prevención del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [en línea] Disponible en www.aepap.org/previnfad/endits.htm

Compton WM, Cottler LB, Shillington AM, and Price RK. (1995). Is antisocial personality disorder associated with increased HIV risk behaviors in cocaine users? *Drug and Alcohol Dependence*. 37, 37-43

Concheiro M, González-Colmenero E, Lendoiro E, Concheiro-Guisán A, de Castro A, Cruz-Landeira A and López-Rivadulla M. (2013). Alternative matrices for cocaine, heroin, and methadone in utero drug exposure detection. *Ther Drug Monit*. 35(4), 502-9.

Concheiro M., Jones H. E., Johnson R. E., Choo R., Shakleya D. M., and Huestis M. A. (2010). Maternal buprenorphine dose, placenta buprenorphine and metabolite concentrations and neonatal outcomes. *Ther Drug Monit*. 32, 206-215.

Concheiro, M., de Castro, A., Quintela, O., Cruz, A., and Lopez-Rivadulla, M. (2007). Confirmation by LC-MS of drugs in oral fluid obtained from roadside testing. *Forensic Sci Int*. 170, 156-162.

Concheiro-Guisan, M., Shakleya, D. M., and Huestis, M. A. (2009). Simultaneous quantification of buprenorphine, norbuprenorphine, buprenorphine glucuronide, and norbuprenorphine glucuronide in human placenta by liquid chromatography mass spectrometry. *Anal Bioanal Chem*. 394, 513-522.

Cone, E. J., Welch, P., Mitchell, J. M., and Paul, B. D. (1991). Forensic drugtesting for opiates: I. Detection of 6-acetylmorphine in urine as an indicator of recent heroin exposure; drug and assay considerations and detection times. *J Anal Toxicol* 15, 17.

Cooper AL, Richter DL, Valois RF, MacKeown RE, Garrison CZ. and Vincent ML. (1994). Correlates and consequences of early initiation of sexual intercourse. *J Sch Health*. 64, 372-7.

Cornelius M, Goldschmidt L, Day N. and Larkby C. (2002). Alcohol, tobacco and marijuana use amongst pregnant teenagers: a six year follow-up of offspring growth effects. *Neurotoxicol Teratol*. 24, 703-710.

Chan, D., Knie, B., Boskovic, R., and Koren, G. (2004). Placental handling of fatty acid ethyl esters: perfusion and subcellular studies. *J Pharmacol Exp Ther* 310, 75-82.

Chandra A, Martinez GM, Mosher WD, Abma JC, and Jones J. (2002). Fertility, family planning, and reproductive health of U.S. women: data from the 2002 National Survey of Family Growth. *Vital Health Stat* , 23, 1–160.

Chasen S.T, Kalish R.B, and Chervenak F.A. (2006) Gestational age at abortion: the impact of first-trimester risk assessment for aneuploidy. *Am J Obstet Gynecol*. 195, 839-842.

Chiarotti, M., Strano-Rossi, S., Offidani, C., and Fiori, A. (1996). Evaluation of cocaine use during pregnancy through toxicological analysis of hair. *J Anal Toxicol* 20, 555-558.

Darroch JE., Singh S., and Frost JJ. (2001). Differences in teenage pregnancy rates among five developed countries: the roles of sexual activity and contraceptive use. *Fam Plann Perspect*. 33, 244–250.

Da Silva MI, Rumbao F, Benítez G, García R. and Rodríguez T.(2001). Consumo de alcohol y relaciones sexuales en adolescentes del sexo femenino. *Revista de la Facultad de Medicina*. 24(2), 135-139.

De Castro A., Jones H. E., Johnson R. E., Gray T. R., Shakleya D. M., and Huestis M. A . (2011). Maternal methadone dose, placental methadone concentrations and neonatal outcomes. *Clinical Chemistry* 57, 449-458.

De Castro, A., Concheiro, M., Shakleya, D. M., and Huestis, M. A. (2009). Simultaneous quantification of methadone, cocaine, opiates, and metabolites in human placenta by liquid chromatography-mass spectrometry. *J Anal Toxicol*. 33, 243-252.

De Rodríguez IC , Rossell-Pineda MR. , Álvarez de Acosta T. and Rojas Quintero L. (2013). Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 73 (3), 157-170 .

Delgado M. (1999). La evolución reciente de la fecundidad y el embarazo en España: la influencia del aborto. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 87, 83-116.

Delgado M. and Barrios L. (2005). El aborto en España desde una perspectiva internacional. *Estudios geográficos*. 258, 70-103.

Delgado M., Zamora F. and Barrios L. (2006). Déficit de fecundidad en España: factores demográficos que operan sobre una tasa muy inferior al nivel de reemplazo. *Reis* 115, 197-222.

Desforges M. and Sibley C.P.(2010). Placental nutrient supply and fetal growth. *Int J Dev Biol* 54, 377–390

Devane CL, Slimkins JW, Miller RL. and Braun SB.(1989) Tissue distribution of cocaine in the pregnant rat. *Life Sci.* 45,1271-1276.

Donovan C. and McEwan R. (1995).A review of the literature examining the relationship between alcohol use and HIV-related sexual risk-taking in young people. *Addiction.* 90, 319-328.

Drescher-Burke K (2013) Contraceptive risk-taking among substance-using women. *Qualitative Social Work* 13(5), 636-653

Elliott L, Morrison A, Ditton J, Farrall S, Short E, Cowan L. and Gruer L. (1998). Alcohol, drug use and sexual behaviour of young adults on a Mediterranean dance holliday. *Addict Res.* 6, 319-340.

VI Encuesta Daphne Bayer Schering Pharma de hábitos anticonceptivos en la mujer española. Perfil de usuaria y expectativas.

Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España, año 2007(EDADES), (2007), 6-33

Encuesta de Fecundidad, CIS. 1985

Eser, H. P., Potsch, L., Skopp, G., and Moeller, M. R. (1997). Influence of sample preparation on analytical results: drug analysis [GC/MS] on hair snippets versus hair powder using various extraction methods. *Forensic Sci Int* 84, 271-279.

Eyler F.D., Behnke M., Wobie K., Garvan C.W., and Tebbett I.(2005). Relative ability of biologic specimens and interviews to detect prenatal cocaine use. *Neurotoxicol Teratol.* 27, 677–687

Falah-Hassani K., Kosunen E., Shiri R., Jokela J., Liinamo A., and Rimpela A. (2009). Adolescent sexual behavior during periods of increase and decrease in the abortion rate. *Obstet Gynecol* 114, 79–86.

Falcón M., Pichini S., Joya J., Pujadas M., Sanchez A., Vall O., García Algar O., Luna A., de la Torre R., Rotolo MC., and Pellegrini M (2012). Maternal hair testing for the assessment of fetal exposure to drug during early pregnancy: comparison with testing in placental and fetal remains. *Forensic Sci Int* . 218, 92-96

Falcón M., Valero F., Pellegrini M., Rotolo M.C., Scaravelli G., Joya J., Vall O., García Algar O., Luna A., and Pichini S (2010). Exposure to psychoactive substances in women who request voluntary termination of pregnancy assessed by serum and hair testing. *Forensic Science International* 196, 22–26

Farkas, A. G., Colbert, D. L., and Erskine, K. J. (1995). Anonymous testing for drug abuse in an antenatal population. *Br J Obstet Gynaecol* 102, 563- 565

Fecundidad joven y adolescente. Cursos de verano de la Universidad Complutense de Madrid. Ser joven hoy: una mirada al entorno social y la sexualidad. El Escorial, 1-5 julio de 2003.

Finer L.B, Frohwirth L.F, Dauphinee L.A, Singh S. and Moore A.M. (2006a). Timing of steps and reasons for delays in obtaining abortions in the United States. *Contraception* 74, 334-344.

Finer LB, and Henshaw SK. (2006b). Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspect Sex Reprod Health* 38, 90 – 96.

Finer L.B., Frohwirth L.F., Dauphinee L.A., Singh S. and Moore A.M. (2005). Reasons U.S. women have abortions: quantitative and qualitative perspectives. *Perspect Sex Reprod Health* 37, 110-118.

Flewelling R.L, and Bauman K.E. (1990). Family structure as a predictor of initial substance use and sexual intercourse in early adolescence. *Journal of Marriage and the Family* 52,171–81.

Font-Ribera L., Pérez G. Espelt A., Salvador J, and Borrell C. (2009). Determinantes del retraso de la interrupción voluntaria del embarazo. *Gac Sanit.* 23, 415-419

Font-Ribera L, Pérez G, Salvador J, and Borrell C. (2008): Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision. *J Urban Health.* 85, 125–135.

Forrest JD. (1994). Epidemiology of unintended pregnancy and contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol.* 170, 1485-1489.

Friguls B., Joya X., Garcia J., Gómez-Culebras M., Pichini S., Martinez S., Vall O., and Garcia-Algar O. (2012). Assessment of exposure to drugs of abuse during pregnancy by hair analysis in a Mediterranean island. *Addiction* 107, 1471-1479.

Gálvez N. (2005). La conciliación de la vida laboral y familiar como proyecto de calidad de vida desde la igualdad. *RES.* 5, 91-107.

Gálvez-Buccollini J.A., DeLea S., Herrera P.M., Gilman R.H. and Paz-Soldan V, (2009). Sexual behavior and drug consumption among young adults in a shantytown in Lima, Perú. *BMC Public Health* 19, 9–23.

Garcia-Algar, O., Kulaga, V., Gareri, J., Koren, G., Vall, O., Zuccaro, P., Pacifici, R., and Pichini, S. (2008). Alarming prevalence of fetal alcohol exposure in a Mediterranean city. *Ther Drug Monit* 30, 249-254.

Garcia-Algar, O., Vall Combelles, O., Puig Sola, C., Mur Sierra, A., Scaravelli, G., Pacifici, R., Monleon Getino, T., and Pichini, S. (2009). Prenatal exposure to drugs of abuse using meconium analysis in a low socioeconomic population in Barcelona. *An Pediatr (Barc)* 70, 151-158.

García-Serra J., Ramis J., Simó S., Joya X., Pichini S., Vall O. and García-Algar O. (2012). Matrices biológicas alternativas para detectar la exposición prenatal a drogas de abuso en el tercertrimestre de la gestación. *An Pediatr.* 77, 323-328

Gareri, J., Klein, J., and Koren, G. (2006). Drugs of abuse testing in meconium. *Clin Chim Acta* 366, 101-111.

Gaspar T, Gaspar de Matos M, Gonçalves A, Ferreira M and Linhares F. (2006). Comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face Ao VIH/SIDA em adolescentes migrantes. *Psicologia, Saúde & Doenças.* 7(2), 299-316.

Gillogley, K. M., Evans, A. T., Hansen, R. L., Samuels, S. J., and Batra, K. K. (1990). The perinatal impact of cocaine, amphetamine, and opiate use detected by universal intrapartum screening. *Am J Obstet Gynecol* 163, 1535-1542.

Girod C., and Staub C. (2000). Analysis of drugs of abuse in hair by automated solid-phase extraction, GC/EI/MS and GC ion trap/CI/MS. *Forensic Sci Int.* 107, 261-271.

Gissler M, Fronteira I, Jahn A, Karro H, Moreau C, Oliveira da Silva M, Olsen J, Savona-Ventura C, Temmerman M, and Hemminki E. (2012). REPROSTAT group. Terminations of pregnancy in the European Union. *Br J Obstet Gynaecol* 119, 324–332.

González R, Vassileva J, Bechara A, Grbesic S, Sworowski L, Novak RM and Martin EM. (2005). The influence of executive functions, sensation seeking, and HIV serostatus on the risky sexual practices of substance-dependent individuals. *Journal of International Neuropsychological Society*. 11,121-131.

Goodson P, Evans A, and Edmundson E. (1997). Female adolescents and onset of sexual intercourse: a theory-based review of research from 1984 to 1994. *J Adolesc Health*. 21, 147–156.

Gould JB, Herrchen B, Pham T, Bera S. and Brindis C. (1998) Small-area analysis: targeting high-risk areas for adolescent pregnancy prevention programs. *Fam Plann Perspect* 30,173–176.

Grimes DA, Benson J, Singh S, (2006). Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet* 368, 1908–1919.

Grimes DA.(2006) Estimation of pregnancy-related mortality risk by pregnancy outcome, United States, 1991 to 1999. *Am J Obstet Gynecol*. 194, 92–94

Grossman D, Blanchard K, and Blumenthal P. (2008). Complications after second trimester surgical and medical abortion. *Reprod Health Matters*. 16,173 – 182.

Guerra C. (1998). Neuroanatomical and neurophysiological mechanisms involved in central nervous system dysfunctions induced by prenatal alcohol exposure. *Alcoholism Clin Exp Res*. 22, 303-312.

Guilbert E, Marcoux S, and Rioux J.E. (1994). Factors associated with the obtaining of a second-trimester induced abortion. *Can J Public Health*. 85, 402-6.

Gullette DL, and Lyons MA.(2006) Sensation seeking, self-esteem, and unprotected sex in college students. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 17, 23-31.

Jacobson SW, Jacobson JL, Sokol RJ, Martier SS, and Chiodo LM. (1996). New evidence for neurobehavioral effects of in utero cocaine exposure. *J Pediatr*..129, 581-590.

Jain, L., Meyer, W., Moore, C., Tebbett, I., Gauthier, D., and Vidyasagar, D. (1993). Detection of fetal cocaine exposure by analysis of amniotic fluid. *Obstet Gynecol.* 81, 787-790.

Jenkins A.J., Oyler J.M. and Cone E.J. (1995) Comparison of heroin and cocaine concentrations in saliva with concentrations in blood and plasma. *J Anal Toxicol.* 19, 359–374

Jansson T., Myatt L. and Powell TL. (2009) The role of trophoblast nutrient and ion transporters in the development of pregnancy complications and adult disease. *Curr Vasc Pharmacol*, 7, 521–533

Jewkes R. and Rees H. (2005). Dramatic decline in abortion mortality due to the Choice on Termination of Pregnancy Act. *S Afr Med J.* 95, 250.

Joya X. (2010) Gas chromatography–mass spectrometry assay for the simultaneous quantification of drugs of abuse in human placenta at 12th week of gestation. *Forensic Science International* 196, 38–42.

Joya, X., Gomez-Culebras, M., Callejon, A., Friguls, B., Puig, C., Ortigosa, S., Morini, L., Garcia-Algar, O., and Vall, O. (2012). Cocaine use during pregnancy assessed by hair analysis in a Canary Islands cohort. *BMC Pregnancy Childbirth* 12, 2.

Juarez F, Cabigon J, Singh S and Hussain R. (2005). The incidence of induced abortion in the Philippines: current level and recent trends. *Int Fam Plan Perspect.* 31, 140–149.

Jurado C. (2009) Marcadores del consumo de alcohol en muestras de pelo. *Cuad Med Forense* 58, 265-278,

Kiernan K.E. and Hobcraft J. (1997). Parental divorce during childhood: age at first intercourse, partnership and parenthood. *Population Studies.* 51, 41–55.

Kintz, P., Villain, M., and Cirimele, V. (2006). Hair analysis for drug detection. *Ther Drug Monit.* 28, 442-446.

Kintz, P. (1995). Interlaboratory comparison of quantitative determinations of drug in hair samples. *Forensic Sci Int.* 70, 105-109.

Kirby D., Obasi A., and Laris B.A. (2006). The effectiveness of sex education and HIV education interventions in schools in developing countries. *World Health Organ Tech Rep Ser.* 938,103-150; discussion 317-341.

- Klein J., Karaskov T., and Koren G. (2000) Clinical applications of hair testing for drugs of abuse—the Canadian experience. *Forensic Sci. Int.* 107: 281–288
- Koren, G., Chan, D., Klein, J., and Karaskov, T. (2002). Estimation of fetal exposure to drugs of abuse, environmental tobacco smoke, and ethanol. *Ther Drug Monit.* 24, 23-25.
- Kost K, and Forrest JD. (1995). Intention status of US births in 1988: differences by mothers' socio economic and demographic characteristics. *Fam Plann Perspect.* 27, 11-17.
- Kuczkowski K. M. (2007). The effects of drug abuse on pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 19, 578-585.
- Han, E., Yang, W., Lee, J., Park, Y., Kim, E., Lim, M., and Chung, H. (2005). Correlation of methamphetamine results and concentrations between head, axillary, and pubic hair. *Forensic Sci Int* 147, 21-24.
- Harden A., Brunton G., Fletcher A. and Oakley A. (2009). Teenage pregnancy and social disadvantage: Systematic review integrating controlled trials and qualitative studies. *BMJ.* 339,b4254.
- Harlap S, Shiono PH, Ramcharan S. "A Life Table of Spontaneous Abortions and the Effects of Age, Parity and Other Variables," in Hook EB and Porter I, eds. Human embryonic and fetal death, Academic Press, New York, 1980, Table 1, pp. 148-157.
- Helstrom, L. Odland, V. and Zetterstrom C. (2003). Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. *Scand J Public Health*, 31, 405-410.
- Henshaw SK. (1998). Unintended pregnancy in United States. *Fam Plann Perspect.* 30(1), 24-29.
- Henshaw S.K. (1991). The accessibility of abortion services in the United States. *Fam Plann Perspect.* 23, 246-252.
- Henshaw SK. How safe is therapeutic abortion? In: Teoh ES, Ratnam SS, Macnaughton M, eds. The Current Status of Gynaecology and Obstetrics Series, vol 5. Carnforth, UK: Parthenon Publishing Group, 1993: 31–41.
- Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, (2009). The 2007 ESPAD report: substance use among students in 35

European countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group of the Council of Europe.

Huestis M. A. and Choo R. E. (2002). Drug abuse's smallest victims: in utero drug exposure. *Forensic Sci Int.* 128, 20-30.

Hutchins E. and DiPietro J. (1997). Psychosocial risk factors associated with cocaine use during pregnancy: a case-control study, *Obstet. Gynecol.* 90 , 142-147.

Imamura M., Tucker J., Hannaford P., da Silva M.O., Astin M., Wyness L., Bloemenkamp K.W.M., Jahn A., Karro H., Olsen J. and Temmerman M. (2007). Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review. *Eur J Public Health* 17, 630-636.

Informe año 2007, Observatorio Europeo Sobre Drogas, (2007), 21-41

Informe EDADES 2009/10, Plan Nacional Sobre Drogas, (2010), Diapositivas 1-20

Lafaurie MM and Grossman D. (2005) El aborto con medicamentos en América Latina: Las experiencias de las mujeres de México, Colombia, Ecuador y Perú. Bogotá, Colombia: *Population Council*,.

Lameiras-Fernández M, Núñez-Rodríguez A, Rodríguez-Castro Y, Bretón-López J, and Agudelo D. (2005). Actividad sexual y uso del preservativo masculino en jóvenes universitarios gallegos. *Clínica y salud.* 16, 253-267.

Larraña M. and Echevarría C. (2004). Actividad laboral femenina en España e igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.* 55, 65-81.

Leeman RF, Grant JE, and Potenza MN. (2009). Behavioral and neurological foundations for the moral and legal implications of intoxication, addictive behaviors and disinhibition. *Behavioral Science and the Law.* 27, 237-259

Lehti V., , Gissler M., Suvisaari J. and Manninen M. (2015). Induced abortions and birth outcomes of women with a history of severe psychosocial problems in adolescence *European Psychiatry.* 30 , 750-755

Leppälahti S., Gissler M., Mentula M. and Heikinheimo O. (2012). Trends in teenage termination of pregnancy and its risk factors: a population-based study in Finland, 1987 – 2009. *Human Reproduction.* 27, 2829-2836.

Lester BM, Lagasse LL, and Seifer R. (1998). Cocaine exposure and children: the meaning of subtle effects. *Science*. 282, 633-634.

Lete I.: «Historia de la anticoncepción hormonal». En: Lete, I editor. Los gestágenos en la anticoncepción, Madrid, Momento Médico Iberoamericana, 2006; 9-17.

Lete I. and Martínez-Etayo M. (2004). La salud reproductiva: datos y reflexiones. *Gac Sanit*. 18(Supl 1),170-174.

Levy M. and Koren G. (1990). Obstetric and neonatal effects of drugs of abuse. *Emerg Med Clin North Am* 8, 633-652.

Linares, T. J., Singer, L. T., Kirchner, H. L., Short, E. J., Min, M. O., Hussey, P., and Minnes, S. (2006). Mental health outcomes of cocaine-exposed children at 6 years of age. *J Pediatr Psychol* 31, 85-97.

Loeber R, Stouthamer-Loeber M. Family factors as correlates and predictors of juvenile conduct problems and delinquency. En: Tonry M, Morris N. (Eds) Crime and justice, VII. Chicago: University of Chicago Press; 1986.

Lomba L, Apóstolo J, and Mendes F. (2009). Consumo de drogas, alcohol y conductas sexuales en los ambientes recreativos nocturnos de Portugal. *Adicciones*. 21, 309-326.

López A, and Becoña E. (2006). Consumo de cocaína y psicopatología asociada: una revisión. *Adicciones*. 18, 161-96.

López A, Becoña E. (2006). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema*. 18, 577-582.

Lozano, J., Garcia-Algar, O., Marchei, E., Vall, O., Monleon, T., Giovannandrea, R. D., and Pichini, S. (2007a). Prevalence of gestational exposure to cannabis in a Mediterranean city by meconium analysis. *Acta Paediatr* . 96, 1734-1737.

Lozano J., Garcia-Algar O., Vall O., de la Torre R., Scaravelli G. and Pichini S. (2007b). Biological matrices for the evaluation of in utero exposure to drugs of abuse. *Ther Drug Monit*. 29, 711-734.

Lutiger B, Graham K, Einarson TR and Koren G. (1991). Relationship between gestational cocaine use and pregnancy outcome: a meta-analysis. *Teratology*. 44, 405-414.

Manning W.D., Longmore M.A. and Giordano P.C. (2000). The relationship context of contraceptive use at first intercourse. *Fam Plann Perspect* 32,104–110.

Maroto G., García M. and Rodríguez I.(2014). El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. *Gac Sanit.* 18 (Supl 2), 13-26.

Márquez-Calderón S. and Rodríguez Rodríguez M. (2009). Influencia de la población inmigrante en la variabilidad de la tasa de abortos entre comunidades autónomas. *Gac Sanit.* 23, 72-73

Martin L. Alcohol, sex and gender in late medieval and early modern Europe. New York: Palgrave Macmillan; 2001.120-129.

Martínez-Frías M.L. y Rodríguez-Pinilla E. (2005). Consumo de tabaco durante el embarazo en España: análisis por años, comunidades autónomas y características maternas, *Med Clin (Barc)*. 124-3, 86-92.

Martinez Crespo, J. M., Antolin, E., Comas, C., Coll, O., Marques, J. M., Gual, A., and Fortuny, A. (1994). The prevalence of cocaine abuse during pregnancy in Barcelona. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 56, 165-167.

neza y el consumo de tabaco durante el embarazo en España: del franquismo al siglo XXI”. *Revista de Ginecología y Obstetricia* n en España, Madrid, Ed. Aula pag 2-19. Médica S.A., 2005

Martino S.C., Collins R.L., Ellickson P.L. and Klein D.J.(2006). Exploring the link between substance abuse and abortion: the roles of unconventionality and unplanned pregnancy. *Perspect. Sex. Reprod. Health.* 38, 66–75

Martins, L. F., Yegles, M., Thieme, D., and Wennig, R. (2008). Influence of bleaching on the enantiomeric disposition of amphetamine-type stimulants in hair. *Forensic Sci Int* 176, 38-41.

Meade C.S. and Ickovics J.R. (2005). Systematic review of sexual risk among pregnant and mothering teens in the USA: pregnancy as an opportunity for integrated prevention of STD and repeat pregnancy. *Soc Sci Med.* 60, 661 – 678.

Medda E., Baglio G. and Guasticchi G. (2002). Reproductive health of immigrant women in the Lazio region of Italy. *Ann Ist Super Sanita* 38, 357-365.

Medicina Legal y Toxicología, Ed. Masson, Barcelona, (2001)

Mena M, Navarrete O, Corvalán S, and Bedregal P. (2000). Drogadicción embriofetal por abuso de pasta base de cocaína durante el embarazo. *Rev Med Chile*. 128, 1093-1100.

Mentula M.J., Niinimaki M., Suhonen S., Hemminki E., Gissler M. and Heikinheimo O. (2010). Young age and termination of pregnancy during the second trimester are risk factors for repeat second-trimester abortion. *Am J Obstet Gynecol* .203, 107.

Meschke LL, Holl JA, and Messelt S. (2003). Assessing the risk of fetal alcohol syndrome: understanding substance use among pregnant women. *Neurotoxicol Teratol*. 25, 763-765.

Mieczkowski, T., and Kruger, M. (2007). Interpreting the color effect of melanin on cocaine and benzoylecgonine assays for hair analysis: brown and black samples compared. *J Forensic Leg Med* 14, 7-15.

Miller S, Lehman T, Campbell M, (2005). Misoprostol and declining abortion related morbidity in Santo Domingo, Dominican Republic: a temporal association. *BJOG* 112, 1291–1296.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Análisis del impacto económico de la inmigración femenina latinoamericana en la economía española; 2005. p. 5-85.

Moffitt T.E. (2002) E-Risk Study T. Teen-aged mothers in contemporary Britain. *J Child Psychol Psychiatry* 43, 727–742.

Montgomery D., Plate C., Alder S. C., Jones M., Jones J. and Christensen R. D. (2006). Testing for fetal exposure to illicit drugs using umbilical cord tissue vs meconium. *J Perinatol* 26, 11-14.

Mur Sierra A., Díaz F., Castejón E., López-Vilchez MA., Sanjuán G., Martín I., and Carreras R. (2010). Repercusión neonatal de la inmigración: comparación de los periodos 2003–2004 y 2007–2008. *Medicina Clínica*. Vol. 135, Issue 12, 537–542.

Myllynen, P., Pienimäki, P. and Vahakangas, K. (2005). Human placental perfusion method in the assessment of transplacental passage of antiepileptic drugs. *Toxicol Appl Pharmacol*. 207, 489-494.

Narring F., Michaud P.A. and Sharma V. (1996). Demographic and behavioral factors associated with adolescent pregnancy in Switzerland. *Fam Plann Perspect* 28, 232–223.

Nasseri A. and Grifo J. A. (1968). Genetics, age and infertility. *Maturitas* 30, 189-192.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Public health need and practice. In: Prevention of sexually transmitted infections and under 18 conceptions. February 2007 [en línea] Disponible en: <http://publications.nice.org.uk/prevention-of-sexually-transmitted-infections-and-under-18-conceptions-ph3/public-health-need-and-practice>

Nebot M., Borrell C. and Villalbí J.R. (1997). Adolescent motherhood and socioeconomic factors. *European Journal of Public Health* 7, 144–148.

Niinimäki M., Pouta A., Bloigu A., Gissler M., Hemminki E, Suhonen S. and Heikinheimo O.(2009). Frequency and risk factors for repeat abortions after surgical compared with medical termination of pregnancy, *Obstet. Gynecol.* 13, 845–852.

Offidani, C., Strano Rossi, S., and Chiarotti, M. (1993). Drug distribution in the head, axillary and pubic hair of chronic addicts. *Forensic Sci Int* 63, 105- 108.

Olsen, G. D. (1995). Placental permeability for drugs of abuse and their metabolites. *NIDA Res Monogr* 154, 152-162.

Orjuela,E. and Ronda,E. (2009). Regidor Contribution of immigration to increase of legal induced abortion. *Med Clin (Barc)* 133, 213-216.

Orjuela M.E., Ronda E. and Regidor E. (2007). Asociación entre situación laboral de la mujer y la interrupción voluntaria del embarazo en España, 1991-2001. *Gac Sanit.* 21 (Supl 2), 5-65.

Orjuela-Ramírez M. (2012):. Aborto voluntario y actividad laboral. Reflexiones para el debate. *Rev Salud Pública* 14, 112-121.

Ostrea, E. M., Jr., Brady, M., Gause, S., Raymundo, A. L., and Stevens, M.(1992). Drug screening of newborns by meconium analysis: a large-scale, prospective, epidemiologic study. *Pediatrics* 89, 107-113.

Ostrea, E. M., Jr., Knapp, D. K., Romero, A., Montes, M., and Ostrea, A. R.(1994a). Meconium analysis to assess fetal exposure to nicotine by active and passive maternal smoking. *J Pediatr* 124, 471-476.

Ostrea, E. M., Jr., Romero, A., Knapp, D. K., Ostrea, A. R., Lucena, J. E., and Utarnachitt, R. B. (1994b). Postmortem drug analysis of meconium in early-gestation human fetuses exposed to cocaine: clinical implications. *JPediatr* .124, 477-479.

Ostrea E.M. Jr, Knapp D.K., Tannenbaum L, Ostrea A.R., Romero A. and Salar V. (2001) Estimates of illicit drug use during pregnancy by maternal interview, hair analysis, and meconium analysis, *J. Pediatr.* 138, 344–348.

Ostrea, E. M., Jr., Villanueva-Uy, E., Ngercham, S., Punnakanta, L., Batilando, M. J., Agarwal, P., Pensler, E., Corrión, M., Ramos, E. F., Romero, J., and Thomas, R. L. (2008). An epidemiologic study comparing fetal exposure to tobacco smoke in three Southeast Asian countries. *Int J Occup Environ Health* 14, 257-262.

Pacifici G.M. and Nottoli R. (1995). Placental transfer of drugs administered to the mother. *Clin Pharmacokinet* 28, 235–269

Palma S., Pardo-Crespo R., Mariscal M., Perez-Iglesias R., Llorca J., and Delgado-Rodríguez M. (2007) Weekday but not weekend alcohol consumption before pregnancy influences alcohol cessation during pregnancy. *Eur. J. Public Health* 17, 394–399.

Palmeri, A., Pichini, S., Pacifici, R., Zuccaro, P., and Lopez, A. (2000). Drugs in nails: physiology, pharmacokinetics and forensic toxicology. *Clin Pharmacokinet* 38, 95-110.

Paranjothy S., Broughton H., Adappa R. and Fone D. (2009) Teenage pregnancy: who suffers? *Arch Dis Child* 94, 239–245.

Pechansky F, Inciardi A, Surratt H, Lima S, Kessler P, and Soibelman M, (2000). Estudo sobre as características de usuários de drogas injetáveis que busca atendimento em Porto Alegre. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 22, 164-171.

Peiro, R., Colomer, C., Ashton, J., and Alvarez-Dardet, C., (1994). Induced abortions among Spanish women in England and Wales (1974-1988]. *Gac Sanit* . 8 (41), 57-62.

Pérez G. (2009). La salud reproductiva y sexual en España. *Gac Sanit.* 23(3), 171–173.

Pérez G. , Ruiz-Muñoz D. , Gotsens M., Casals Cases M. and Rodríguez-Sanz M. (2013). Social and economic inequalities in induced abortion in Spain as a function of individual and contextual factors. *European Journal of Public Health*. 24 (No. 1), 162–169.

Pichini S., Altieri I., Zuccaro P. and Pacifici R. (1996). Drug monitoring in nonconventional biological fluids and matrices. *Clin Pharmacokinet* 30, 211-228.

Pichini, S., Basagana, X. B., Pacifici, R., Garcia, O., Puig, C., Vall, O., Harris, J., Zuccaro, P., Segura, J., and Sunyer, J. (2000). Cord serum cotinine as biomarker of fetal exposure to cigarette smoke at the end of pregnancy. *Environ Health Perspect* 108, 1079-1083.

Pichini, S., Navarro, M., Farre, M., Ortuno, J., Roset, P. N., Pacifici, R., Zuccaro, P., Segura, J., and de la Torre, R. (2002a). On-site testing of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (ecstasy) in saliva with Drugwipe and Drugread: a controlled study in recreational users. *Clin Chem* 48, 174-176.

Pichini S. Puig G., Garcia-Agar O., Pacifici R., Vall o., Muñoz L., and Sunyer J. (2002). Efectos neonatales del hábito tabáquico durante el embarazo y determinantes sociodemográficos en Barcelona. *Med Clin (Barc)*. 118, 53-56.

Pichini, S., Navarro, M., Pacifici, R., Zuccaro, P., Ortuno, J., Farre, M., Roset, P. N., Segura, J., and de la Torre, R. (2003). Usefulness of sweat testing for the detection of MDMA after a single-dose administration. *J Anal Toxicol* 27, 294-303.

Pichini, S., Puig, C., Zuccaro, P., Marchei, E., Pellegrini, M., Murillo, J., Vall, O., Pacifici, R., and Garcia-Algar, O. (2005). Assessment of exposure to opiates and cocaine during pregnancy in a Mediterranean city: preliminary results of the "Meconium Project". *Forensic Sci Int*. 153, 59-65.

Pinkerton S.D. (2001). A relative risk-based, disease-specific definition of sexual abstinence failure rates. *Health Educ Behav*. 28, 10-20.

Potsch, L., and Skopp, G. (1996). Stability of opiates in hair fibers after exposure to cosmetic treatment. *Forensic Sci Int*. 81, 95-102.

Pragst, F., and Balikova, M. A. (2006). State of the art in hair analysis for detection of drug and alcohol abuse. *Clin Chim Acta* 370, 17-49.

Promoting Health/Preventing Disease: Year 2000 Objectives for the Nation. 1991. Washington, DC: Public Health Service; 1991. DHHS publication PHS 91-50213.

Qiaoqin Ma, Xiaohong Pan, Gaofeng Cai, Jiezhe Yan, Yun Xu, Masako Ono-Kihara, and Masahiro Kahara (2013). Unintended Pregnancy and Its Correlates among Female Attendees of Sexually Transmitted Disease Clinics in Eastern China. *BioMed Research International*. Volume. 2013, 1-7 .

Rasanen P, Hakko H, Isohanni M, Hodgins S, Jarvelin M and Tiihonen J. Maternal smoking during pregnancy and risk of criminal behavior among adult male offspring in the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Am J Psychiatry* 1999;156: 857–862.

Rasch V, Wielandt H and Knudsen LB. (2002). Living conditions, contraceptive use and the choice of induced abortion among pregnant women in Denmark. *Scand J Public Health*. 30(4):293.

Reis M, and Matos M. (2008). Contracepção em jovens universitários portugueses. *Análise Psicológica*. 1, 71-79.

Ripple, M. G., Goldberger, B. A., Caplan, Y. H., Blitzer, M. G., and Schwartz, S. (1992). Detection of cocaine and its metabolites in human amniotic fluid. *J Anal Toxicol* 16, 328-331.

Rodríguez A, Hernán M, Cabrera A, García JM and Romo N (2007). ¿Qué opinan adolescentes y jóvenes sobre el consumo de drogas recreativas y conductas sexuales de riesgo? *Adicciones*. 19, 153-167.

Rodriguez Carrion J. and Traverso Blanco C.I. (2012). Sexual behavior in adolescents aged 12 to 17 in Andalusia (Spain). *Gac Sanit*. 26(6), 519-524.

Ruoti Cosp MI, Ontano MI, Calabrese EI, Airaldi LI, Gruhn EI, Galeano JI, Espinosa AI and Gallo Vallejos MI (2009). Uso y abuso de drogas durante el embarazo Mem. *Inst. Investig. Cienc. Salud*, Vol. 7(2) Diciembre, 32-44.

Ruiz-Muñoz D., Pérez G., Gotsens M. and Rodríguez-Sanz M. (2012) Regional inequalities in the use of contraception in Spain: A multilevel approach. *Health & Place* 18 408–414

Ruiz-Muñoz D. and Pérez G.. (2013) Factores socioeconómicos de las mujeres asociados a la elección del método anticonceptivo en España, *Gac Sanit*. 27, 64-67 .

Ruiz-Ramos M., Ivañez-Gimeno L. and García León F.J. (2012). Características sociodemográficas de la interrupción voluntaria del embarazo en Andalucía: diferencias entre población autóctona y extranjera. *Gac Sanit.* 25, 504-511.

Sallee, F. R., Katikaneni, L. P., McArthur, P. D., Ibrahim, H. M., Nesbitt, L., and Sethuraman, G. (1995). Head growth in cocaine-exposed infants: relationship to neonate hair level. *J Dev Behav Pediatr* 16, 77-81.

SAMHSA (2010). Substance Abuse Mental health Services Administration. Office of Applied studies. Results from the 2010: National Survey on Drug Use and Health: National Findings 151 [monografía internet]. Substance Abuse Mental health Services Administration. Office of Applied studies. [Acceso 01 de septiembre 2010]

Shankaran S, Dasn A, Bauer CR, Henrietta S, Bada MD, Barry L, (2004) Association Between Patterns of Maternal Substance Use and Infant Birth Weight, Length, and Head Circumference. *Pediatrics.* 114, 226-234.

Shankaran S., Lester B. M., Das A., Bauer C. R., Bada H. S., Lagasse L. and Higgins R. (2007). Impact of maternal substance use during pregnancy on childhood outcome. *Semin Fetal Neonatal Med* 12, 143-150.

Samperiz, S., Millet, V., Arditti, J., Lacroze, V., Masset, D., Bourdon, H., Jouglard, J., and Unal, D. (1996). Value of toxicological research in newborn infants of addicted mothers by the study of several samples (urine, meconium, hair). *Arch Pediatr* 3, 440-444.

Sampson R, Laub J. Crime in the making: pathways and turning points through life. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1993.

Schempf, Ashley H. (2007). Illicit Drug Use and Neonatal Outcomes: A Critical Review. *Obstetrical & Gynecological Survey.* 62 - Issue 11, 749-757.

Sedgh , G., Sing, s., Shah, IH, Åhman E., Henshaw, S.K. and Bankole A. (2012). Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet* 379 (Number 9816), 625-632

Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Ahman E and Shah IH (2007). Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet* . 370, 1338–45.

Samyn, N., De Boeck, G., and Verstraete, A. G. (2002). The use of oral fluid and sweat wipes for the detection of drugs of abuse in drivers. *J Forensic Sci* 47, 1380-1387.

Sanaullah, F., Gillian, M., and Lavin, T. (2006). Screening of substance misuse during early pregnancy in Blyth: an anonymous unlinked study. *J Obstet Gynaecol* 26, 187-190.

Sastry, B. V. (1991). Placental toxicology: tobacco smoke, abused drugs, multiple chemical interactions, and placental function. *Reprod Fertil Dev.* 3, 355-372.

Schaffer, M. I., Wang, W. L., and Irving, J. (2002). An evaluation of two wash procedures for the differentiation of external contamination versus ingestion in the analysis of human hair samples for cocaine. *J Anal Toxicol* 26, 485-488.

Sedgh, G., Singh S. and Henshaw S.K. (2011). Legal abortion worldwide in 2008: levels and recent trends. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 37, 84-89

Serrano García M.A. (2009). Papel de la placenta en el desarrollo fetal y en la salud del adulto, Monografía XXIII. Desarrollo perinatal: origen de patologías adultas, *Monografías de la Real Academia de Farmacia*, 169-203

Skender, L., Karacic, V., Brcic, I., and Bagaric, A. (2002). Quantitative determination of amphetamines, cocaine, and opiates in human hair by gas chromatography/mass spectrometry. *Forensic Sci Int* 125, 120-126.

Sherwood, R. A., Keating, J., Kavvadia, V., Greenough, A., and Peters, T. J. (1999). Substance misuse in early pregnancy and relationship to fetal outcome. *Eur J Pediatr* 158, 488-492.

Simone, C., Derewlany, L. O., Oskamp, M., Knie, B., and Koren, G. (1994). Transfer of cocaine and benzoylecgonine across the perfused human placental cotyledon. *Am J Obstet Gynecol* 170, 1404-1410.

Singer LT, Minnes S, Short E, Arendt R, Farkas K, and Lewis B. (2004) Cognitive Outcomes of Preschool Children with Prenatal Cocaine Exposure. *JAMA*. 291(20), 2448-2456.

Singh S., Wulf D. and Hussain R. (2009). Abortion worldwide: a decade of uneven progress. *Guttmacher Institute*.

Singh S. (2006). Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet* .368, 1887–92.

Singh S, Garcia SG and Olavarrieta CD (2008). Estimates of induced abortion in Mexico: what's changed between 1990 and 2006? *Int Fam Plan Perspect*. 34, 158–68.

Smith, C.H., More A.J. and Ganapathy (1992). Nutrient transport pathways across the epithelium of de the placenta. *Annu Rev Nutr* 12, 183-206.

Soriano Faura F.J., Colomer Revuelta J., Cortés Rico O., Esparza Olcina M.J., Galbe Sánchez-Ventura J., García Aguado J., Martínez Rubio A., Mengual Gil J.M., Merino Moína M., Pallás Alonso C.R., and Sánchez Ruiz-Cabello F.J.(2013). Prevención del embarazo en la adolescencia. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 15, 261-269.

Souza e Silva R. and Vieira EM. (2009). Frequency and characteristics of induced abortion among married and single women in São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica*. 25,179–87.

Souza D and Oliveira D. (1998) O perfil epidemiológico do uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá, Brasil. *Saúde Pública*. 14, 391-400.

Speroff L. and Fritz M.A.: «Anticoncepción oral». En: Speroff L, Fritz MA editores. *Endocrinología ginecológica clínica y esterilidad*, 7ª ed., Philadelphia, Lippincot, Willimas & Wilkins, 2006; págs. 861-942

Steinberga J.R., McCulloch Ch.E., and Adlera N.E. (2014). Abortion and Mental Health: Findings From the National Comorbidity Survey-Replication *Obstet Gynecol.*. 123(2 0 1): 263–270

Sumnall HR, Beynon CM, Conchie SM, Riley SC and Cole JC (2007). An investigation of the subjective experiences of sex after alcohol or drug intoxication. *Journal of Psychopharmacology*. 21, 527-37

Swann C,, Bowe K,, McCormick G, and Kosmin M. (2003). *Teenage Pregnancy and Parenthood: A Review of Reviews*, 1st edn. London, UK: Health Development Agency

Szeto HH. (1993). Kinetics of drug transfer to the fetus. *Clin Obstet Gynecol*. 36, 246–254

Tappin, D. M., Ford, R. P., and Wild, C. J. (1995). Smoking at the end of pregnancy measured by cord blood cotinine assay. *N Z Med J* 108, 108-109.

Tsanaclis, L., and Wicks, J. F. (2008). Differentiation between drug use and environmental contamination when testing for drugs in hair. *Forensic Sci Int* 176, 19-22.

UN Department of Economic and Social Affairs. World population prospects: the 2008 revision. New York: United Nations, 2009.

Uria M. and Mosquera C. (1999). Legal abortion in Asturias (Spain) after the 1985 law: sociodemographic characteristics of women applying for abortion. *Eur J Epidemiol.* 15, 59-64.

Vikat A., Rimpela A., Kosunen E., and Rimpela M. (2002). Sociodemographic differences in the occurrence of teenage pregnancies in Finland in 1987–1998: a follow up study. *J Epidemiol Community Health* 56, 659–668.

Villamor, J. L., Bermejo, A. M., Fernandez, P., and Tabernero, M. J. (2005). A new GC-MS method for the determination of five amphetamines in human hair. *J Anal Toxicol* 29, 135-139.

Villanueva, L. A., and Valenzuela, F. (1998). Pharmacological principles in pregnancy. *Gac Med Mex* 134, 575-582.

Vinner, E., Vignau, J., Thibault, D., Codaccioni, X., Brassart, C., Humbert, L., and Lhermitte, M. (2003a). Hair analysis of opiates in mothers and newborns for evaluating opiate exposure during pregnancy. *Forensic Sci Int* 133, 57-62.

Vinner, E., Vignau, J., Thibault, D., Codaccioni, X., Brassart, C., Humbert, L., and Lhermitte, M. (2003b). Neonatal hair analysis contribution to establishing a gestational drug exposure profile and predicting a withdrawal syndrome. *Ther Drug Monit* 25, 421-432.

Vucinovic M., Roje D., Vucinovic Z., Capkun V., Bucat M. and Banovic I. (2008). Maternal and neonatal effects of substance abuse during pregnancy: our ten-year experience. *Yonsei Med J* 49, 705-713.

Wadhwa S. and Millar W.J.(1994). Second trimester abortions: trends and medical complications. *Health Rep.* 6, 441-54.

Wadhwa S and Millar WJ. (1997). Marital status and abortion. *Health Rep.* 9,19–26.

Walton M.A., Resko S., Whiteside L., Chermack S.T., Zimmerman M., and Cunningham RM. (2011). Sexual risk behaviors among teens at an urban emergency department: relationship with violent behaviors and substance use. *J Adolesc Health* 48, 303–305.

Westfall J.M., and Kallail K.J. (1995). Repeat abortion and use of primary care health services, *Fam. Plann. Perspect.* 27,162–165.

Whitbeck LB, Yoder KA, Hoyt DR, (2000). Early adolescent sexual activity: a developmental study. *Journal of Marriage and the Family.* 61, 934–946.

WHO. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, 6th edn. Geneva: World Health Organization, 2011.

Wilkinson J, Bass C, Diem S, Gravley A, Harvey L, Maciosek M, McKeon K, Milteer L, Owens J, Rothe P, Snellman L, Solberg L and Vincent P. (2013). Institute for Clinical 25155Systems Improvement. Preventive Services for Children and Adolescents. Updated September 2013.

Williams LB, and Pratt WF (1990). Wanted and unwanted childbearing in the United States: 1973-1988. *Adv Data Vital Health Stat.* September 26, No. 189.

Winecker, R. E., Goldberger, B. A., Tebbett, I., Behnke, M., Eyler, F. D., Conlon, M., Wobie, K., Karlix, J., and Bertholf, R. L. (1997). Detection of cocaine and its metabolites in amniotic fluid and umbilical cord tissue. *J Anal Toxicol* 21, 97-104.

Winklbaaur B., Jung E.and Fischer G. (2008). Opioid dependence and pregnancy. *Curr Opin Psychiatry* 21, 255-259.

World Drug Report 2009, Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, (2009), 293-300

Yegles, M., Marson, Y., and Wennig, R. (2000). Influence of bleaching on stability of benzodiazepines in hair. *Forensic Sci Int* 107, 87-92.

Zapka J.G, Lemon S., Peterson L.E, Palmer, H., Goldman, M. B. (2001). The silent consumer: women's reports and ratings of abortion services. *Med Care* 39, 50-60.

Zemishlany Z, Aizenberg D and Weizman A. (2001) Subjective effects of MDMA ('Ecstasy') on human sexual function. *European Psychiatry.* 16, 127-130.