



Universidad de Alcalá

Máster Universitario en Investigación en Ciencias Sociosanitarias

Trabajo Fin de Máster

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA EN ADOLESCENTES

Sara Garuti Colldefors

SEPTIEMBRE 2021

Tutora: Cristina Francisco del Rey

Índice

Índice	2
Introducción	3
Hipótesis y Objetivos	6
Objetivos	6
Objetivos generales.....	6
Objetivos específicos.....	7
Marco teórico	8
Adolescencia, relaciones sexuales y embarazo.....	9
La anticoncepción de emergencia.....	11
Levonorgestrel.....	11
Marco Legislativo	16
Marco metodológico	18
Resultados	25
Discusión	47
Conclusiones	55
Anexo 1- CUESTIONARIO DE LA PÍLDORA POSTCOITAL	57
Bibliografía	60

Introducción

El tema que pretendo investigar surgió al observar entre la juventud en general, la falta de información que poseen sobre los riesgos relacionados con un mal uso de la sexualidad. La creencia de que el único riesgo es el embarazo, o considerar que el aborto es otro método anticonceptivo más, me resulta preocupante. Por otro lado, las estadísticas sobre los embarazos no deseados en personas jóvenes, o del aumento de las infecciones por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o por enfermedades de transmisión sexual, son alarmantes, por lo que es evidente que algo está fallando.

Cada día hay más jóvenes que acuden al servicio de urgencias reclamando la píldora postcoital o con algún temor tras realizar una práctica sexual de riesgo.

¿Es eficaz o suficiente la información sobre la sexualidad que se da hoy en día a los jóvenes?, esta es la cuestión que se me pasaba por la cabeza por varios casos que se han dado, durante mi trabajo en el centro de Salud del Cerro del Aire en Majadahonda y en el servicio de urgencias del Hospital Puerta de Hierro (Majadahonda). A ambos centros y servicios acudían con frecuencia jóvenes solicitando reclamando la píldora postcoital, por una parte, angustiadas y por otra con una “normalidad”, hecho que me parece merece reflexión y estudio por parte de los profesionales de la salud.

Necesitamos que la sociedad reconozca a los adolescentes como individuos sexualmente activos y que se lleven a cabo intervenciones en los diferentes ámbitos (familiar, educativo, y sistema sanitario), donde se propicie una preparación y orientación para conseguir una conducta sana y responsable. Nuestra línea de actuación en primer término, es la prevención primaria por medio de la educación y garantizar la accesibilidad de los recursos.

Actualmente la anticoncepción de urgencia es un tema ampliamente difundido y debatido en los medios de comunicación, debido a un aumento de la demanda ya que el consumo va aumentando progresivamente y en edades cada vez más tempranas. Desde los centros de salud se tiene la percepción de que se está empleando la anticoncepción de urgencia como método anticonceptivo habitual en vez de excepcional y de urgencia, que es su indicación, sobre todo por los jóvenes. Esto se debe, posiblemente, al desconocimiento por parte de estos, así como a la existencia de ideas

preconcebidas erróneas, bien por desinformación o por falta de intervenciones educativas (aunque no campañas) en materia de sexualidad. ⁽¹⁾

En la bibliografía encontramos que según Portalalin (1) *se han realizado números estudios sobre la anticoncepción de urgencia desde diferentes puntos de vista como son: perfil de usuarios, conocimientos y actitudes de las mujeres de otros grupos de edad, eficacia, tolerabilidad y aceptación. En contraposición hay muy pocos estudios sobre el conocimiento de los adolescentes en esta materia.* ⁽¹⁾

Por lo que el objetivo de este trabajo consiste en analizar la información sobre la píldora postcoital que tienen las y los adolescentes.

Un estudio sobre la información de los jóvenes en la actualidad, nos va a permitir identificar los punto fuertes y débiles, para sensibilizar a la sociedad con los datos obtenidos, y así emplear todos los métodos que sean necesarios para proporcionar una buena educación sexual a las nuevas generaciones.

En este trabajo es de especial interés investigar si, la eficacia de la información que se ha facilitado a los jóvenes sobre la píldora postcoital que se proporciona tanto en aulas (tales como escuelas e institutos), o en medios de comunicación (como radio, televisión e Internet), o en centros específicos (como son los centros de salud, de orientación sexual o servicios de urgencia). Considerando igualmente importante la adquirida en el ámbito familiar, proporcionada por parte de padres o tutores.

Para desarrollar un proyecto formativo eficiente es imprescindible conocer la realidad de partida. Valorar si la información que se tienen es suficiente y/o efectiva, o por el contrario existe una carencia de ésta, o no se proporciona de manera adecuada para este sector de la sociedad. También con este proyecto intento estudiar qué información tienen los jóvenes sobre la práctica segura de las relaciones sexuales, y concretamente sobre la utilización de píldora postcoital como método anticonceptivo, identificar si las ideas elaboradas están condicionadas por variables como el sexo, la edad o la procedencia cultural del adolescente, para finalmente reflexionar sobre la importancia de elaborar un plan de intervención.

Para la realización del trabajo, en primer lugar y para situar el fenómeno de estudio se ha llevado a cabo una revisión de la literatura relacionada con el significado de la píldora

postcoital, sus indicaciones y el riesgo de utilizarla de manera indiscriminada. Se analiza la adolescencia, como etapa de la vida, en la que se adquieren comportamientos en los que juega un papel fundamental la influencia entre pares, en aspectos tan importantes como la sexualidad y su ejercicio responsable. Se profundiza en el significado que adquiere el embarazo no deseado en este periodo vital.

La investigación llevada a cabo se trata de un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo en adolescentes, que se encuentran cursando sus estudios en tres institutos de la Comunidad de Madrid, a los que se accedió por oportunidad, al estar vinculados al área de ejercicio profesional de la investigadora. Posteriormente se actualiza el trabajo recogiendo información de un grupo de universitarios, estudiantes de enfermería, que replantarían a los adolescentes que conformaron la población del estudio inicial, con el fin de valorar los cambios que pueden producirse en periodos de la vida en los que tres años son definitivos para la evolución de los procesos mentales y de adquisición de valores.

Los resultados obtenidos nos ofrecen una información que nos facilita el conocimiento de esta realidad y abre nuevas preguntas, pero sobre todo la información obtenida ofrece la oportunidad de planificar intervenciones dirigidas a programas de Educación Sexual que pueden mejorar estas prácticas en adolescentes, desarrollando así una cultura saludable para la vida.

Es necesario resaltar que cualquier intervención, en este sentido, o relacionada con comportamientos cotidianos, en esta etapa de la vida, debe planificarse y desarrollarse desde una perspectiva interdisciplinaria con el profesorado de los adolescentes. Cuestión que, a nuestro criterio, resultaría fácil por el interés que despierta entre el profesorado y que se ha podido comprobar en la disponibilidad y el interés que han demostrado en todo lo que se nos ha facilitado para la realización de este trabajo.

La actualización del trabajo, con el análisis de las ideas que manifiestan adolescentes con varios años más que los estudiados inicialmente, nos pueden orientar sobre las ideas nuevas que se desarrollan con el tiempo o las que desaparecen y aquellas que cambian o se consolidan. Esta información puede proporcionarnos elementos para que los planes de formación sean más eficaces.

Hipótesis y Objetivos

Partimos de la hipótesis de que la utilización indiscriminada de la píldora postcoital como método anticonceptivo, por las adolescentes, está relacionada con un déficit de información sobre las indicaciones y efectos de esta medida.

Con este estudio se pretende determinar el grado de información que acerca de la píldora postcoital tienen los adolescentes de tres institutos de la Comunidad de Madrid (en adelante, el “Primer Estudio”). Este estudio se complementa con otro posterior sobre la información que tienen sobre este mismo método jóvenes universitarios en el primer año de los estudios (en adelante, el “Segundo Estudio”).

Se diferencia entre objetivos principales, en los que se incluyen aquellos que tienen que ver con la información que tiene la población de estudio y valorar la oportunidad de diseñar un plan de educación sexual. Como objetivos específicos, o secundarios, se plantean una serie de objetivos que tienen que ver con cuestiones que pudieran tener que ver con el imaginario que construye las ideas, tales como las diferencias por sexo, edad y procedencia cultural.

En definitiva, la finalidad es describir aquellos aspectos más relevantes relacionados con la PAE, destacando el importante papel que las enfermeras tienen en el desarrollo de programas de Educación para la Salud, con el fin de conseguir conductas sexuales saludables, minimizando los riesgos.

Objetivos

Objetivos generales

- Identificar la información que tienen los adolescentes, de 16 a 18 años, sobre la utilización de la píldora postcoital como método anticonceptivo, de tres institutos de la Comunidad de Madrid.
- Comprobar la información que tienen estudiantes universitarios en primer año de los estudios de Enfermería e identificar la evolución experimentada en relación a la de los y las adolescentes.

Objetivos específicos

- Determinar el grado de información acerca de la píldora postcoital en adolescentes de 16 y 18 años en tres institutos de la Comunidad de Madrid.
- Identificar los conocimientos deficientes sobre sexualidad de los adolescentes.
- Identificar los factores que influyen en las diferentes concepciones.
- Analizar la información que tienen estudiantes universitarias-os de primer curso.
- Describir la evolución que ha experimentado la información en estudiantes, con tres años mayores, que la población del Primer estudio, y varios años después de éste.

Marco teórico

De entre todos los métodos anticonceptivos, la píldora postcoital, merece una mención especial. A lo largo del tiempo ha sido denominada de diferentes formas; píldora del día después, tratamiento postcoital, píldora de emergencia, etc. El término que mejor la define según la Sociedad Española de Contracepción es “anticoncepción de urgencia” (en adelante, “AU”) (20).

Desde que la AU comenzó a utilizarse en España en 2001, se ha producido un elevado aumento progresivo de su venta. El presidente de la Sociedad Española de Contracepción consideró normal el incremento del uso de la píldora del día después “porque en el año 2000, cuando se introdujo, en el país poca gente la conocía y actualmente hay más personas con información”. (1) Aunque como veremos, según los resultados de los estudios consultados, y de nuestro propio trabajo, un mayor conocimiento e información no van unidos a una buena utilización.

Si echamos la vista atrás, vemos que desde el año 1997 al 2007 se produjo un aumento del uso de métodos anticonceptivos, siendo el más usado el preservativo (el 80% de los menores de 30 años asegura haberlo usado en su primera relación, según cifras del Ministerio de Sanidad) seguido de la píldora, sin embargo, la tasa de IVEs, Interrupción Voluntaria del Embarazo, pasó de 5,52 a 11,49 por cada 1.000 mujeres. (2)

Lo que apunta a interpretar que la utilización de estos dos métodos anticonceptivos no sirviera para evitar la toma decisiones “tan tajantes” como es la IVEs, aunque existen algunas explicaciones como veremos a continuación. Cabe apuntar que, en dichas fechas, se produjeron un conjunto de circunstancias que parecerían estar mediando e incidiendo en dicho crecimiento. Así, conviene señalar la propia evolución creciente de los centros notificadores de IVEs.

Cuando en el año 2001, se aprobó la venta de la AU con receta médica, se identificó un incremento del 193% en el 2002, para ir disminuyendo dicha proporción de forma paulatina. Hoy día, con la reciente incorporación de la píldora postcoital como medicamento de venta libre en las farmacias a partir de los 16 años de edad, su venta se ha incrementado más todavía. (4)

Parece lógico que aumente su venta, ya que lo que se pretende es facilitar el acceso, ahora habrá que esperar a ver como evoluciona en los próximos años y la repercusión que tiene dicha medida.

Para Bailón, *la llamada píldora del día después ocupa un lugar importante en la anticoncepción en las jóvenes, dado que las relaciones sexuales sin protección y no planeadas son muy frecuentes, así como la rotura de preservativos o los fallos en el coito interrumpido.* ⁽⁵⁾

Adolescencia, relaciones sexuales y embarazo

Según la Organización Mundial de la salud (OMS), *la adolescencia engloba los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva y consolida su independencia socioeconómica (10-19 años)* ⁽⁶⁾. *La adolescencia ha sido considerada tradicionalmente como una etapa libre de problemas de salud. Sin embargo, la problemática de la adolescencia proviene de sus conflictos sociales, dentro de los cuales destaca el embarazo no deseado.*

Se considera embarazo no deseado a la concepción que ningún miembro de la pareja desea conscientemente en el momento del acto sexual coital ⁽⁷⁾.

La palabra adolescencia proviene de "adolesce" que significa "carencia o falta de madurez", razón por la cual, no es recomendable un embarazo en esta etapa del crecimiento, fundamentalmente desde las perspectivas psicosociales de los jóvenes, ya que este hecho puede condicionarles toda la vida en una dirección no deseada y llevarles a situaciones de insatisfacción y dificultades para el cumplimiento de sus expectativas.

Según esta misma Institución, *el embarazo en la adolescencia es ya un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los jóvenes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea. Este problema ha ido mejorando gracias a la introducción de temas de sexualidad en los programas escolares a lo largo de toda la educación obligatoria, pero no se ha generalizado a todas las instituciones educativas, por tal motivo el número de embarazos no deseados entre adolescentes sigue siendo elevado.*

El embarazo en la adolescencia tiene unas consecuencias negativas tanto de tipo físico como psicosocial, en especial en las chicas más jóvenes y especialmente cuando pertenecen a las clases sociales más desfavorecidas.

Según la Federación de Anticoncepción, *las causas del embarazo adolescente pueden ser diversas y múltiples, y al mismo tiempo discutible, pero dos de ellas aparecen de forma clara y determinante en los estudios: La primera es obvia, y se refiere a que, mantener relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas puede llevar a situaciones de embarazo y la segunda apunta a que otra razón es la falta de educación suficiente sobre el comportamiento sexual responsable.* ⁽⁸⁾

Esta Federación sitúa *la edad de inicio de las relaciones sexuales se mantiene casi inalterable en torno a los 16 años y, aunque se aprecia un aumento en cuanto a la población sexualmente activa, que se sitúa en torno al 80% con:*

- *Una media de un 66% en los jóvenes de 15 a 19 años.*
- *Un 93% entre los 20 y los 24 años.*

Los embarazos en las chicas entre 14 y 17 años han aumentado en los últimos años, de un 4 % en 1990 a casi un 12% en 2006. ⁽⁹⁾

El inicio de las relaciones sexuales es cada vez más temprano. Desde el año 2004 se observa un ligero descenso; mientras el informe de Juventud 2012 (INJUVE) sitúa la edad media de inicio de las relaciones sexuales en 17 años, otros estudios la sitúan en torno a los 15. La diferencia por sexos no es significativa; lo que sí es reseñable, es que las relaciones antes de los 15 años han pasado de un 5% a un 12% en el 2012.

Las prácticas de mayor riesgo están presentes desde el inicio de las primeras relaciones sexuales; una de las razones es que estos encuentros son imprevistos y no planificados. Sin embargo, en relaciones más tardías, estas son más estables y responsables, con menor frecuencia de prácticas de riesgo.

En cuanto a los conocimientos sobre relaciones sexuales seguras, parece que existe un déficit de conocimientos. Según datos estadísticos del INJUVE, *un 14% de los adolescentes dicen no disponer de información sexual suficiente y el uso del preservativo ha descendido un 10% entre los jóvenes de 15 a 29 años; los temas más deficitarios son*

el manejo de los anticonceptivos y los conocimientos en torno al embarazo y las ETS.
(21,22).

Sin embargo, según los datos publicados en la encuesta Daphne Juventud, 2009, se evidencia que se dio lugar en este año un incremento del uso de métodos anticonceptivos en jóvenes entre 15-19 años, con un mayor uso en el colectivo masculino. ⁽¹⁰⁾

Es cierto que España es el país de la Unión Europea donde más se utiliza el preservativo, pero esto no quiere decir que su uso sea siempre el correcto. La falta de utilización y el mal uso llevan a que una de las medidas preventivas para evitar los embarazos no deseados y los abortos es la anticoncepción de emergencia, aspecto clave de nuestro estudio.

La anticoncepción de emergencia

Los protocolos de dispensación de anticoncepción la defines como *el método anticonceptivo se refiere a medios que las mujeres pueden usar como respaldo y en caso de emergencia, dentro de los primeros días posteriores a una relación sexual sin protección, con el objetivo de prevenir un embarazo no deseado.* ⁽¹¹⁾

En medio más utilizado es el levonorgestrel, y es en este fármaco en el que profundizamos en nuestro estudio. Indicaciones, contraindicaciones, posología, etc.

Levonorgestrel

Desde el año 2001, el Ministerio de Sanidad y Consumo autorizó *la comercialización de levonorgestrel (LNG) como AU. Al principio se administraban dos comprimidos de 750 mg que debían tomarse con un margen de 12 horas y actualmente se administra en un comprimido, una única toma de 1500 mg. Los dos preparados comerciales son: Norvelo® (Chiesi España, S.A.) y Postinor® (Schering España, S.A.)* ⁽²³⁾.

La posología del medicamento consiste en:

- La utilización se debe realizar en las primeras 72 horas, tras la relación sexual de riesgo. La eficacia del mismo, depende del tiempo transcurrido desde el coito sin protección, hasta la toma de la AU (1,23). Durante las primeras 24 horas la eficacia es del 95%.

- De 49-72 horas solo es eficaz en un 58% de ahí, la importancia de facilitar el acceso como recurso, para la administración de la AU lo antes posible.

El mecanismo de acción:

Debemos recordar que el embarazo no tiene lugar inmediatamente después del coito, sino que es un proceso progresivo. La fecundación dura alrededor de 24 horas y el transporte del óvulo fecundado puede durar entre 5-7 días; es en este margen de tiempo donde podemos actuar. Si el embarazo se inicia con la implantación, aumentará la hormona luteinizante (LH) y la AU no actuará. ⁽²⁶⁾

Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y el Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia (IEC), actúa sobre dos mecanismos de acción: ⁽¹⁾

- Acción sobre la ovulación: es el principal y posiblemente el único efecto, impidiendo o retrasando la ovulación. Si se toma antes de la ovulación, impide que se produzca el pico de la LH y, por tanto, no se produce la liberación del óvulo maduro.
- Acción sobre los espermatozoides: puede impedir el paso de los espermatozoides, espesando el moco cervical, interfiriendo en su motilidad y en la capacidad para unirse al óvulo, aunque esta acción según los estudios, no es del todo concluyente. ⁽²²⁾

Este fármaco no tiene acción una vez iniciado el proceso de la implantación, por eso no es una medicación abortiva. ⁽²³⁾

Contraindicaciones

Según la OMS, no hay ninguna contraindicación absoluta, pero la Agencia Española del Medicamento y Productos establece la hipersensibilidad al principio activo o sus excipientes que contienen lactosa.

No está recomendado en mujeres con insuficiencia hepática grave y en los síndromes de mala absorción, como el Crohn, porque puede disminuir su eficacia. Puede ser utilizado por madres que estén lactando, pero se recomienda tomar justo después de la toma. ^(1,23)

Efectos secundarios

En los datos que se aportan por la Sociedad Española de Contracepción, *no se han registrado reacciones adversas graves. Los efectos secundarios más frecuentes son: náuseas y vómitos, cefalea, mareos, fatiga, aumento de la sensibilidad mamaria y dolor en hipogastrio. En el caso de vómitos en las tres primeras horas tras la toma de la AU, se recomienda tomar un nuevo comprimido. Las alteraciones del ciclo menstrual son las más comunes; adelantándose o retrasándose la regla y el sangrado irregular en ese ciclo.* (20)

Interacciones farmacológicas

Los inductores de enzimas hepáticas incrementan el metabolismo, pudiendo disminuir la eficacia; entre estos fármacos se encuentran: antiepilépticos (carbamazepina, fenitoína, fenobarbital...), plantas medicinales como la Hierba de San Juan, antibióticos (rifampicina, rifabutina) y antirretrovirales. A las mujeres que toman estos fármacos se les aconseja doblar la dosis. (20)

Según la OMS, el uso repetido de la AU no está restringido, pero si se aconseja dar información a la mujer e indicarle otras opciones contraceptivas. Un nuevo coito de riesgo dentro de las 12 horas siguientes a la toma de la AU, no requiere de un nuevo tratamiento. (20)

No se han identificado efectos adversos severos, ni en las mujeres que han usado la AU más de una vez en ciclo menstrual (8). A pesar de esto, se debe insistir en que no debería utilizarse como método anticonceptivo habitual, ya que, como se apunta anteriormente, no protege frente a las enfermedades de transmisión sexual (ETS), como VIH, entre otros. (14)

La AU, puede utilizarse en situaciones tales como:

- En los casos que no se ha usado ningún método anticonceptivo.
- Si hubiera ocurrido un fallo del método anticonceptivo o éste ha sido usado de manera incorrecta, incluyendo casos en que:
 - Cuando el condón se ha roto, deslizado o se ha usado de manera incorrecta.
 - La mujer ha olvidado tomar tres o más píldoras anticonceptivas orales combinadas consecutivas.

- En los casos, en los que la mujer haya olvidado tomar tres o más píldoras anticonceptivas orales combinadas consecutivas.
- Cuando haya habido un retraso de más de dos semanas en la administración de la inyección anticonceptiva de progestágeno solo (acetato de medroxiprogesterona de depósito o enantato de noresterona).
- Si existe un retraso de más de siete días en la administración de la inyección mensual combinada de estrógenos más progestágeno.
- Cuando el parche transdérmico (o el anillo vaginal) se ha desplazado, ha habido un retraso en su colocación o se ha extraído antes de lo debido el diafragma se ha desplazado o roto, o se ha extraído antes de lo debido.
- Si el coito interrumpido ha fallado (por ejemplo, eyaculación en la vagina o en los genitales externos).
- Si se da la circunstancia de que una tableta (o una película espermicida) no se han derretido antes de la relación sexual.
- Cuando en el cálculo del método de abstinencia periódica ha habido un error, o no ha sido posible practicar la abstinencia en los días fértiles del ciclo.
- Si hubiese ocurrido una expulsión del DIU.
- Cuando ha ocurrido una agresión sexual y la mujer no está protegida con un método anticonceptivo eficaz. (11)

Es un recurso que no es eficaz si ya existe embarazo (entendiendo por este, la anidación del óvulo fecundado en el útero, como lo define la OMS), por lo que no es un método anticonceptivo. No obstante, la AU puede impedir los abortos porque reduce el número de embarazos no deseados). (10,11)

Recomendaciones

A los adolescentes se les debe facilitar un mensaje claro respecto a la AU, sobre la relación entre eficacia y tiempo transcurrido entre la relación coital y el tiempo de la toma, ya que, como está demostrado, es más eficaz mientras antes se tome. Igualmente es necesario resaltar que no evita otros riesgos asociados a las relaciones sexuales sin protección como son las enfermedades de transmisión sexual. Referente a su seguridad, hay que destacar que su uso es seguro para todas las mujeres, incluidas las adolescentes.

Sobre educación sexual se lleva hablando mucho tiempo, ya antes de 1990, año en que se promulgó la Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo de España (LOGSE), se hablaba de información y educación sexual, aunque solo fuera desde un modelo limitado y confinado exclusivamente al contexto familiar tradicional.

La LOGSE proponía una educación en valores a través de la transversalidad, incluyendo la educación afectivo-sexual dentro de la educación para la salud a tratar en diferentes materias y por profesionales generalmente sin formación específica. En estos 20 años, siempre se han dado rodeos a la hora de abordar la educación sexual, bien enmarcándola en otras materias (educación para la salud, educación para la igualdad de oportunidades entre sexos, etc.), bien aprovechando las clases de biología para incluir temas relacionados con el embarazo o las infecciones de transmisión sexual.

Marco Legislativo

Con la promulgación en 2010 de la reciente Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de la interrupción Voluntaria el Embarazo, se ha intentado mejorar esta situación planteando objetivos que abarcaran diferentes aspectos relacionados con este tema. ⁽¹⁴⁾

El embarazo en la etapa de la adolescencia se considera de riesgo para ambos progenitores y especialmente para la adolescente. Según describen Treviño y colaboradores, esta etapa de la vida *supone un cambio para el estado físico y psicológico de la menor, que puede ejercer un impacto negativo en ella. La adolescencia es el periodo en el que los jóvenes adquieren la capacidad reproductiva y consolidan su independencia socioeconómica; ser madre, puede alterar el desarrollo de esta etapa, suponiendo no solo un problema desde el punto de vista de salud, sino también desde el punto de vista social.* ⁽²³⁾

El debate actual, con los cambios que se proponen en la Ley del Aborto y la edad en que se considera a un-a menor autónomo-a y maduro-a en temas de sexualidad, siempre plantea controversia entre los Profesionales de la Salud.

Para la Sociedad de contracepción, *la demanda de la AU por una chica adolescente, es un buen momento para valorar conductas de riesgo, informar y animar al uso correcto. Si todos los adolescentes que necesitan AU la conocen, tienen facilidad para el acceso a ella y si los profesionales favorecemos su uso cuando sea necesario, evitaremos muchos embarazos no deseados, así como todas sus consecuencias.* ⁽²⁰⁾

Antes de la regulación de su libre dispensación (aprobada en mayo de 2009 y aplicación desde el 28 de septiembre de 2009), conseguir la AU se complicaba particularmente cuando la demandante era una menor de edad con el fin de evitar un embarazo no deseado. Se estima que entre el 69% y el 90% de los embarazos no deseados en este grupo de mujeres son de esta naturaleza ^(14,15).

Con la liberación del acceso a la AU a mujeres a partir de los 16 años y sin necesidad de receta médica para su compra en la farmacia, España se equiparó a otros países de su entorno en los que la píldora del día después ya se dispensaba sin receta, Francia, Reino Unido, Portugal, Bélgica, Finlandia, Holanda y Suecia entre otros.

Las últimas cifras de mayoristas a farmacias ponen de manifiesto que el uso de la PAE se ha incrementado un 87%.⁽⁴⁾

Un estudio realizado en Francia demuestra que el uso de la AU varía en las distintas regiones del país en función de la información recibida y los sistemas de acceso a la PAE.⁽¹⁵⁾

Es el caso de España, la descentralización en autonomías conlleva la inequidad en ciertas materias como la anticoncepción de emergencias en nuestro caso. Así, por ejemplo, Cantabria, comunidad donde existe una baja tasa de embarazos en adolescentes, es una de las comunidades donde la píldora ya era gratuita anteriormente y dispone de un programa de información sobre sexualidad y anticoncepción.⁽¹¹⁾

Nos encontramos pues en un punto de inflexión, ya que este fácil acceso ha conducido a grandes controversias entre los expertos y la población. Por una parte, se persigue el objetivo de disminuir los embarazos no deseados y las IVEs (regulado el 5 de julio de 2010, a través de la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo), pero por otro lado hay riesgo de que se abuse de él y acabe por utilizarse como un método anticonceptivo habitual y aumenten las relaciones sin protección frente a las ETS.

Vale la pena pararse a reflexionar sobre aquellos aspectos que repercuten en el uso adecuado de la anticoncepción de urgencia, valorando cuales han sido modificados y han tenido un impacto satisfactorio en los jóvenes, y cuales son susceptibles de mejora y cambio para reducir las tasas de IVEs, lograr una sexualidad placentera y responsable en nuestros jóvenes y concienciar del riesgo de incremento de ETS si no se hace buen uso de la PAE entre otros objetivos.

Por todo ello, cobra sentido este trabajo, que tiene como objetivo principal hacer una análisis descriptivo para determinar el grado de información que acerca de la píldora postcoital en adolescentes con la incorporación de la libre dispensación de la anticoncepción de emergencia y, en base a los resultados, replantearnos actitudes y amoldarnos a su realidad para ofertar una Educación Sexual efectiva como agentes de la salud.

Marco metodológico

La búsqueda de información para abordar el tema, se ha llevado a cabo mediante bases de datos como Pubmed, Documed, Scielo, Lilacs, Cochrane y el buscador Google académico, utilizando palabras clave como, píldora del día después, píldora postcoital, anticoncepción de urgencia, anticoncepción de emergencia, plan B, haciendo una lectura crítica de cada artículo.

La búsqueda bibliográfica se realizó de la siguiente manera; se delimitó en el tiempo, desde el año 2006 a la actualidad, realizándose diferentes combinaciones de los términos DeCS y MeSH, utilizando el operador booleano "and", y utilizando todos aquellos documentos que se referían al desarrollo de los objetivos.

También se obtuvieron documentos a través de páginas oficiales como:

- www.injuve.es: Instituto de la Juventud-Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- www.ine.es: Instituto Nacional de Estadística.
- www.inmujer.es: Instituto de la Mujer- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- www.msssi.gob.es: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- www.sec.es: Sociedad Española de Contracepción.

Se utilizaron los siguientes descriptores: MeSHPregnancy, Unwanted Adolescent Contraception, Contraception, Postcoital o Sexuality De CS, Embarazo no Deseado Adolescente.

Anticoncepción, Anticoncepción, Postcoital o Sexualidad.

Por último, se enumeran en la bibliografía las referencias utilizadas, redactadas según Vancouver.

Diseño

Se trata de un estudio descriptivo, transversal y de carácter cuantitativo. Se analizan los resultados en porcentajes.

Ámbito

La muestra, del estudio inicial, se recogió en los institutos de Enseñanza Secundaria Públicos de la comunidad de Madrid siguiente: IES Clara Campoamor (Móstoles), IES Leonardo da Vinci (Majadahonda) e IES Las Rozas 1 (Las Rozas).

El estudio posterior se lleva a cabo con estudiantes universitarias-os de primer curso de Enfermería de la Escuela Universitaria Puerta de Hierro perteneciente a la UAM.

Periodo de estudio

El primer estudio se realizó durante el año 2010, la elección de los institutos en las Rozas y en Majadahonda por ser de referencia al centro de salud donde ejercía la autora de este trabajo (C.S Cerro del Aire, Majadahonda, de lo que ha sido la Gerencia Área 6 de salud) y se amplió la población de estudio con otro instituto elegido por fácil acceso y de oportunidad al mismo, situado en el municipio de Móstoles de la Comunidad de Madrid.

Las características socioeconómicas y culturales de los tres centros pueden considerarse similares. Los dos primeros están situados en una zona homogénea de un nivel socioeconómico alto y el del municipio de Móstoles, si bien las características de la zona son más heterogéneas, el instituto objeto del trabajo se encuentra en una zona equiparable a la de los de la referida Área 6.

El segundo estudio fue durante el año 2021, la elección de estudiantes de Enfermería representarían los y las mismas estudiantes del primer estudio unos años posteriores, se eligió por fácil acceso, ya que estos alumnos se encuentran de prácticas en el hospital en el que trabajo, Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Población

Adolescentes con edades comprendidas entre 16 y 18 años pertenecientes a los distintos institutos seleccionados de la Comunidad de Madrid del curso 2011-2012.

Según el Instituto Nacional de Estadística, en enero de 2011, la población de la comunidad de Madrid, en edades comprendidas entre 15 y 19 años, es de 242.608.

Hemos seleccionado este grupo de edad basándonos en la definición de adolescencia de la OMS. Para la OMS, la denominación de jóvenes comprende desde los 10 a los 24

años, incluyendo por tanto la adolescencia (de 10 a 19 años) y la juventud plena (de los 19 años a los 24 años). Dentro del concepto adolescencia, la subdivide en adolescencia inicial o pubertad que comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años, y la adolescencia media y tardía que se extiende desde los 15 a los 19 años.

El límite inferior lo situamos en 16 años por dos motivos. Por una parte, tenemos los resultados de la II Encuesta Schering sobre sexualidad y anticoncepción en la Juventud Española, realizada por el equipo Daphne, que nos dice que la media de edad de inicio en las relaciones sexuales entre los jóvenes españoles se sitúa en los 15,9 años, tanto en las chicas como en los chicos. ⁽¹⁰⁾

Por otra parte, en la legislación actual se establece la dispensación libre, es decir sin receta médica, a partir de los 16 años de edad.

El límite superior lo situamos en 18 años, ya que consideramos que a partir de esa edad el número de adolescentes escolarizados es insuficiente para considerar que esta franja de la muestra pueda resultar representativa.

Criterios de inclusión

- Primer grupo de estudio: Alumnos de edades comprendidas entre los 16 y 18 años de tres institutos de enseñanza secundaria públicos en la Comunidad de Madrid que asistan a clase el día concertado para cumplimentar el cuestionario.
- Segundo grupo de estudio: Estudiantes de primer año de Enfermería De la escuela de Puerta de hierro (UAM) a través de vía email.
- Aceptación voluntaria de la participación de los encuestados y sus tutores.

Criterios de exclusión

- De ambos grupos de estudios los cuestionarios cumplimentados fuera del contexto que se pregunta.

Criterios de pérdida

- Cuestionarios incompletos.
- Cuestionarios en los que no aparecen datos de caracterización como nacionalidad, sexo y edad.

El cuestionario

La encuesta es de elaboración propia, consultando otras de diferentes estudios, elaborando preguntas de fácil comprensión, de respuesta única y con el asesoramiento de otros expertos en el tema, como profesorado y matronas (Anexo 1).

El cuestionario se inicia con tres datos de filiación o caracterización: edad (se indica que contesten con el número de años, sin considerar meses sobrepasados, que tienen en el momento de rellenar el cuestionario), sexo (se indica que respondan como mujer u hombre) y nacionalidad (que indiquen el país de nacimiento). Estos datos serán considerados en el análisis de la información como variables para la interpretación de la misma.

El mismo cuestionario se utiliza con el segundo grupo de estudio.

Posteriormente se inician las preguntas, un total de 17 cuestiones. Las 8 primeras van dirigidas a conocer la idea que tienen sobre la píldora postcoital, (las respuestas que se ofrecen como posibles son Si, No, No sabe).

Las cuestiones 9, 10 y 11 van dirigidas a conocer las fuentes de las que reciben la información (en estas cuestiones se ofrecen las posibilidades que se han considerado más habituales, dejando cada una de ellas abiertas a otras que pueden considerar).

Las preguntas 12, 13 y 14 tienen como finalidad conocer las ideas que han desarrollado sobre la eficacia, efectos y oportunidad de la píldora postcoital (se ofrecen diferentes alternativas y una posible para él no sabe, no contesta).

Con las tres últimas cuestiones, 15, 16 y 17, se pretende conocer la información que tiene la población a estudiar sobre el cómo acceder a la píldora postcoital (las alternativas de respuesta son Si, No, No sabe.)

Procedimiento para la recogida de datos

Iniciamos el Primer Estudio con la intención de valorar el grado de información de los adolescentes en diferentes institutos de la comunidad de Madrid, he seleccionado tres institutos, invitando a los alumnos a participar en el estudio mediante la cumplimentación de un cuestionario, tipo test, de respuesta única, auto

cumplimentado, voluntario y previa explicación previa de las características del proyecto de estudio por parte del profesorado.

Se ha garantizado en todo momento el anonimato, para lo que se indicó expresamente que no se reflejara el nombre del remitente en ningún caso.

Previamente se obtuvo el consentimiento de los tutores de los alumnos implicados.

La recogida de datos se realizó en las aulas de los institutos de la Comunidad de Madrid previamente seleccionados.

La encuesta se distribuyó, cumplimentó y recogió en un único día y en un mismo acto en cada instituto para evitar sesgos al pasarse información de unos adolescentes a otros.

La selección de los institutos de la Comunidad de Madrid se realizó mediante oportunidad y accesibilidad.

El cuestionario se entregó en horas de clase o tutorías con presencia del profesor, previa entrega del mismo se explicó a los alumnos la finalidad de la investigación haciendo hincapié en la confidencialidad, sinceridad, individualidad y anonimato. Para garantizar la intimidad se pidió a los alumnos que se distribuyeran en el aula de manera individual.

Se han recogido un total de 450 encuestas, de las cumplimentadas 19 fueron eliminadas: 9 por corresponder a alumnos fuera de la franja de edad seleccionada, 4 por no indicar variables sociodemográficas de edad, sexo y/o nacionalidad y 6 por contestar menos de un 50% del cuestionario.

En cuanto a las limitaciones del Primer Estudio, es posible que al haber realizado la recogida de datos en institutos existan sesgos en la selección de la población estudiada, tanto por la existencia de diferencias socioeconómicas o culturales, como porque no todos los adolescentes mayores de 16 años están escolarizados.

Para actualizar los datos obtenidos quise compararlo con una nueva encuesta realizada por 80 alumnos de la universidad de la escuela universitaria de enfermería de puerta de hierro, de primer curso y realizando también un Segundo Estudio observacional, descriptivo y transversal.

Todas las preguntas fueron realizadas por Internet a través de Gmail, durante el mes marzo de 2021, siendo enviadas a todos los alumnos de la escuela a través del correo

electrónico, previo envío a cada delegado de cada curso, donde se les informa que es una encuesta anónima, únicamente utilizada para realizar el trabajo de fin de master y que si la encuesta es enviada se está consintiendo que los datos sean utilizados para dicho estudio (consentimiento informado).

Y así conocer el uso y el nivel de conocimiento frente a la anticoncepción de urgencia en años anteriores frente a este.

Población de estudio

▪ Primer Estudio:

INSTITUTOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID	
IES LAS ROZAS I (LAS ROZAS)	188
IES LEONARDO DA VINCI(MAJADAHONDA)	155
IES CLARA CAMPOAMOR (MÓSTOLES)	107
TOTAL EVALUADOS PARA INCLUSIÓN:	450
Excluidos	19
Aleatorizados	431

▪ Segundo Estudio:

UNIVERSIDADES DE LA COMUNIDAD DE MADRID	
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID	80
TOTAL EVALUADOS PARA INCLUSIÓN:	80

Variables socio-demográficas

Edad, sexo y nacionalidad.

Variables de resultados

- Relacionadas con el uso previo de la píldora postcoital (Pregunta 2).

- Relacionadas con la información general acerca de la píldora postcoital (Preguntas 1, 7, 8, 12, 13, 14).
- Relacionadas con el mecanismo de acción de la píldora postcoital. (Preguntas 3, 4, 5, 6).
- Relacionadas con la fuente de información acerca de la píldora postcoital (Preguntas 9, 10, 11).
- Relacionadas con el abastecimiento de la píldora postcoital (Preguntas 15, 16, 17).

Análisis

El análisis descriptivo incluye tablas de frecuencia para las variables categóricas. Los gráficos de barras y de sectores se utilizan para la representación gráfica de los datos.

Todos los alumnos participantes en ambos estudios lo hicieron de forma voluntaria y fueron informados de los objetivos del estudio.

Resultados

La muestra fue recogida en dos fases, la primera para el Primer Estudio en septiembre de 2011 y la segunda para el Segundo Estudio en el 2021: 450 cuestionarios de respuesta única y una muestra “útil” de 431 cuestionarios, más 80 cuestionarios por vía email del segundo grupo de estudio de universitarios.

Los datos han sido recogidos de las encuestas, se representan resultados con gráficos realizados en el programa de Excel y han sido analizados.

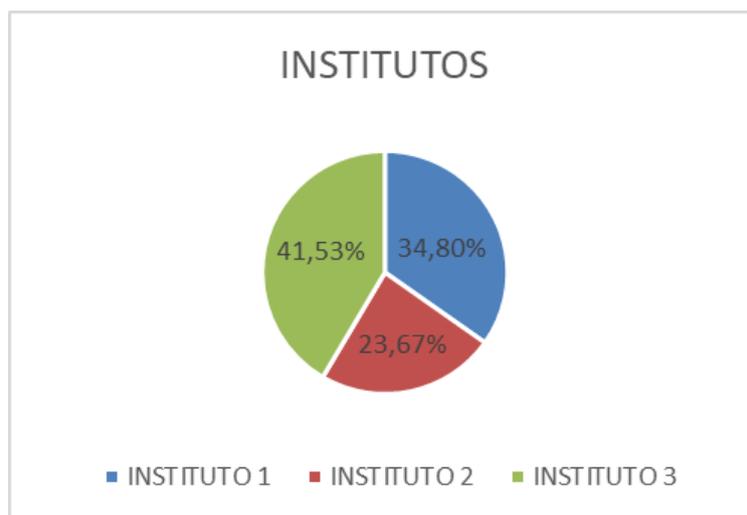
Ámbito de estudio. Institutos y Universidad

La muestra del Primer Estudio se recogió en tres institutos de la Comunidad de Madrid

- El Instituto 1 corresponde al “Leonardo da Vinci” de Majadahonda.
- El Instituto 2 al “Clara Campoamor” de Móstoles
- El Instituto 3 corresponde a “IES Las Rozas 1” de las Rozas.

Los porcentajes aparecen en el gráfico que aparece a continuación.

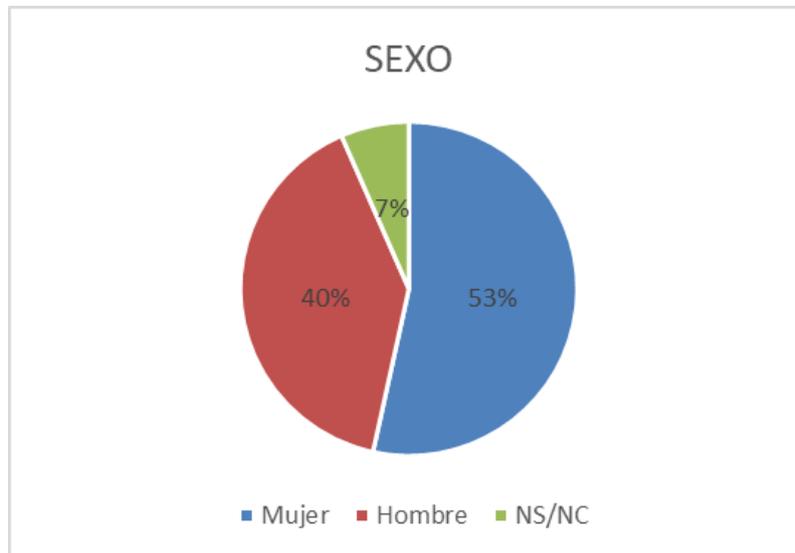
La mayor parte de alumnos pertenecientes al Primer Estudio eran del Instituto de Las Rozas 1.



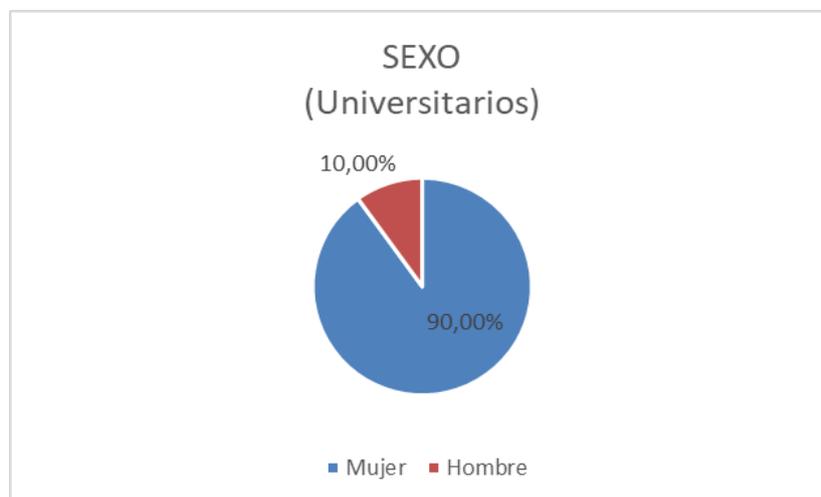
La muestra del Segundo Estudio posterior con los estudiantes universitarios consta de 80 personas, siendo un porcentaje de un 15,65% del total de la muestra de estudio.

Sexo

Se observa un mayor porcentaje de mujeres que responden a los cuestionarios. De los 431 cuestionarios cumplimentados, 234 fueron realizados por mujeres y 197 por hombres. Un pequeño porcentaje (6,50%) optó por la opción de no sabe o no contesta.



En el Segundo Estudio el porcentaje de mujeres es de un 90% respecto a un 10% de hombres.



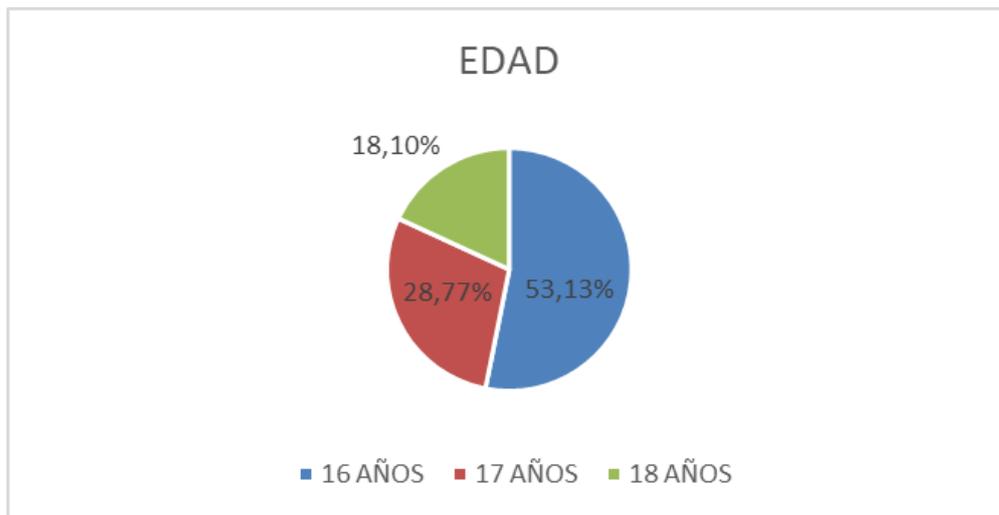
Nacionalidad

Respecto a la nacionalidad de todos los participantes, un 18.10% pone de manifiesto su procedencia de diferentes países (Ecuador, Colombia, Rumania, Marruecos y Perú), dado el pequeño porcentaje y la variedad de países, no se considera hacer una

especificación de los mismos, ya que no resultarían significativas las especificidades según esta variable.

Edad

Siguiendo con las variables de caracterización, el número de alumnos con 16 años es el más numeroso, en relación con los otros dos grupos de estudiantes de 17 y 18 años. Las representaciones de los porcentajes de los estudiantes por edades se pueden observar en el gráfico.



A continuación, se pasa a analizar la información obtenida en relación a la información y conocimiento que tiene la muestra de estudiantes sobre la píldora postcoital, sus indicaciones, efectos y accesibilidad. En este apartado no se sigue la secuencia de las cuestiones en el orden que aparece en la encuesta, sino que se analizan los resultados relacionando las preguntas y respuestas en el orden que se considera se complementa la información aportada por las diferentes cuestiones.

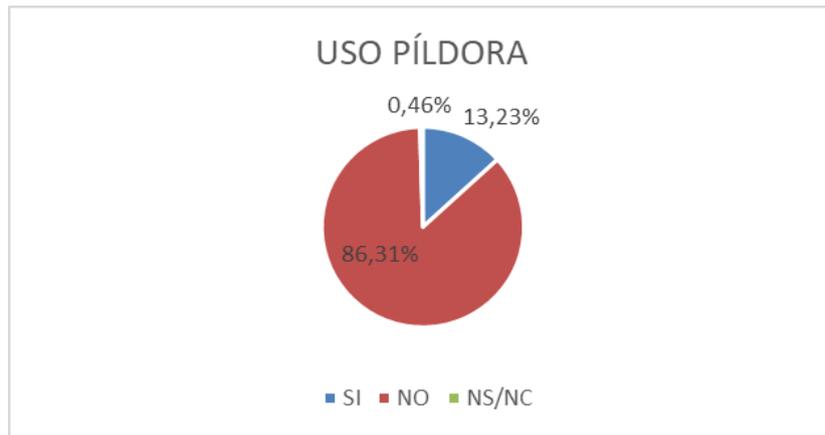
Respecto a la pregunta 1, que hace referencia a si conocen la píldora postcoital o del día después, el 96,75% de los estudiantes de institutos dicen conocer la píldora postcoital o del día después y solo el 3,25% no la conocen.



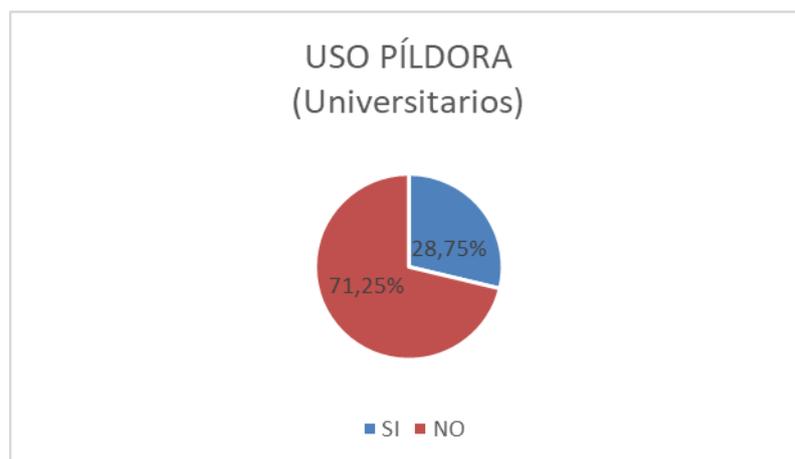
En cuanto al grupo de universitarios del Segundo Estudio el 100% refiere que conoce la píldora.



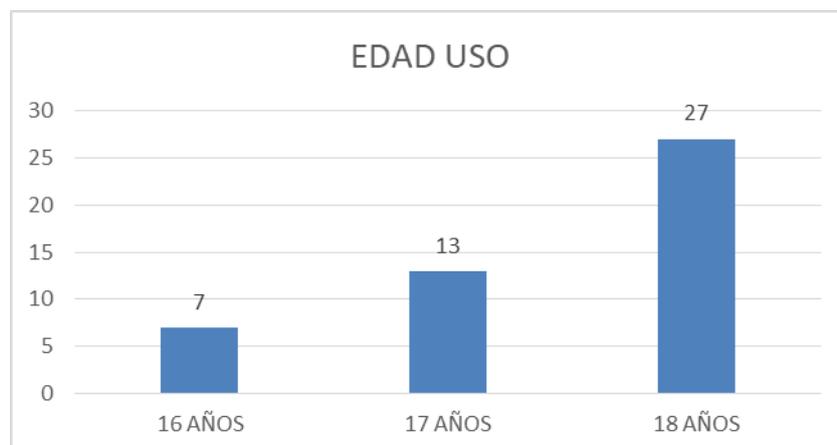
Respecto a la pregunta 2, que hace referencia a si han utilizado alguna vez ellos o sus parejas la píldora del día después, solo el 13,23% de los participantes han usado la píldora postcoital alguna vez, frente a un 86,31% que no la han usado nunca.



En el Segundo Estudio un 28,75% de los alumnos encuestados, manifiestan haber usado al menos en una ocasión la píldora postcoital. Un aumento de personas respecto al número anterior que teníamos anteriormente del 13%, lo que nos hace pensar que se ha podido ver aumentado ya que los últimos encuestados son mayores de edad.



Me parece de interés relacionar esta respuesta con la variable edad.



Se observa un aumento progresivo del uso de la píldora con el aumento de la edad, que se puede relacionar con el aumento en la frecuencia de las relaciones sexuales y por eso el porcentaje es mayor en el último grupo de estudio.

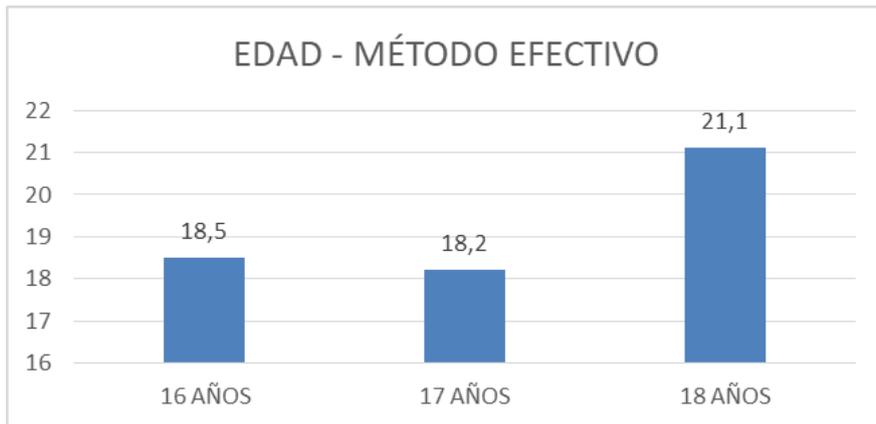
Respecto a la pregunta 3, que hace referencia a si piensan que la píldora postcoital es un método efectivo en la prevención del embarazo tras un coito desprotegido, el 18,56% piensa que la píldora no es un método efectivo en la prevención de embarazos, frente a un 79,81% que piensan que si es un método efectivo.



En cuanto a la muestra de universitarios del Segundo Estudio (todos siendo mayor de edad) un porcentaje de un 88,75% refiere ser un método efectivo.



Al comparar la idea que tienen sobre la efectividad de la medida según la edad, destaca en esta pregunta que son los de 18 años los que responden más con un total de 21,1%, que no es un método efectivo en la prevención del embarazo tras un coito desprotegido, frente a los de 16 años con un 18,5%.



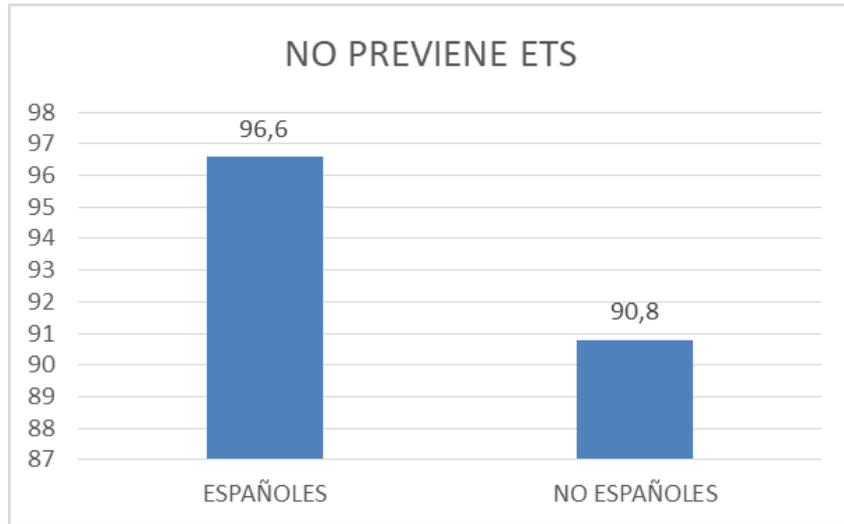
Respecto a la pregunta 4, en la que se pregunta si creen que la píldora postcoital es un método efectivo en la prevención de ETS, el 94,9% responden que no es un método efectivo en la prevención de ETS, frente a un 4,4% que piensan que si es un buen método para prevenir ETS.



De las encuestas realizadas a universitarios únicamente 2 personas, con un porcentaje de un 2,5% refieren que la píldora postcoital es un método efectivo en la prevención de ETS.



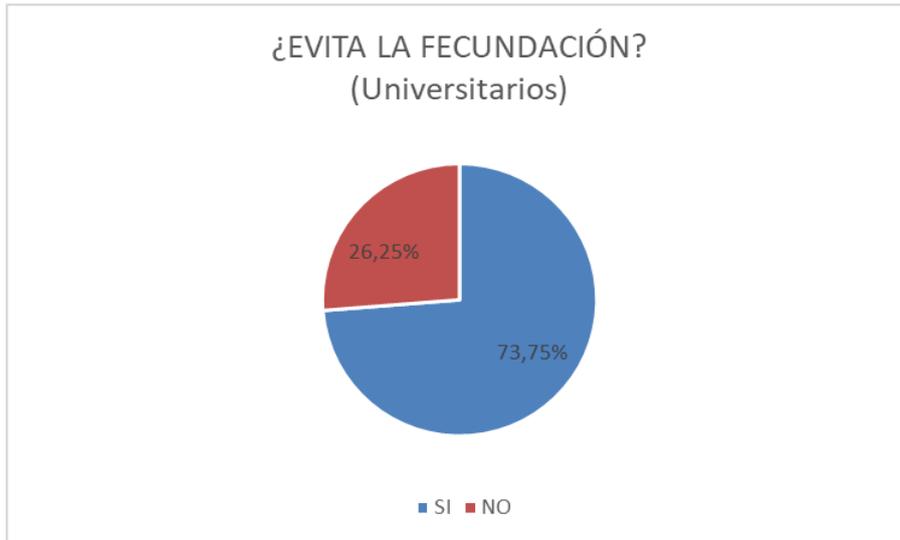
Por otra parte, al comparar la idea de efectividad como método preventivo de ETS según la nacionalidad se observa que el 96,6% de los españoles responden que no es un método efectivo en la prevención de ETS, frente a un 90,8% de los no españoles. Aunque las proporciones ofrecen una diferencia importante no es significativa dado el pequeño porcentaje de estudiantes de procedencia extranjera, como se comentaba anteriormente.



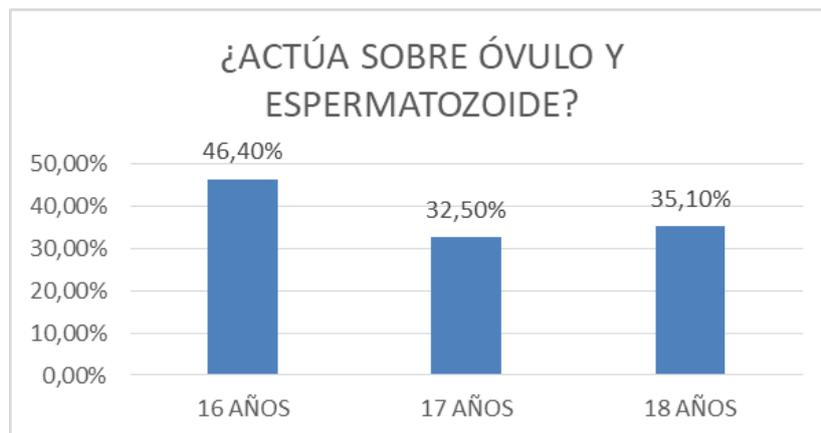
Respecto a la pregunta 5, que hace referencia a la píldora postcoital actúa sobre el óvulo y el espermatozoide evitando la fecundación, el 57,77% responden que la píldora actúa sobre el óvulo y espermatozoide evitando la fecundación, frente a un 39,98% que creen que no actúa sobre el óvulo y el espermatozoide evitando la fecundación.



El grupo estudiado de universitarios refieren con un porcentaje de un 73,75% que si evita la fecundación frente a un 26,25% que opina que no.

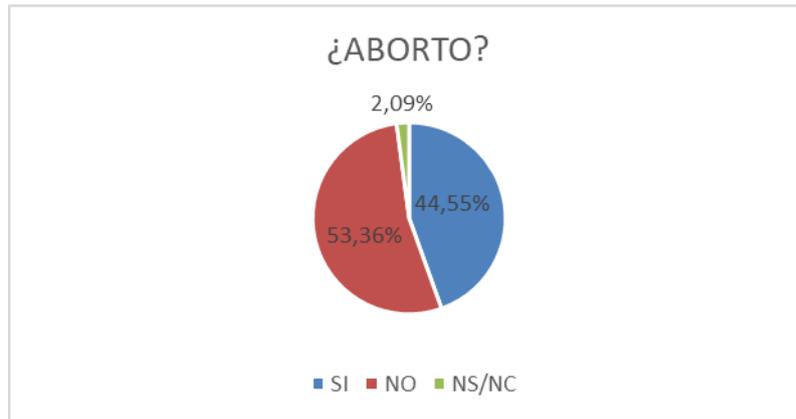


Al valorar las diferencias según la edad en los institutos, vemos que los estudiantes de 16 años, un 46,4% responden que la píldora actúa sobre el óvulo y el espermatozoide evitando la fecundación y a los 18 años, menor porcentaje, el 35,1%.

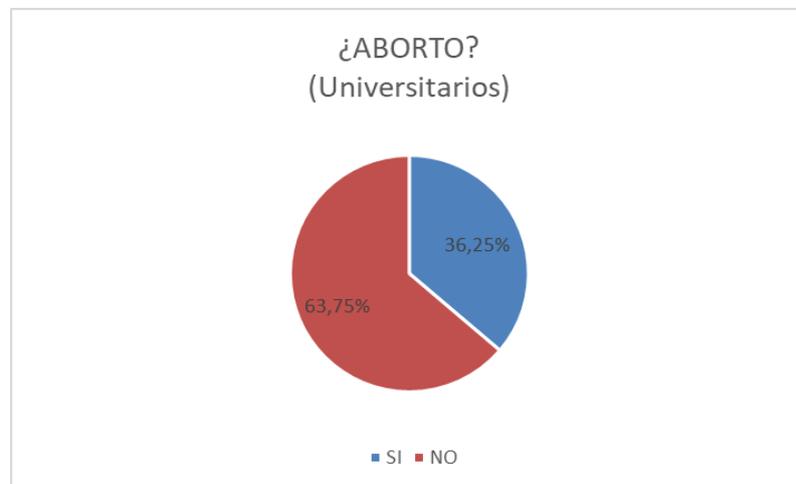


Pero luego vemos que con los estudiantes universitarios, mayores de 18 años, aumenta ese porcentaje.

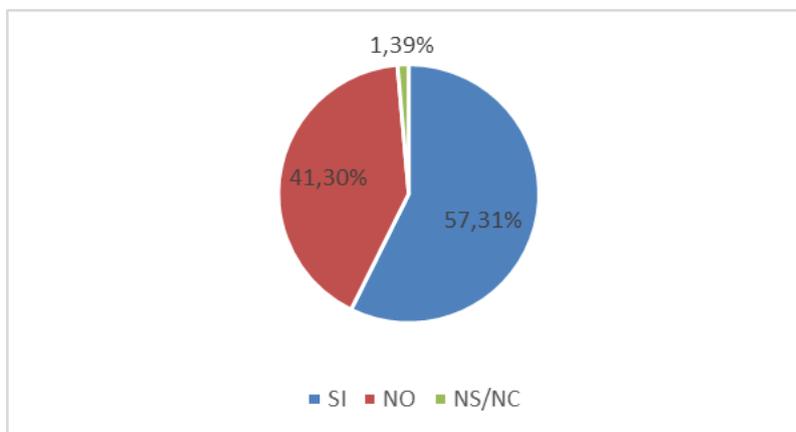
En cuanto a las respuestas a la **pregunta 6**, que hace referencia a si la píldora postcoital actúa provocando el aborto, el 44,55% piensan que la píldora actúa provocando el aborto, frente a un 53,56% que opinan que no provoca el aborto.



En el grupo universitario del Segundo Estudio un porcentaje de un 36,25% continúa pensando que es un método abortivo.

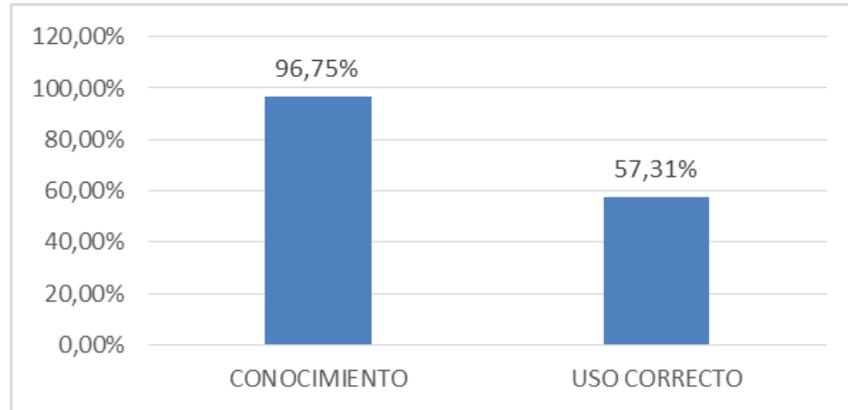


Respecto a la pregunta 7, sobre la manera correcta de utilizar la píldora postcoital, solo el 57,31% la conoce. El 41,3% no saben usarla.

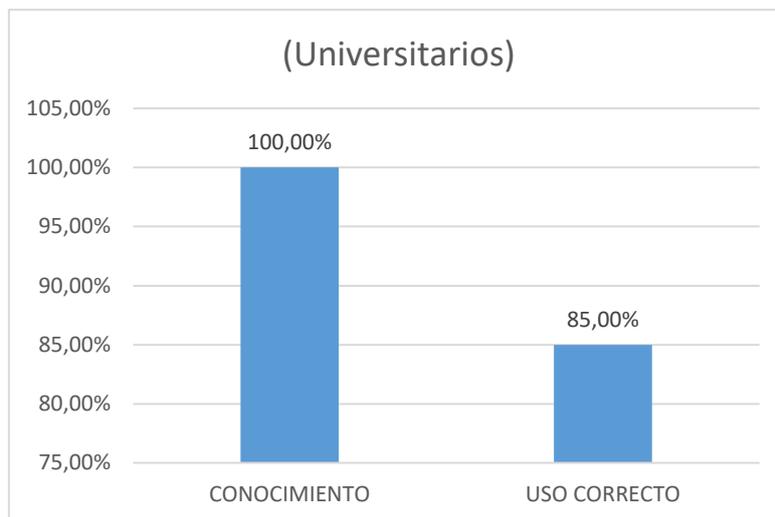


Cuando en la pregunta 7, se profundiza sobre la utilización correcta, solo un 57,31% dicen que saben utilizarla de manera correcta frente a un 41,3% que dicen no saber

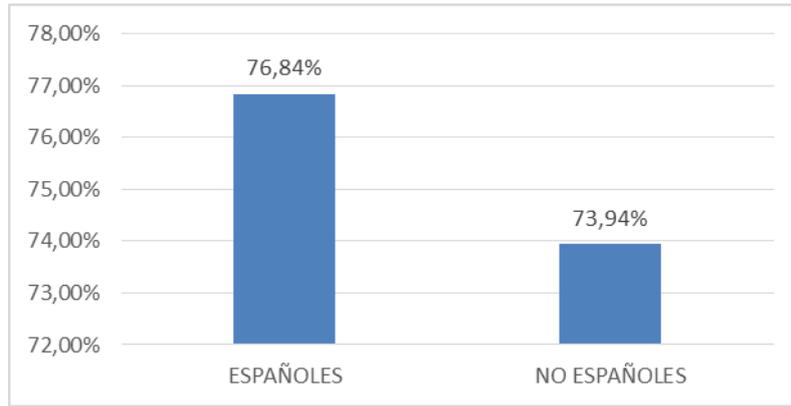
usarla de manera correcta. Es decir, del total del 96,75% que conocen la PAE (en la pregunta 1) solo el 57,31% conoce el uso correcto.



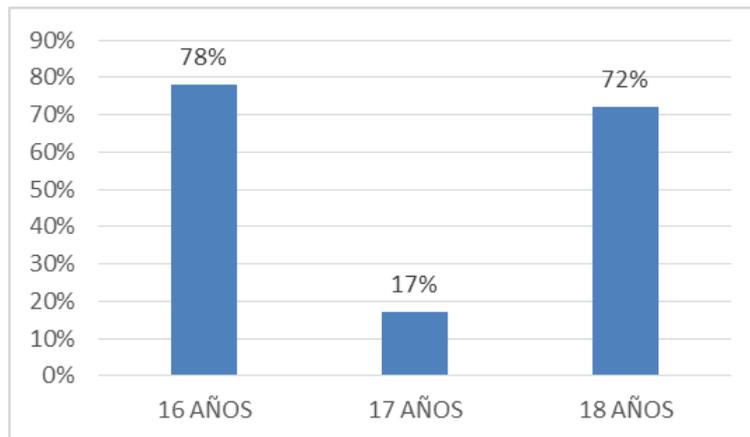
De los universitarios refieren conocer la manera correcta de usar la píldora un 85% frente a un 100% que respondieron en la primera pregunta que conocían la píldora.



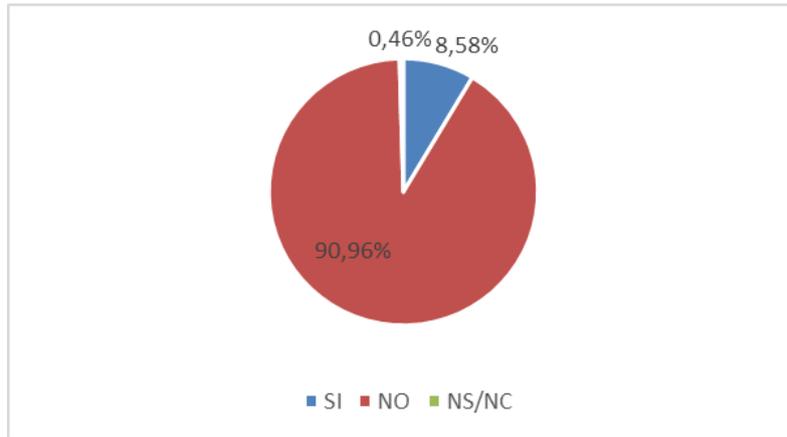
Por otra parte, es importante analizar la pregunta 7 respecto al sexo, nacionalidad y edad. De esta manera vemos que dicen conocer mejor la forma de usar la píldora postcoital las mujeres, españolas de 18 años. Y los que dicen conocer menos el uso de la píldora postcoital son los hombres de los 16 años inmigrantes.



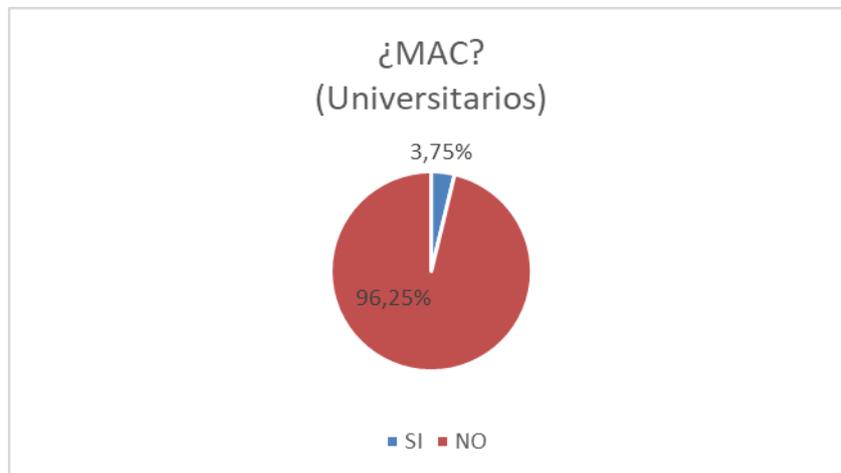
Los siguientes gráficos describen la información global en función de las variables socio-demográficas de edad, sexo y nacionalidad. Se observa que, a diferencia de lo que expresa la pregunta 7, que según los encuestados los que más conocen la píldora postcoital son las mujeres de 18 años y españolas. La información en realidad es ligeramente mayor en los hombres de 16 años y españoles.



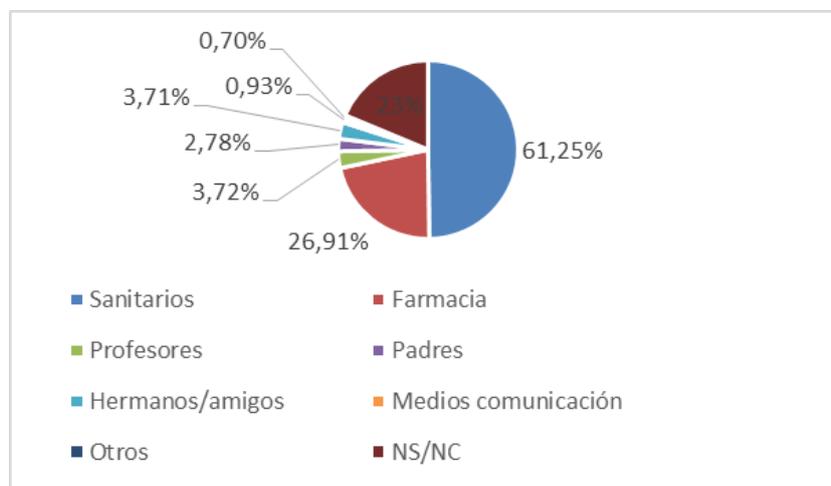
Respecto a la pregunta 8, que hace referencia a si la píldora postcoital se puede usar como Método Anticonceptivo (MAC) habitual, el 90,95% responden que la píldora postcoital no se puede usar como MAC habitual, frente a un 8,58% que responden que si puede ser un MAC habitual.



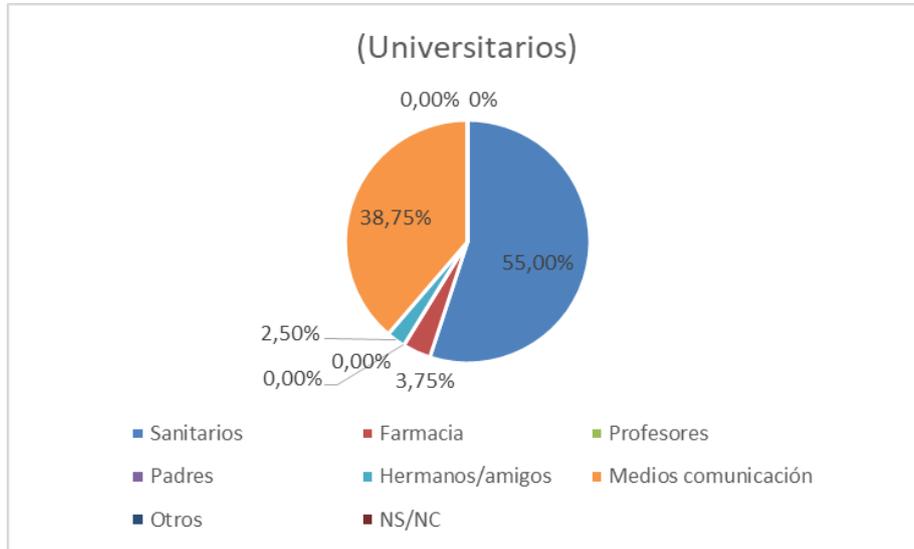
Comparándolo con el grupo ultimo estudiado, un 96,25% refiere no ser un método habitual anticonceptivo.



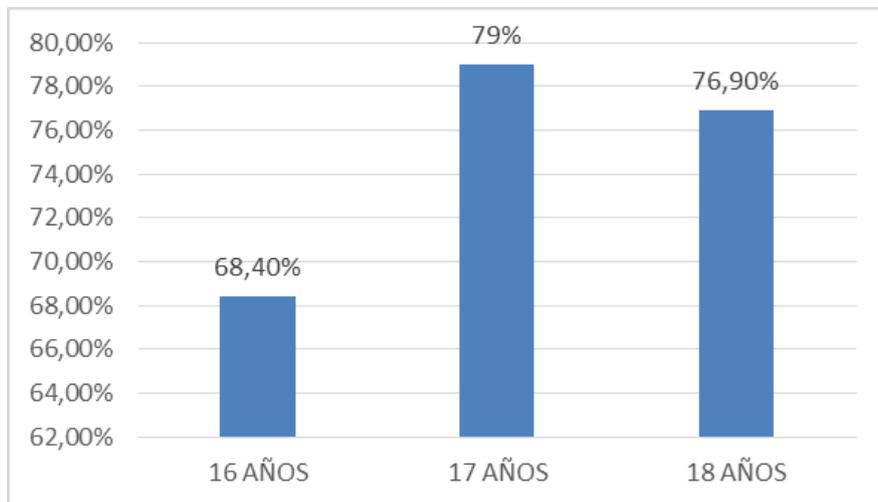
Respecto a la pregunta 9, que hace referencia a dónde acudirían los adolescentes para ser informados, el 61,25% acudirían a los sanitarios para obtener información, seguido de farmacia con 26,91%.



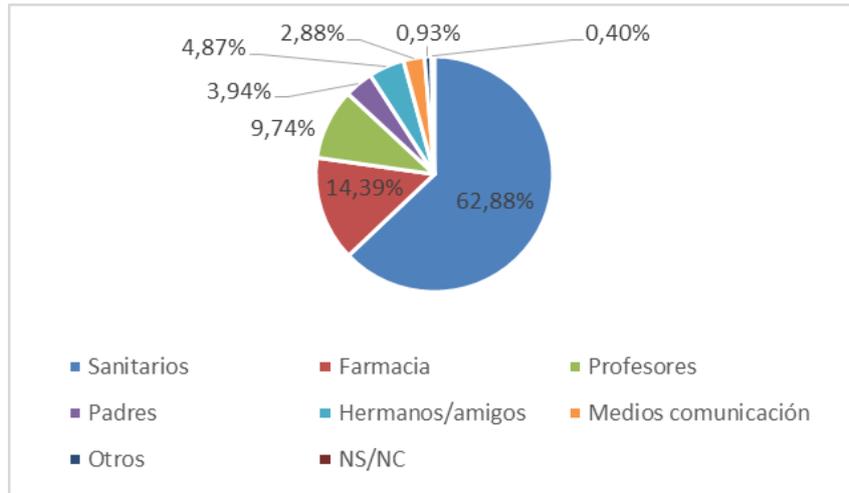
En la muestra de los 80 universitarios, un 55% refiere que acudiría a los sanitarios para recibir información, un 38,75% acudiría a los medios de comunicación, un 3,75% a farmacia y un 2,5% a hermanos o amigos.



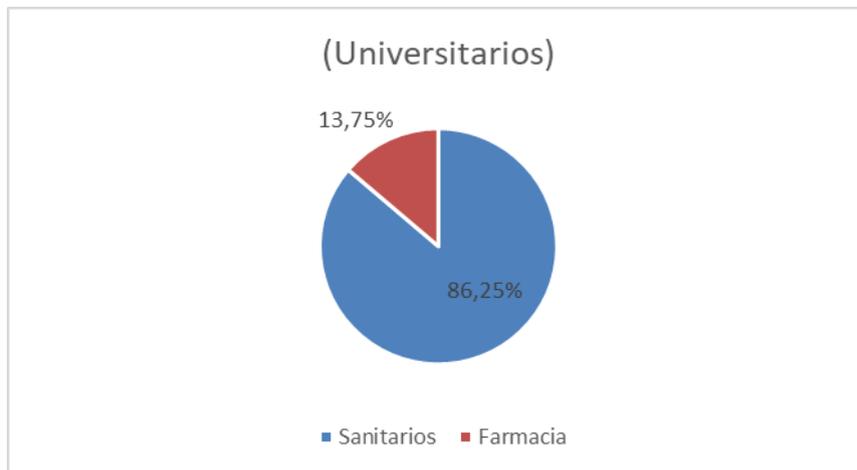
Al relacionar el lugar al que acudirían para recibir información con la edad, destaca que a los 16 años el 68,4% acudirían a los sanitarios y a los 18 años, 76,9% a los sanitarios.



En la pregunta 10, en relación a quién preferirían los adolescentes que les informara para comenzar a usar la píldora postcoital, el 62,88% prefiere ser informado por sanitarios, seguido de la farmacia 14,4%.

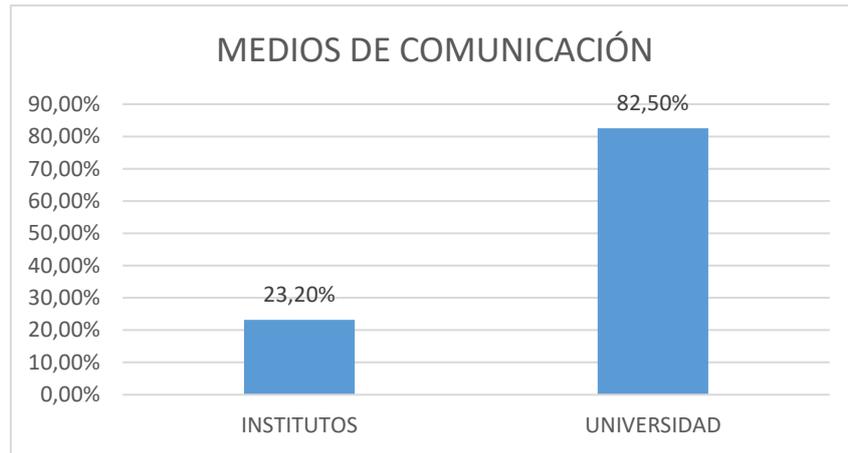


Los universitarios a los que se realizó la encuesta en el Segundo Estudio refieren que preferirían ser informados el 86,25% por sanitarios frente a un 13,75% por la farmacia.

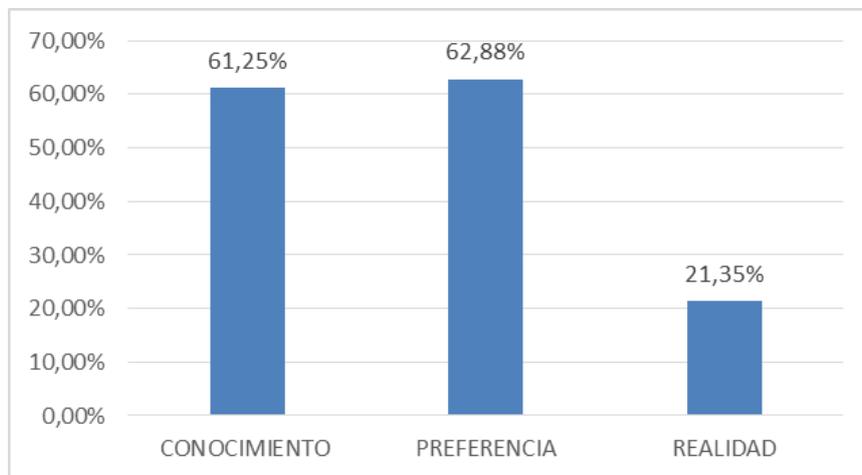


En la pregunta 11, que hace referencia a dónde han obtenido la información acerca de la píldora postcoital en el caso que la tengan, el 23,2% dice haberla obtenido en los medios de comunicación. Solo la ha obtenido de los sanitarios el 21,25%.

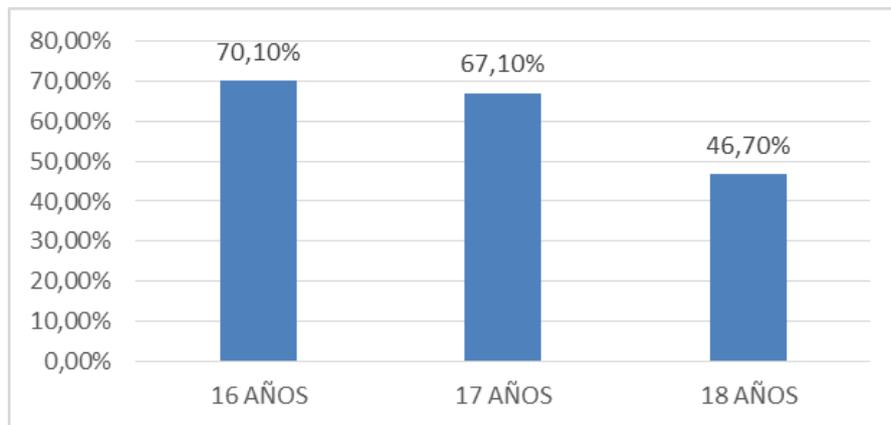
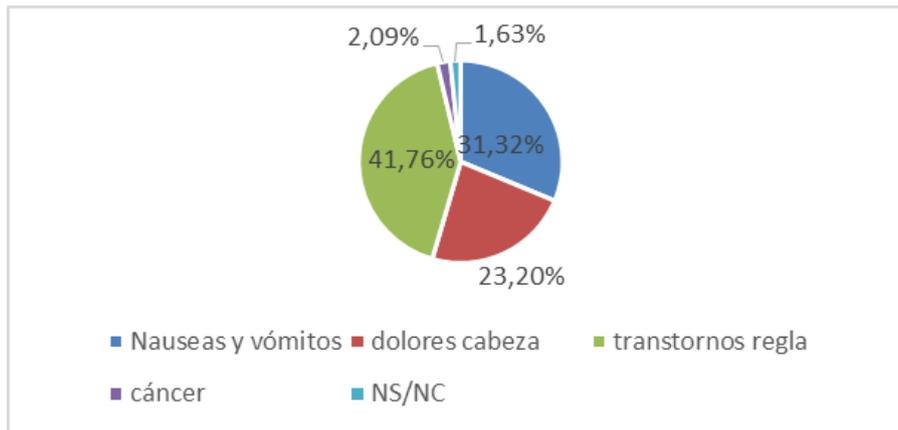
Los universitarios en cambio refieren haber recibido la información en su mayoría de medios de comunicación con un 82,5%, seguidos de sanitarios con un 13,75% y de amigos con un 3,75%.



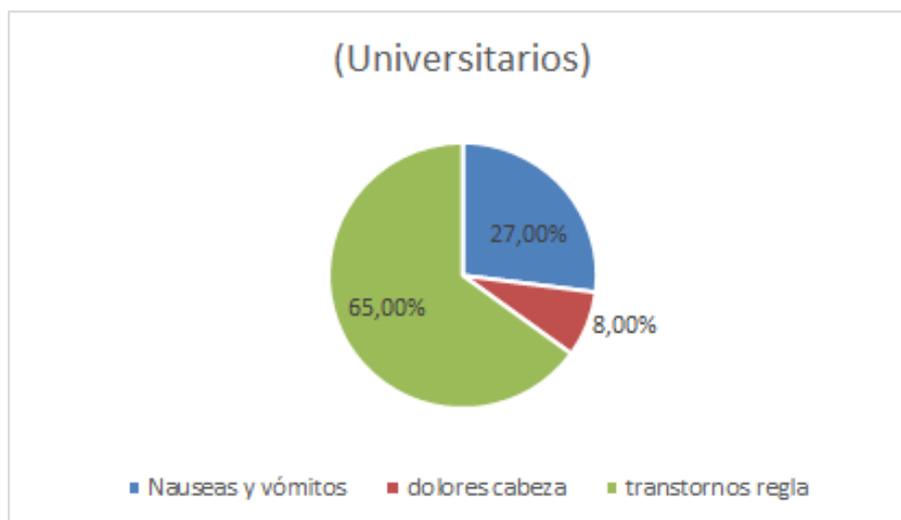
Como hemos visto anteriormente, los adolescentes de 16 años están mejor informados que los de 18 años. He valorado estos datos con la fuente de información en las diferentes edades para ver si los más jóvenes habían recibido información por parte de los sanitarios en mayor proporción que los de 18 años, pero no hay datos estadísticamente significativos, obteniendo que un 23,1% de los adolescentes de 16 años obtuvieron la información de sanitarios, frente a un 27% a los 18 años.



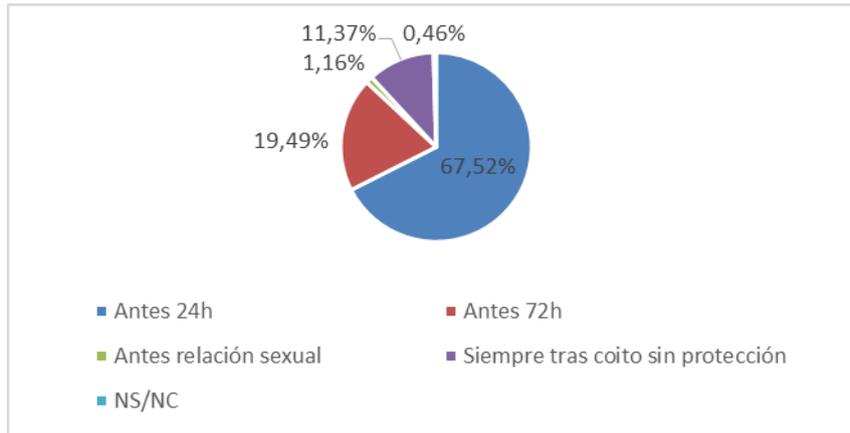
En lo referente a la pregunta 12, que se refiere a si conocen los principales efectos secundarios de la píldora postcoital, el 41,76% conocen que los trastornos de la regla son el principal efecto secundario, por lo que un 58,24% desconocen los principales efectos secundarios. Destaca también que el 70,1% de los de 16 años eligen la opción de trastornos de la regla, frente a un 46,7% de los de 18 años.



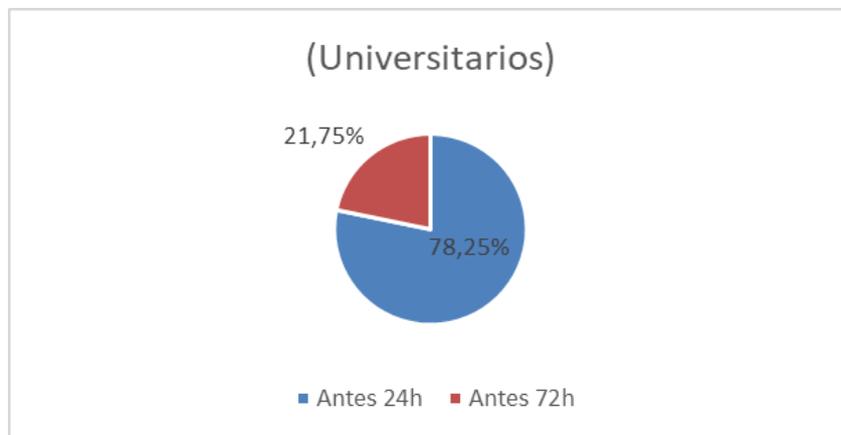
Comparándolo con el último grupo de estudio, los universitarios, un 65% refiere que son los trastornos de regla el principal efecto secundario, un 27% náuseas y un 8% dolores de cabeza.



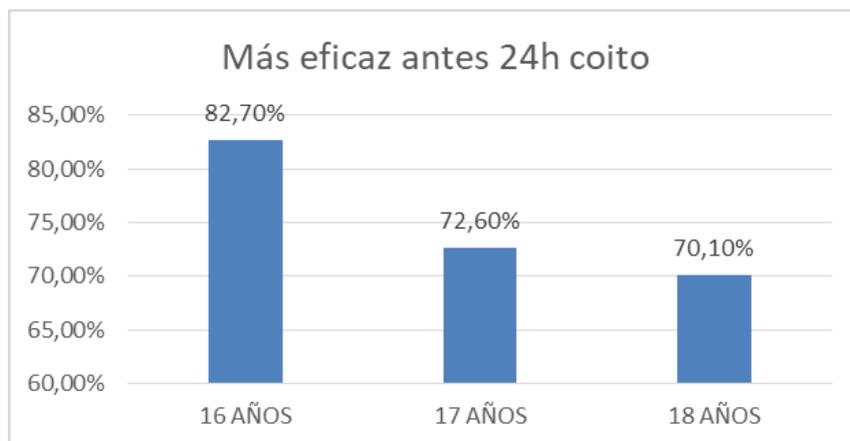
Respecto a la pregunta 13, que hace referencia a cuándo es más eficaz tomar la píldora, el 67,52% saben que es más eficaz tomar la píldora postcoital antes de las 24 horas tras un coito de riesgo. El 20% contestan que antes de las 72 horas.



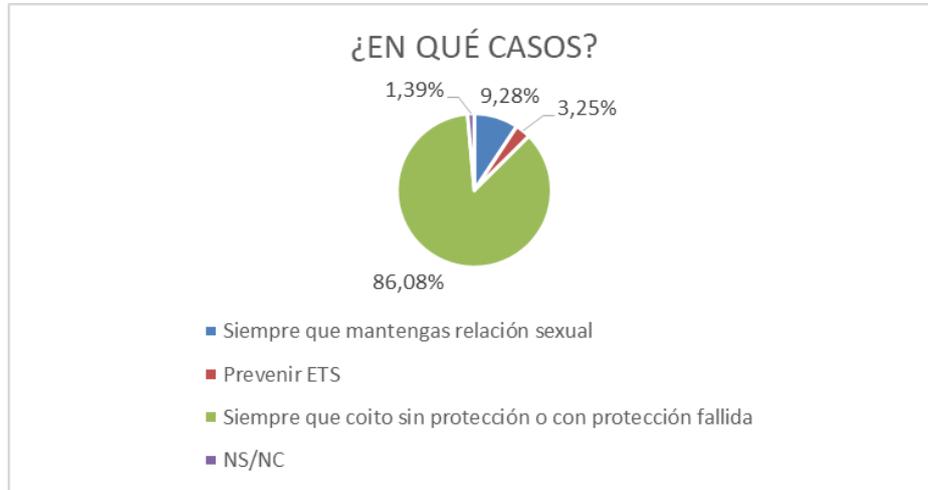
De los estudiantes de enfermería un 78,25% refiere que es más eficaz en las primeras 24 horas y un 21,75% antes de las 72h.



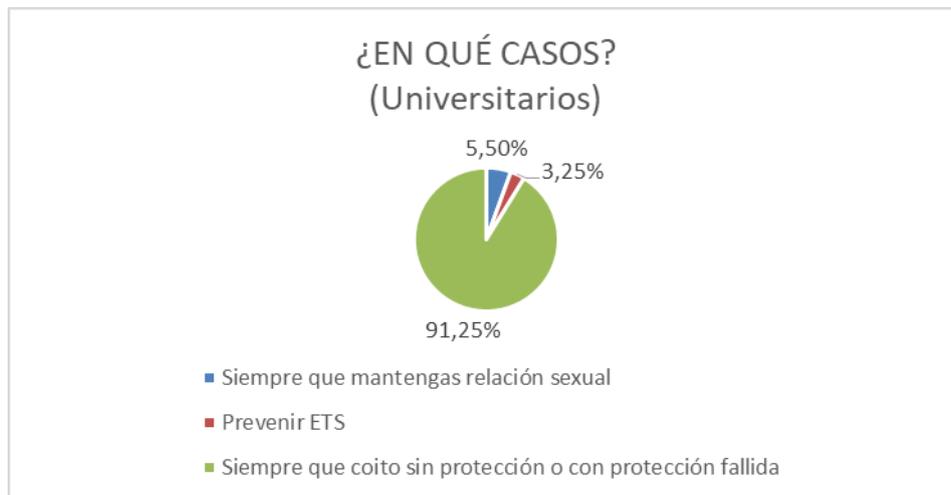
Al disgregar los datos según la edad, encontramos que de los de 16 años contestan que es más eficaz antes de las 24 horas del coito desprotegido el 82,7% y de los 18 años el 70,1%.



Respecto a la pregunta 14, que hace referencia a en qué casos tomarían la píldora postcoital, el 86,08% responde que tomaría la píldora siempre que practicara coito sin protección o con protección fallida. Un 9,28% no sabe responder a la pregunta.



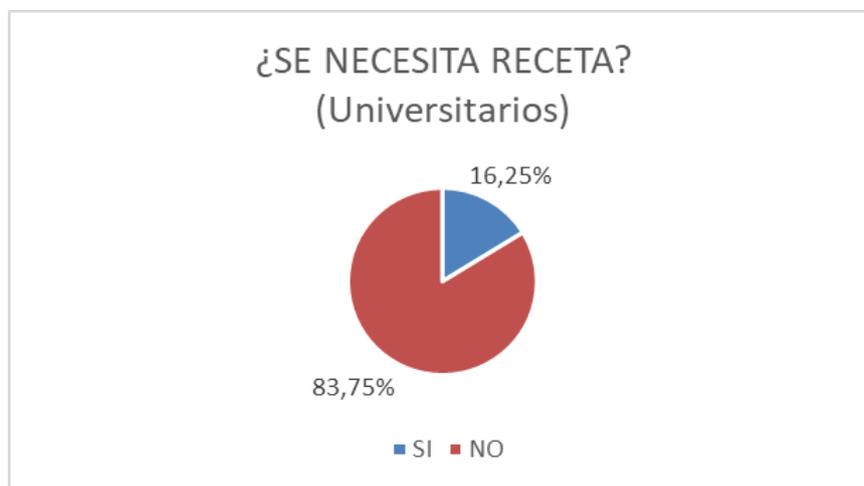
Comparándolo con el último grupo de estudio un 91,25% la tomaría siempre por coito sin protección o protección fallida, un 5,5% siempre que mantenga relaciones sexuales y un 3,25% para prevenir ETS.



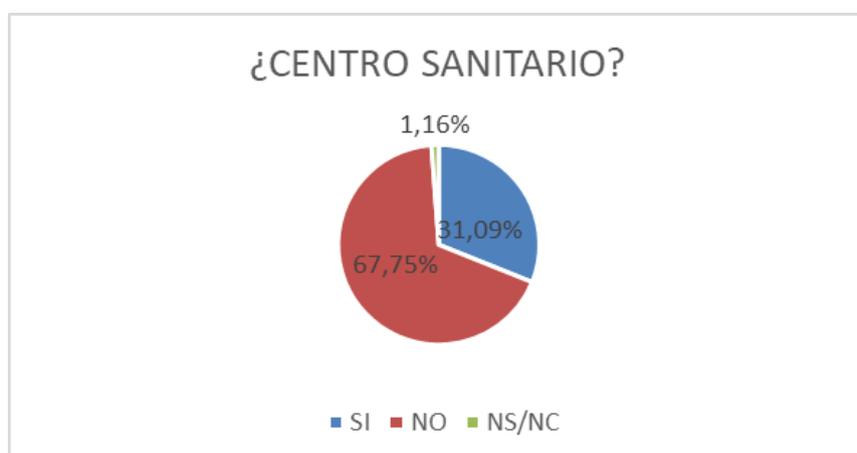
Respecto a la pregunta 15, en relación a si es necesaria la receta para conseguir la píldora, el 22,27% cree que es necesaria receta para conseguir píldora. Por el contrario, el 76,57% considera que no es necesario contar con una receta para adquirir la píldora postcoital.



Un 83,75% de los universitarios opina que no es necesaria receta frente a un 16,25% que opina que sí.

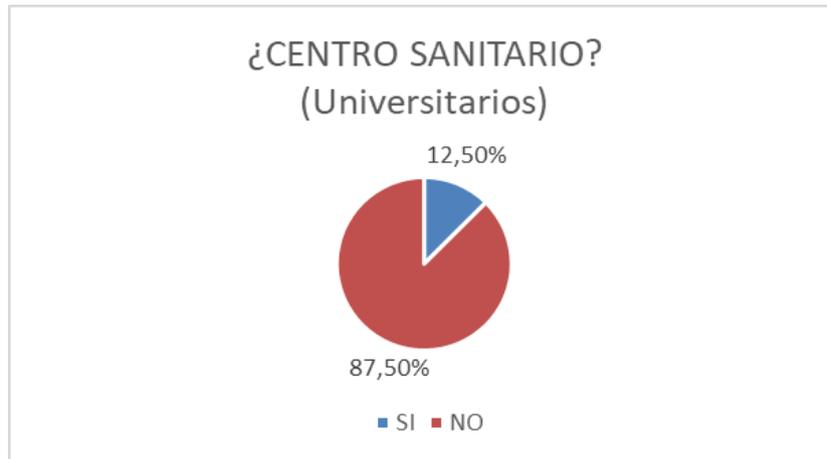


Respecto a la pregunta 16 que hace referencia a si es necesario acudir a un hospital o centro sanitario para conseguir la píldora postcoital, el 31,09% cree que es necesario acudir a alguno de estos centros para conseguir la píldora. Mientras que un 67,75% considera que no es necesario acudir a un centro sanitario.

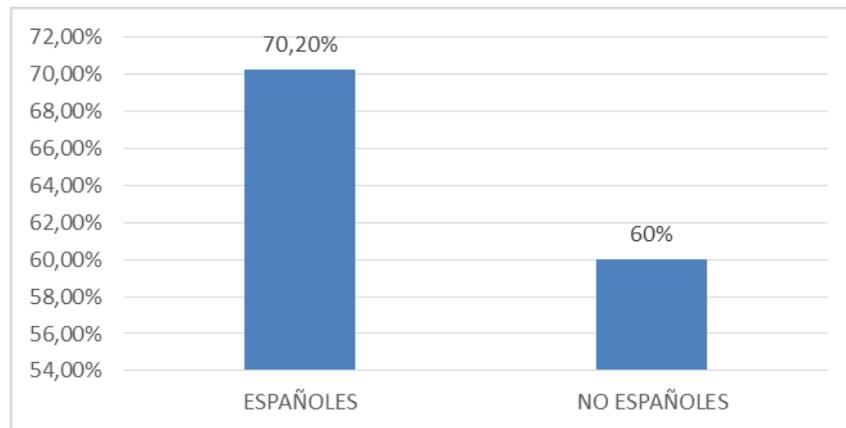


Parece observarse una cierta relación entre quienes no consideran necesaria la receta para adquirir la píldora y quienes no consideran necesario acudir a un centro sanitario para conseguirla.

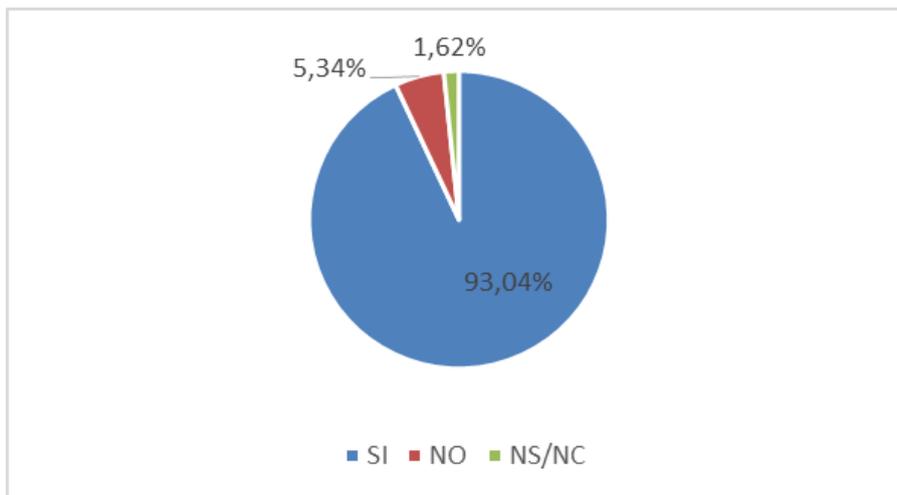
En cambio, los universitarios en el Segundo Estudio opinan que no es necesario acudir a un centro sanitario un 87,5% y un 12,5% que sí.



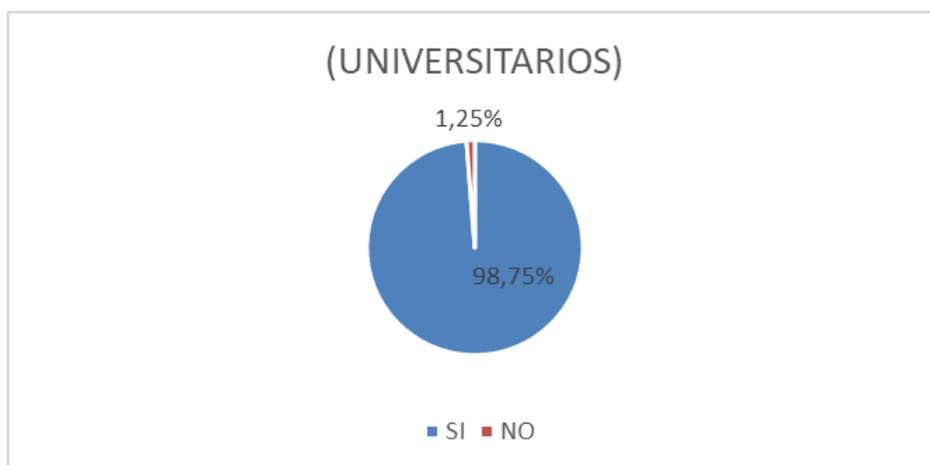
Destaca, por otra parte, que el 70,2% de los españoles responden que no es necesario acudir a estos centros para obtener la píldora postcoital, frente a un 60%, de los no españoles.



Por último, en relación a **la pregunta 17**, respecto a si se puede obtener la píldora postcoital en la farmacia, el 93,04% cree que puede conseguir la píldora en la farmacia.



Los estudiantes de enfermería del Segundo Estudio refiere casi la mayoría, con un 98,75% conocer que la píldora postcoital se puede conseguir en la farmacia.



Discusión

La anticoncepción de urgencia tiene como objetivo la finalización de un embarazo no deseado tras haber mantenido una relación sexual desprotegida o no protegida adecuadamente.

Según Hidalgo, recientemente se han producido modificaciones legislativas en lo que a la dispensación de estos fármacos se refiere. Con anterioridad se adquirían en los centros de salud, servicios de urgencias, centros de planificación familiar y farmacias, pero, siempre con una prescripción médica. Desde el 2009, en todas las comunidades autónomas pueden ser adquiridos sin ningún tipo de prescripción médica, siendo mayor de 16 años. Esto permite una mayor accesibilidad a estos tratamientos. ⁽⁴⁾

Uno de los objetivos de este trabajo, es investigar si se hace un uso racional de los medicamentos entre los adolescentes, centrándonos en la píldora postcoital o píldora anticonceptiva de urgencia, un medicamento cuyo uso se da mayoritariamente entre la población joven y valorar el grado de conocimiento de los alumnos sobre los métodos anticonceptivos de urgencia.

Con este trabajo se ha querido recoger el grado de información de los adolescentes con edades comprendidas entre los 16 y 18 años en institutos y universitarios en su primer año mayores de edad, población sexualmente activa en un 66% y en la que se ha visto una mayor carencia de información, así mismo la AU es utilizada mayoritariamente por mujeres entre 16 y 24 años, este hecho está a favor del objetivo de la AU, que es disminuir los IVEs sobre todo en esta población. ⁽¹⁶⁾ Resulta novedoso y necesario saber en qué medida nuestros adolescentes conocen la nueva realidad social de la anticoncepción de emergencia.

Parece lógico que los adolescentes con 16 años la hayan utilizado menos veces que los de 18 años, sin embargo, los de 18 años que se encuentran en los institutos demuestran tener menos conocimientos que los de 16 años en cuestiones tan importantes como: efectividad de la píldora tras coito desprotegido, efectos secundarios, y momento de máxima eficacia de ingesta postcoital. No se sabe a qué puede deberse esto, ya que en

la Comunidad de Madrid por el momento no existe ningún programa reglado de formación en educación sexual que pueda haberse ofertado.

A las preguntas que hacen referencia al mecanismo de acción de la AU, en algunos casos como la efectividad de la AU respecto a la prevención del embarazo, preocupa el hecho de que un 20% de la primera muestra del Primer Estudio y un 11% de los universitarios piensen que no es un método efectivo. (Pregunta 3)

Respecto a las ETS los adolescentes parecen tenerlo bastante claro, un 94,9% de los estudiantes de instituto y un 97,5% de los universitarios respondió que no es un método efectivo en la prevención de las ETS. Sin embargo, creemos que es preocupante el hecho de que del 5,1% restante, y un 2,5% respectivamente, piensen que es un método efectivo en la prevención de ETS (Pregunta 4).

Igual de preocupante es que haya un 44,6% del Primer Estudio y un 36,25% del segundo que piensa que la píldora postcoital actúa provocando el aborto. La intercepción postcoital no es un método abortivo, por tanto, no hay que entrar en la confusión de considerarla como tal. El aborto es la interrupción del proceso de desarrollo embrionario, que se inicia al concluir la fase de implantación del blastocito (día 14).

La fase de implantación transcurre entre los días 7 a 14 después de la fecundación. Por su mecanismo de acción, la píldora es anticonceptiva, según señalan todas las entidades científicas autorizadas por el tema, y de urgencia, porque no es para usarla como anticonceptivo regular sino cuando falla ese anticonceptivo o se mantienen, por diversas causas, relacionadas sin protección. Entre otras cosas, porque su eficacia (85%) es menor que la de los otros métodos anticonceptivos de uso regular. (Pregunta 6).⁽¹⁷⁾

Los resultados muestran que el 96,75% que dice conocer la píldora, solo el 57,31% tiene conocimiento de la manera correcta de utilizarla. Y que la conocen más los españoles con un 98% que los no españoles con un 91% (se ha de tener en cuenta que el 18,1% de la población a estudio es inmigrante). (Pregunta 7)

En el año 2006 en la Comunidad de Madrid, el 55% de las mujeres que abortaron había nacido fuera de España y hay que tener además en cuenta que el 20,4% de las mujeres en edad fértil que residen actualmente en la Comunidad de Madrid son extranjeras. A esto habría que añadir la barrera idiomática tan importante que existe en muchos casos

y sobretodo en los primeros años de residencia, y la escasez de recursos económicos en gran parte de este colectivo puede agravar su situación y acceso, en muchos casos por desconocimiento, a los servicios de salud, tanto para sí mismas como para sus hijas. ⁽¹⁾

No se puede concluir en sí que la inmigración como factor socio-demográfico influya tanto en el grado de información que demuestran tener los encuestados, como en el que ellos dicen tener. Así de forma general demuestran tener menores conocimientos en la materia los no españoles y cuando se les ha preguntado si conocen la manera correcta de usar la píldora, mientras el 60,10 % de españoles dice que sí, solo el 49,40% de no españoles lo afirma. El 18,1% de participantes son de nacionalidad no española y dentro de este grupo, las nacionalidades más prevalentes eran sudamericanos y marroquíes. Es evidente que estos grupos tienen singularidades culturales propias que se han de tener en cuenta para poder ofrecer una educación sexual eficaz. Esto concuerda con la importancia del factor explicativo de las tasas de crecimiento de IVEs en España en los últimos años, en particular, en el caso de menores de 25 años inmigrantes. ⁽³⁾

Resulta curioso y cuanto menos paradójico que, aunque la práctica totalidad de encuestados dice conocer la píldora, aproximadamente solo la mitad afirma conocer la manera correcta de utilizarla. A pesar de que las mujeres dicen conocer más la manera correcta de utilizar la AU, en el estudio se evidencia que el nivel de conocimientos generales entre hombres y mujeres es equiparable. Por tanto, no se demuestra la hipótesis de la variable sexo como condicionante en el grado de información.

EL 86,06% de los estudiantes de institutos y un 91,25% de los estudiantes de enfermería responde que tomaría la píldora siempre que practicara coito sin protección o con protección fallida. Por tanto un 14% o un 8,75% del segundo grupo no tomaría esa medida, lo que indica que no debemos dejar de transmitirles que la píldora postcoital es el método más eficaz para evitar embarazo, que es seguro, de fácil acceso y que ha de tomar cuanto antes para que tenga la máxima eficacia, ya que transcurridas las 72 horas, se reduce hasta alrededor del 50%. Si el embarazo ya se ha producido, su efecto es nulo.

⁽¹⁾ (Pregunta 14)

Respecto a las preguntas que quizás sean más novedosas sean las referentes al abastecimiento y la obtención de la píldora postcoital por los jóvenes, se objetiva que

existe conocimiento de la existencia de la AU pero que no son todos los que conocen el uso correcto de esta. Nada sorprendente si tenemos en cuenta que aparte de noticias puntuales publicadas en periódicos y en los informáticos (medios de comunicación de uso tal vez poco habitual en los adolescentes), no se han encontrado campaña, carteles o anuncios publicitarios con fuerza suficiente comparado con otras campañas realizadas en España como, por ejemplo: el uso del preservativo, programa de detección precoz del cáncer de cervix, prevención de la Gripe A, drogadicción, etc.

También es llamativo que un 23,4% de estudiantes encuestados del Primer Estudio y un 16,25% del Segundo Estudio todavía cree que es necesaria receta para conseguir la píldora.

El 96% del Primer Estudio o el 98,75% del Segundo Estudio de estudiantes encuestados cree que podría conseguirla en la farmacia.

Si bien este último resultado parece bastante alentador, quizás el planteamiento de la pregunta no haya sido adecuado, condicionando así la respuesta. Debería especificarse si sería necesario aportar la receta o no. Habría que tenerlo en cuenta si más adelante se realizan nuevos estudios al respecto.

Quizás el problema radique en que la política de libre dispensación de la píldora no fuera acompañada en su momento de una campaña o estrategia informativa y de concienciación a los jóvenes lo suficientemente importante o efectiva, y de ahí que cuestionario.

Los datos obtenidos en el estudio en cuanto a la fuente de conocimiento revelan que solo el 21,25% del Primer Estudio y del 17,5% del Segundo Estudio manifiestan haber recibido la información por parte del personal sanitario.

Existe mucha controversia en si los últimos cambios legislativos referentes a la obligación de dispensar la píldora anticonceptiva bajo prescripción médica podrían fomentar una mayor accesibilidad al tratamiento o conducir a un abuso de su utilización. No disponemos de datos que confirmen esas hipótesis, pero como se ha visto en otros estudios, la mayoría de nuestros alumnos han adquirido la píldora anticonceptiva de urgencia en una farmacia sin prescripción médica.

Está demostrado que los jóvenes no se sienten cómodos hablando de estos temas con los profesionales y a menor edad, más vergüenza tienen para establecer contacto y como muestran el nuestro y otros estudios siguen haciendo más caso a sus amigos que a sus mayores y cada vez hay mayor acceso a internet para solucionar dudas e inquietudes por lo que los adolescentes no acuden a sanitarios tanto como deberían y muchas veces el riesgo de internet es que hay demasiada información y en ocasiones errónea.

Desde la profesión enfermera, se mantiene un contacto muy significativo con las personas que se atienden, por lo que adquiere sentido el que se lleve a cabo una formación en los jóvenes, que les haga ser conscientes de la importancia que tienen los anticonceptivos de urgencia, enseñándoles a hacer un uso correcto de ellos.

Formación que debería empezar desde la escuela, con "charlas" en los centros educativos, donde no se les informe solo de anticonceptivos habituales, como es el preservativo, sino que se le enseñe a cómo actuar de una manera correcta cuando ese preservativo se ha roto o no ha funcionado. De hecho, según nuestros datos, los alumnos creen que deberían recibir mayor información sobre el tema, algo que nos muestra, que pese al desconocimiento sobre el medicamento y la posibilidad de adquirirlo sin preinscripción, todavía existe una cierta responsabilidad en torno a este ámbito.

Los cambios más llamativos comparando el Primer y Segundo Estudio, podría ser referente a la obtención de la información, en el Primer Estudio de alumnos en institutos, los medios de comunicación aparecen como la principal fuente de información sobre la anticoncepción con un 23,2 % por delante de los profesores y personal sanitario; de estos últimos, solo el 21,25%, en cambio en el grupo de estudiantes de enfermería y pasado un tiempo después del Primer Estudio existe un porcentaje de un 82,5% que refiere que la información acerca de la píldora postcoital la ha obtenido en los medios de comunicación, seguramente veamos este aumento debido al avance de las tecnologías y de internet en nuestros móviles y el aumento de su uso.

Por este motivo la información que manejan los adolescentes suele ser superficial, basada fundamentalmente en conversaciones con sus amigos y medios de

comunicación vía internet. Estas fuentes transmiten experiencias, prescriben modelos de comportamiento y transmiten y consolidan creencias acertadas o erróneas.

Estos resultados chocan con el alto porcentaje de adolescentes 61,25% (institutos) o un 55% (universitarios) del que, por un lado, dice que acudiría a los sanitarios para obtener la información y un 62,88% del primer grupo y un 86,25% del segundo que preferiría asimismo ser informados por sanitarios.

En algunos casos el personal sanitario colabora con los centros educativos impartiendo charlas sobre estos temas, la orientación suele ser la predominante anatómico-biológica y, además, este tipo de actividades puntuales se perciben como insuficientes y de efectividad limitada. Sabemos que este colectivo no suele acudir a nuestras consultas muy a menudo, pero parece que tampoco desde el sistema sanitario se está haciendo lo suficiente para facilitar su acceso. ⁽¹⁸⁾

Es posible que antes de liberalizar el acceso a la píldora, el hecho de tener que ir a por la receta, facilitase el contacto del adolescente con el facultativo y demás personal sanitario del centro de Planificación familiar o Centro de Atención primaria o Urgencias del Hospital. Esto facilitaba la captación y seguimiento del afectado, pero ocurría una vez que se había roto el preservativo o no se habían tomado medidas, dejando de ser por lo tanto una estrategia de prevención primaria, que es la que pienso que debería desplegarse.

En el medio familiar, la sexualidad es uno de los temas menos hablados. En el mejor de los casos solo se hace para recordar el uso del preservativo, sin proporcionar más información y sin tomar un papel más activo y educativo en la vivencia de la sexualidad. ⁽¹⁹⁾ Esto puede justificar el plantear intervenciones con las madres y los padres, con el fin de sensibilizarles e informarles para que el proceso de culturización en este tema se aborde y fomente en el ámbito de la familia, donde se adquieren buena parte de los valores que rigen la conducta.

Además, parece existir un esfuerzo insuficiente por parte de los medios de comunicación en el control de la información publicitaria y campañas sanitarias.

Por todo ello se considera la necesidad de mejorar la información sobre sexualidad y reproducción, teniendo en cuenta llevarlo a cabo a través de un enfoque de género y

multiculturalidad para evitar las inequidades. Hablar más de cómo vivir lo afectivo sexual de un modo diverso, complejo, responsable y placentero y no limitarse a hablar de riesgos y de evitar problemas.

Y desde mi punto de vista sería conveniente reforzar el papel de la enfermera como agente sanitario mejor cualificado para impartir educación para la salud sexual y reproductiva a los ciudadanos.

A pesar de que los cambios deben ser en todos los campos familia, escuela, políticos, sanidad etc., el rol del profesional Enfermero es clave en el papel de la Educación para la Salud (EPS), si realizamos intervenciones sobre la sexualidad, los adolescentes no tendrán conocimientos deficientes, su actitud será más responsable y sus conductas serán más saludables.

La EPS es una herramienta que forma parte del pilar fundamental de la salud sexual en los adolescentes, siendo capaz de contribuir a cambios en las actitudes, las habilidades y comportamientos.

La utilización de encuestas y la valoración de datos acerca de los índices de IVE o ETS nos servirán para evaluar la eficacia de nuestras intervenciones.

El desarrollo de la personalidad de las personas se forma a medida que crecemos. Es importante ayudar a los adolescentes a que tengan conductas sexuales saludables, para ello, han de tomar decisiones responsables y necesitan nuestra ayuda. La educación es un derecho del adolescente y el Profesional Sanitario tiene el instrumento para desarrollar la prevención y fomentar la promoción de la salud.

Efectos de la intervención educativa para la prevención del embarazo en la adolescencia.

(24)



Conclusiones

Como objetivo general de mi trabajo tenía el identificar la información que tiene los adolescentes sobre la anticoncepción de urgencia en diferentes institutos y la información que tiene los estudiantes universitarios e identificar la evolución experimentada, comprobando que existe un elevado grado de desinformación sobre la AU en los adolescentes.

Otro objetivo era identificar aquellos conocimientos deficientes sobre la sexualidad de los adolescentes e identificar los factores que influyen en las diferentes concepciones. En el estudio se refleja que existe un buen conocimiento en la relación ETS y uso de la AU, sin embargo, creemos que se debe seguir incidiendo en este aspecto ya que en otras fuentes de información consultadas los resultados obtenidos son distintos y se observa un aumento de la incidencia de estas enfermedades.

Consideramos tener en cuenta las diferencias culturales, las dificultades lingüísticas para facilitar el acceso a la AU e informar a la población en general, con mayor hincapié en la población inmigrante. A pesar de la escasa representación en nuestra muestra, parece ser un grupo más desconocedor a su vez de la AU.

La figura encargada de formar y asesorar a los adolescentes tal y como ellos manifiestan preferir es el personal sanitario, quizás por ser un tipo de profesional al que se considera más cualificado en esta área y con el que se establecen relaciones más esporádicas que con el profesorado. Así, la figura de la enfermera en atención primaria, en cuyas competencias queda incluida la salud sexual y reproductiva de la mujer en todas las etapas de su vida, podría ser el profesional más indicado.

Consideramos necesario ofrecer información adecuada y objetiva sobre el aborto y su desvinculación con el uso de la píldora postcoital; es posible que con ello se resuelvan los conflictos que los jóvenes demuestran tener en este aspecto.

Planteamos la necesidad de elaborar una estrategia de formación a los adolescentes a nivel nacional, así como la realización de campañas sociales para eliminar las inequidades de acceso e información en las distintas comunidades del país. Para ello habría que acordar estrategias y establecer alianzas entre las organizaciones de la

sociedad civil, (estudiantes, padres, madres y profesorado), los proveedores/as de salud y clase política, especialmente los responsables de los sistemas educativos y de salud.

Anexo 1- CUESTIONARIO DE LA PÍLDORA POSTCOITAL

Datos de filiación: Edad: Sexo: Nacionalidad:

(Marcar solo una opción en cada pregunta)

1. ¿Conoces la píldora postcoital o píldora del día después?

a) Si b) No c) No sabe – No contesta

2. ¿Has utilizado alguna vez tú o tu pareja la píldora postcoital?

a) Si b) No c) No sabe – No contesta

3. ¿Piensas que la píldora postcoital es un método efectivo en la prevención del embarazo tras un coito desprotegido?

a) Si b) No c) No sabe – No contesta

4. ¿Crees que la píldora postcoital es un método efectivo en la prevención de enfermedades de transmisión sexual?

a) Si b) No c) No sabe – No contesta

5. ¿Piensas que la píldora postcoital actúa sobre el óvulo o espermatozoide evitando la fecundación?

a) Si b) No c) No sabe – No contesta

6. ¿Piensas que la píldora postcoital actúa provocando el aborto?

a) Si b) No c) No sabe – No contesta

7. ¿Conoces la manera correcta de usar la píldora postcoital?

a) Si b) No c) No sabe – No contesta

8. ¿Consideras que la píldora postcoital se puede utilizar como método anticonceptivo habitual?

a) Si b) No c) No sabe – No contesta

9. ¿Dónde acudirías para obtener información sobre la píldora postcoital para empezar a utilizarla?

16.¿Crees que es necesario acudir a un hospital o centro sanitario para conseguir la píldora postcoital?

a) Si b) No

17.¿Crees que puedes conseguir la píldora postcoital en la farmacia?

a) Si b) No

Bibliografía

1. Portalatín B. Jóvenes desinformados: Una de cada cinco jóvenes españolas no utiliza ningún método anticonceptivo. El mundo. [Internet]. Septiembre 20015. [citado 27 Febrero2016]. Disponible: <http://www.elmundo.es/salud/2015/09/23/5602b8d3ca47416a5f8b45a7.html>.
2. Dueñas JL., Bermejo i, Arbat A, Pérez-Campos E, Martínez-Salmeán J, Serrano I, Doval JL, Coll C, Trends in the use os contraceptive methods and voluntary interruption of pregnancy in the Spanish population during 1997-2007. Vol 83,82-87, enero 2011.
3. Ana Vieta, Xavier Badia, Desigualdades en la financiación de medicamentos entre comunidades autónomas en España, Medicina Clínica, Barcelona.
4. Hidalgo Carballal A, Pernía Gonzalez J, Rodrigo Fernandez AM, Fernandez Fontanillo RF. Panorama actual de la libre dispensación de la píldora del día después. In: Elsevier Doyma,S.L. Bioética al inicio de la vida. España 2010 p.9
5. Bailón E. La píldora del día después. ¿Financiación pública?, 2002.
6. Greene MF. Emergency contraception: A reasonable personal Choice or a destructive societal influence? Clin Pharmacol Ther.2008;83:17-19
7. Equipo Daphne, Evolución nde la anticoncepción en España:sociedad,salud y medios de comunicación, 2005.
8. Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergecia (ICEC), Federación Internacional de Ginecología y Ostetricia (FIGO). Posicionamiento sobre el mecanismo de acción. Octubre 2008 ,disponible en www.cecinfo.org o www.figo.org.
9. Atenció maternoinfantil i de la salut afectiva, sexual i reproductiva a Catalunya 1008-2010. Comissió de Salut del Parlament de Catalunya Barcelona, 24 d'abril de 2008. Generalitat de Catalunya, departamento de salut. Disponible en: <http://gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2641/matinfant.pdf>.
10. Tercera encuesta Sexualidad y anticoncepción en la Juventud Española. Septiembre 2009. Disponible en: <http://equipodaphne.es/scripts/pages/es/home.php>
11. Anticoncepción de emergencia, Protocolo de dispensación, Servicio Cántabro de Salud, Marzo 2006.

12. Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios. Norlevo 1500 microgramos comprimido. Ministerio de Sanidad y política social. Julio de 2009.
13. Organización Mundial de la Salud, Hoja informativa sobre la seguridad de las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia de Levonorgestrel solo (PAE-LNG),2010.
14. Ley orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, del 2010 Pub.L.No.55 Stat 3514 (Marzo. 4,2010).
15. Callejas Pérez S, Fernandez Martínez B, Méndez Muñoz P, M.León Martín T, Fábrega Alarcón C, Villarín Castro A. Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. Rev. Esp. Salud Publica vol.79.no.5 Madrid Sept./Oct.2005. 1135-5727.
16. Ros C, Miret M y Rué M, Estudio descriptivo sobre el uso de la anticoncepción de emergencia en Cataluña. Comparación entre una zona rural y una urbana. Gac Sanit v.23 n.6 Barcelona nov-dic. 2009.
17. Federación Española de Contracepción, Manifiesto de la libre dispensación de la píldora de urgencia, Madrid.
18. La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes. Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad y consumo. 2007.
19. .Rachel Johnson, Montsine Nshom, Andrea M.Nye, Alwyn T.Cohall, There's always Plan B: adolescent knowledge,attitudes and intention to use emergency contraception, New York City, October, 2009.
20. Sociedad Española de Contracepción [internet]. Madrid: sec.es; 10 de mayo 2011[acceso 19 de enero de 2014] Álvarez Gonzales JD, Gómez Martínez MA, González Navarro JV, Parera Junyent N, Pérez Campos EF, Sierra Lavilla M et al. Manual de anticoncepción de urgencia. Disponible en: <http://sec.es/area-cientifica/documentacion-cientifica/manual-de-anticoncepcion-de-urgencia/>.
21. .Instituto de la juventud [internet].Madrid: Injuve; 2012 [acceso el 21 de enero de 2014] Monero Mínguez A, Rodríguez San Julián E. Informe juventud en España 2012. Disponible en: http://www.injuve.es/sites/default/files/2013/26/publicaciones/IJE2012_0.pdf
22. Rodríguez Carrión J, Traverso Blanco CI. Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. Gac Sanit.2012; 26(6): 519-524.

23. Triviño Rodríguez M, Muñoz-Santanach D, Trenchs Saiz de La Maza V, Valls Lafon A, Luaces Cubells C. Evolución de la incidencia de test de embarazo positivo en adolescentes atendidas en un servicio de urgencias. *An Pediatr (Barc)*. 2011; 75(2): 110-114.
24. Fuente: Colomer Revuelta J, Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Prevención del embarazo en la adolescencia. *Pediatr Aten Primaria*. 2013; 15: 261-269