

**ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, ADOLESCENCIA Y
REPRESENTACIONES SOCIALES.
CONTRACEPTION OF EMERGENCY, ADOLESCENTE
AND SOCIAL PERSPECTIVE.**

Para citar: Este artículo está publicado en: Sexología Integral 2009; (3): 102-108.

Ha sido ampliado con información adicional.

AUTORES¹:

Alfonso Antona Rodríguez (1), Juan Madrid Gutiérrez (2)

(1) Antropólogo. Instituto Salud Pública. Madrid Salud

(2) Medico. Centro Madrid Salud Joven. Madrid Salud

RESUMEN

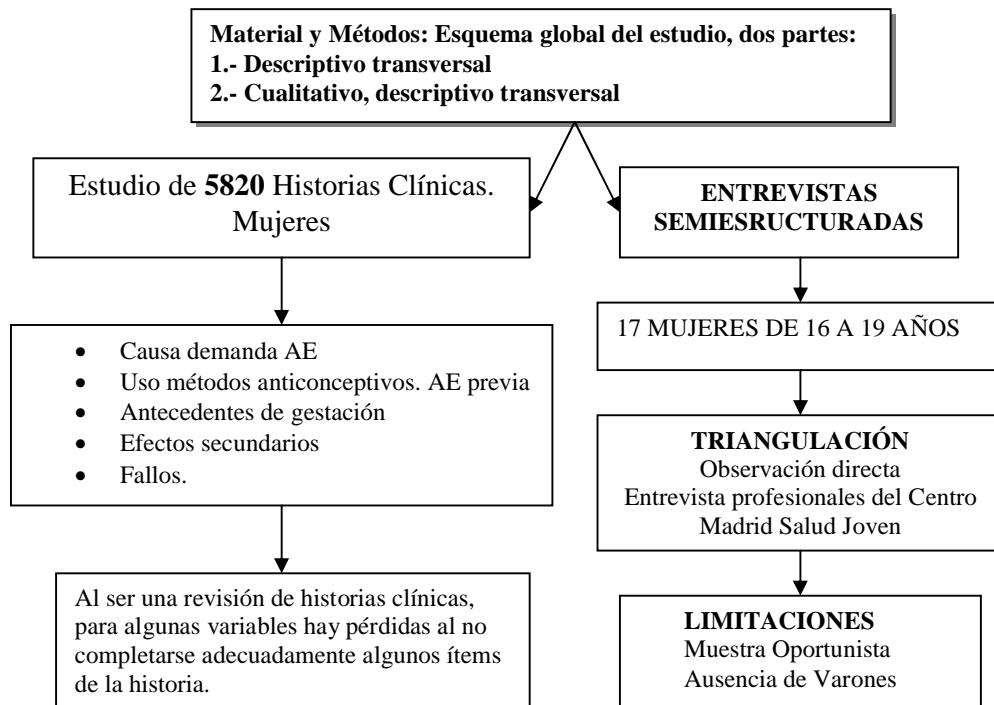
Objetivo. Es frecuente el comentario de que la anticoncepción de emergencia (AE) se ha convertido en un “anticonceptivo alternativo” que desplaza el uso del preservativo. Buscar, a través de la historia clínica y los discursos de adolescentes, si se confirma o no esta percepción. **Diseño.** Estudio descriptivo transversal, Estudio descriptivo cualitativo. Análisis de discursos y observación directa. **Emplazamiento.** Centro Madrid Salud Joven. **Participantes.** 5823 historias clínicas. 17 entrevistas individuales a mujeres de 16 a 19 años, 3 grupos focales con 15 participantes. **Mediciones principales.** Perfil epidemiológico de las usuarias de anticoncepción de emergencia. Eficacia de la AE. Representaciones sociales para el uso del preservativo y la AE.

¹ Correspondencia:

Alfonso Antona Rodríguez. C/ Hacienda de Pavones, 193. 5C. 28030. Madrid. Tel. 917511860.
antonara@munimadrid.es

Resultados. La AE no incide de forma significativa en el uso o no de condón. Su uso va asociado a representaciones sociales y al imaginario afectivo. **Conclusiones.** La AE es un método eficaz, con pocos efectos secundarios. Se recurre a ella por accidente en el uso del preservativo (73,1%). La sensación de confianza y proximidad relacional disminuye la protección frente a las infecciones de transmisión sexual. **Palabras clave.** Adolescencia, uso de preservativo, embarazo, infecciones de transmisión sexual, riesgo, perspectiva social.

Aim. Often the comment that the Emergency Contraception (EC) has become an "alternative form" that displaces the use of condoms. Seek, through the clinical history and discourse of adolescents, it is confirmed whether or not this perception. **Design.** Descriptive cross-sectional study, a qualitative descriptive study. Discourse analysis and direct observation. **Site.** Madrid Youth Health Centre. **Participants.** 5823 medical records. 17 interviews with women from 16 to 19 years, 3 focus groups with 15 participants. **Measurements.** Epidemiological profile of users of emergency contraception. Efficacy of AE. Representations for the use of condoms and AE. **Results.** The AE does not make a significant impact on the use of a condom or not. Its use is associated with social representations and the affective imagination. **Conclusions.** The AE is an effective method with few side effects. Are used to it by accident in the use of condoms (73.1%). The feeling of trust and relational proximity decreases the protection against sexually transmitted infections. **Key Words.** Adolescence, use condoms, pregnancy, sexuality, transmitted diseases, risk and social perspective.



Discusión: Puntos Básicos

Lo que sabemos sobre el tema:

- Son muy escasos los estudios sobre el uso de AE en adolescentes y sus representaciones sociales
- Existe la percepción entre los profesionales de que la opción de la AE relaja el uso del preservativo. Sin evidencia científica
- Escasa información epidemiológica sobre efectos secundarios y tasas de fallo.

Las aportaciones de ese estudio:

- La AE es un método seguro y con pocos efectos secundarios
- La AE no desplaza al uso del preservativo. La AE se percibe como un método de urgencia al que sólo se recurre en caso de “accidente” (73%)
- La proximidad afectiva y relacional disminuye la atención preventiva, lo que supone un aumento del gradiente de riesgo.

INTRODUCCIÓN

El uso de medidas de protección contra el embarazo no planificado (ENP) y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en la adolescencia están condicionadas por la especificidad de sus relaciones afectivas y emocionales, algunas dificultades en el manejo de métodos anticonceptivos, déficit en la educación sexual y reproductiva y problemas para manejar los recursos sanitarios, entre otros (1). No se nos escapa la gran variabilidad de necesidades y perfiles de las y los adolescentes, situación que impide las generalizaciones. La edad de inicio de relaciones con penetración en menores de 20 años, varían según los estudios (2, 3), pero estaría entre los 16 y 17 años. El 28,8% de los jóvenes de 15 y 16 años, han tenido relaciones sexuales con penetración, de los que el 11% no han utilizado de forma habitual métodos de prevención eficaces (4). Según el Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid (5) el 58% de los varones y el 54% de las mujeres entre 16 y 24 años, usa métodos anticonceptivos observándose una mayor frecuencia en las clases sociales más favorecidas. Entre las mujeres de 16 a 24 años, el 19% refiere usar anticoncepción hormonal oral (AHO) y el 29% preservativo, en los varones el 4% refiere el uso de AHO y el 50% preservativo. La tasa de fecundidad para las mujeres de entre 15 y 19 años en la ciudad de Madrid (5) es de 13,18 por 10000, en el Estado Español (2) de 10,75 por 10000. En Madrid, el porcentaje de embarazos que acaban en interrupción (IVE) en mujeres menores de 20 años (5) es de un 54,35% en españolas y un 52,67% en extranjeras. En la ciudad de Madrid, la tasa de IVE para mujeres en edad fértil es de 16,3 por mil, un 11,5% corresponde a las menores de 20 años (4).

En nuestro entorno, la anticoncepción de emergencia (AE) y la normalización de su consumo (6,7), se ha convertido en un tema de interés no exento de polémica. Existen grandes diferencias entre las distintas comunidades autónomas en la disponibilidad,

distribución, precio, etc. (8). No siempre es fácil el manejo de AE en los dispositivos de salud. El objeto de este artículo es mostrar algunas de las variables cognitivas que condicionan el uso del preservativo masculino y que puede abocar en la demanda de AE por parte de población adolescente.

SUJETOS Y MÉTODOS

Presentamos algunos resultados de un estudio cualitativo más amplio, en el que se analizan las representaciones sociales sobre salud sexual (SS) y salud reproductiva (SR) de la población adolescente que demanda AE en el Centro Madrid Salud Joven (CMSJ). La muestra no tiene representatividad estadística sino sujetos que representan el arco discursivo buscado. Criterios de inclusión: Edad hasta 20 años con dos segmentos etáreos (16-17 y 18-20), del municipio de Madrid. Las variables que se utilizaron para diseñar la muestra fueron: edad, nivel de estudios, accesibilidad geográfica, ocupación, país de origen y número de AE en un año. El trabajo de campo se realizó mediante 17 (14 españolas y 3 ecuatorianas) entrevistas abiertas individuales al mes posterior de la AE, dos grupos de discusión, de 16 a 17 (7 chicas) y de 18 a 19 (4 chicas). Las principales limitaciones del estudio han sido, la muestra oportunista y la ausencia de varones, por lo que no podemos hablar de percepciones y representaciones sociales de adolescentes, sino de mujeres adolescentes incluidas en la muestra. Para el análisis y validación se completa con una triangulación con observación y entrevistas con los profesionales del CMSJ. En los resultados hemos optado por incorporar, según la costumbre etnográfica, extractos significativos del vaciado categorización de las entrevistas con la intención de aportar claridad a los resultados. Entre paréntesis aparece la edad de las entrevistadas. Partimos de un trabajo de carácter descriptivo transversal, en el que se recogen y analizan los resultados del total de historias clínicas (5823) de AE del año 2006. Se utiliza el OMI-AP como soporte para el registro de datos y el

programa estadístico SPSS. 10 para el análisis. El 99,9% (5820) son mujeres. La edad media fue de $19,4 \pm 2,9$ años (mínima de 13,3 y la máxima de 45,1). El 25% tenía menos de 17,4 años y un 75% menos de 20,9 años.

RESULTADOS

Se suele acceder al recurso de la AE a través de las amigas (60%), le siguen las hermanas mayores y las madres. Otros recursos son Internet (6,1%) y las intervenciones educativas (2,8%). En el 33% de las ocasiones, la pareja está presente. La causa más frecuentemente, por la que se demanda AE es un *accidente* (73,1%), con el preservativo masculino, rotura, retención, etc. (Tabla 1). El resto alega no uso, la rotura representa el 62,1%. De las demandantes de AE, no tenían ningún antecedente de gestación el 85%, uno el 12,6% y dos o más el 2,9%. Del total de embarazos previos, finalizaron de la siguiente manera: 10% abortos espontáneos, 27,7% nacidos vivos y 62% IVE. Declaran no utilizar habitualmente ningún anticonceptivo el 5,3%. Tomaron AE, al menos una vez con anterioridad a la demanda analizada, el 46,8% de las chicas. En las entrevistas aparecía de forma recurrente la preocupación por los efectos secundarios y como las hormonas podrían interferir en su organismo a largo plazo. En el 4,1% apareció algún efecto secundario: Nauseas/Vómitos 35,7%, Mareo/ Mal estar 24,4%, dolor abdominal 12,4%, Cefalea 11,9%, Manchado 10,2%, alteraciones del ciclo menstrual 10,3%, otros efectos secundarios menos frecuentes fueron: Dismenorrea en la siguiente menstruación 2,7%, Mastalgia 1,1%, Tristeza 1,1%, Taquicardia 0,5% . Del total de consultas, al 94% se les administro la AE, al 3,9% no, por no estar indicado. Dentro del subgrupo que recibió la píldora (5475), en 118 casos tenemos registrada su efectividad, fallando en 5 de ellos (4,2%). La tasa de fallo tiene un sesgo muy importante porque el número de usuarias con las se ha podido contactar para comprobar la eficacia es muy pequeño.

La mayoría de las entrevistadas, aunque en general, hacen una valoración positiva de su relación con madres y padres, manifiestan que no existe la confianza suficiente ni para pedirles información ni para compartir su mundo emotivo y sexual, tampoco para solicitar ayuda para requerir la AE. Refieren que para la familia es complicado aceptar que “su niña” está teniendo relaciones con penetración. No se han encontrado diferencias atribuibles a la diferente tipología de núcleo familiar. “...*porque en mi casa son muy...muy bueno hasta que tengas un novio se qué nada...*” (20) “...*a mi lo principal que me interesa es que no se entren mis padres*” (16). “...*bueno, esa mujer me destierra...me mata, me cuelga, me...*” (17). “...*yo mi madre es mi mejor amiga en algunos ámbitos...pero ya cosas de hombres eso ya me da vergüenza...*” (19).

Al menos en el plano discursivo, todas las entrevistadas, hacen atribuciones positivas de la sexualidad. Las categorías más usadas son: *Natural, sano y bueno*. En la totalidad se observa la asunción e interiorización del discurso *adulto* (sexista, genitalista y coitocéntrico). Los roles de género están interiorizados. Sus parejas tienen más edad y presentan al varón como experto (haber tenido otras relaciones). Con independencia de la edad, al referirse a su primera relación coital, usan el diminutivo (*niñata, añitos, pequeña*) para describirse, así los “errores” pasados son atribuidos a la inexperiencia asociada a la corta edad.

Permanentemente, al menos a nivel de discurso, aparece *normalizada* la necesidad de usar preservativo. Los contextos y condiciones favorables (tranquilidad, confianza o privacidad) ayuda al uso de medidas de protección, en el otro extremo del argumento, existen contextos que lo dificultan (falta de privacidad, de confianza, mala suerte o falta de previsión). “...*que no, no, no, no, no, solamente ya por el embarazo, por el SIDA y por todo, no, yo no...*” (18). “*El preservativo me parece que es natural, innato*” (17).

Cuanto más próxima se percibe la relación afectiva, menor es la percepción de riesgo. “...como me he acostado con gente que más o menos conozco...he sido amiga de ellos antes...” (19). “...porque todo el mundo quiere protegerse sobre todo con una persona que no conoces...le conozco mucho y sé que él no tiene nada...” (18). “Es que hombre, tu confías en tu pareja y sabes que no te va a ser infiel...” (19) “...si es el chico de una disco el preservativo lo primero, pero si es tu novio y estas enamoradísima de él pues...” (16). “...que no lo pienso porque siempre es gente que conozco tal y me da seguridad...” (18). “...los otros...bueno pues no sé, no, son amigos, gente que confío que no se suelen tirar a cualquiera, no sé porqué pero...que no son unos que te encuentras en la calle...” (18). En una relación “estable” de confianza, el preservativo, se convierte en una barrera para la espontaneidad, una interferencia que hay que limitar o eliminar. Con la pareja *habitual* la preocupación principal se focaliza en la posibilidad de embarazo. Cuando la persona se aleja del círculo afectivo y relacional la preocupación principal se sitúa en las ITSs. La proximidad emocional proporciona una falsa sensación de seguridad. “...cuando me importa una persona me doy entera...” (16). En esta situación, las ITS no suelen estar presentes para tomar iniciativas de protección, es algo ajeno a ellas, les pasa a las “otras”. “...las veo (ITS) como algo que no me va a pasar a mi...” (18). “...el cuarto de hora primero a pelo y luego ya se pone el condón...yo que sé un fallo lo tiene cualquiera...” (16).

Son dos los argumentos que con mayor frecuencia se utilizan para explicar el no uso de preservativo: fuimos un poco **inconscientes** (ellas que se arrojan la obligación de controlar) o **el accidente**. Pero la inconsciencia o los accidentes tienen límites, de vez en cuando, bajo determinadas y excepcionales circunstancias. “nos dejamos llevar...” (19). “...no quiero que se me vaya más la cabeza...” (18). “...no lo veo normal, deberíamos ser más conscientes...” (17). Las informantes suelen asumir el fallo, con lo

que se refuerza el discurso por el que la carga de responsabilidad en anticoncepción ha de ser asumida por la mujer... “...*que si no les dices nada por ellos ni se lo pondrían...*” (20). “...*si estaba un poco enfadada conmigo misma...no le paré los pies y...*” (17). Sin embargo, en una contradicción discursiva, en ocasiones hay que *consolar* al varón porque él ha fallado en la atribución que su rol le asigna: ser competente en el uso del preservativo o la marcha atrás. “...*esto es por mi culpa...porque entonces le hundí el pobre, es como herir su orgullo masculino...*” (19). La presión afectiva y el chantaje emocional condicionan, los resultados de la negociación para usar el preservativo. Es importante reflejar cómo en varias entrevistas se verbaliza como, en ocasiones, es necesario asumir el riesgo a un embarazo para evitar un posible mal mayor, el abandono. “...*ellas no piensan ni en hijos ni en nada, sólo piensan que su novio la va dejar sino lo hace así...*” (18). Tras el accidente, algunas mujeres optan por no volver a mantener relaciones durante el ciclo bien por aumentar el grado de seguridad, por falta de confianza en el método o como sanción autoimpuesta o para el otro.

Presentan al amor como *justificante* del deseo y *potenciador* del placer. Ante la eventualidad de que placer y amor no siempre vayan de la mano, se jerarquiza. Se acepta la posibilidad de tener relaciones coitales con personas de las que no se está enamorada, pero *no es lo ideal*. El sexo es *mejor* con amor o el sucedáneo, cariño. “...*no es lo mismo, el sexo te une más. Es más amor...*” (18). “...*para tener sexo tengo que estar enamorada...*” (17). “...*es que no sé, necesito sentirme querida...*” (19). Se establecen categorías en las relaciones coitales: “Hacer el amor” y “echar un polvo”. El sexo sin amor, “echar un polvo”, puede ser legitimado, pero siempre con ciertos niveles de carga afectiva, sino es *vicio*. Hacerlo sin carga afectiva es cosa de “putas” y además tontas. Son las “otras”, las que se dejan hacer “de todo”. “...*hay que diferenciar entre el sexo de lo que es hacer el amor...*” (16). “...*y no es porque sí, por placer, no, no, eso*

conmigo no va...” (17). “...yo lo veo como una obra de amor...” (16). “...que sepa que ¿sabes?, que hay algo...” (19).

En referencia a “su primera vez”, idealizaban un perfil que tendría que cumplir una serie de requisitos, muy próximo al modelo de “príncipe azul”. Por regla general, esa primera vez “surgía” porque ya “era el momento”, no es algo planificado. “...bueno yo me levanté un día y dije, ya puedo...yo me enamoré muchísimo de él y tal, y lo hice...” (18). “...no sé yo pienso que eso hice mal porque no sé yo es que a lo mejor que me hice ilusiones demasiado pronto y eso no sé el chico es que tampoco...” (16) La virginidad aparece como una especie de ofrenda al ser amado. “...tenía muchísimo miedo de perderla (virginidad) y que luego me soltara y se fuera con otra...” (16). “...sí, claro, yo le hice esperar, y quieras que no él esperó...” (17). “...yo quería que mi primera vez fuera decente...” (18).

Son las chicas las que han de tomar medidas para que su proyecto de vida no se trunque, otra vez, la anticoncepción es cosa “suya”. “Antes...cualquier otra cosa, acabar mi carrera...” (17). “...tener un hijo...tendría que renunciar totalmente...” (20). “...porque está claro que si tienen un crío pierdes toda la vida...” (19). “...hijos los voy a tener a los 35...” (19).

Cuando las relaciones se perciben como “estables”, aparece en los discursos la necesidad de utilizar otro método, el preservativo se maneja como un método transitorio. Pasar del preservativo a, por ejemplo, la AHO es una muestra de estabilidad afectiva, de proyecto de futuro. En ocasiones, tras una experiencia fallida con el preservativo, se pierde la confianza y buscan otros métodos. Otro argumento para no usar preservativo es la “pérdida de sensibilidad”, ésta atribución negativa la hace suya la chica y, en ocasiones, presionada por la pareja, opta por el uso de AHO. Uno de los inconvenientes para usar la AHO, es la posibilidad de que los padres se enteren.

La totalidad de las entrevistadas reconocen la AE como un método de emergencia y no como un anticonceptivo habitual, aunque algunas reconocen que en una situación de “descontrol”, les tranquiliza la posibilidad de poder recurrir a ella. Tras la información recibida en el CMSJ, destacaban desconocer que la AE no tenía una eficacia del 100% y las alteraciones en el ciclo menstrual. Estos aspectos, ponían en cuestión el efecto ansiolítico que en algunas ocasiones se busca en la demanda de AE. “...o sea porque se que me voy a comer la cabeza todo el tiempo hasta que me baje la regla...” (18). Las preguntas más frecuentes sobre AE, son: Cuando me vendrá la regla (a fin de disminuir los niveles de ansiedad), y el efecto de sobrecarga hormonal sobre sus cuerpos (probablemente como consecuencia de la información recibida de las profesionales).

DISCUSIÓN

A los sesgos de este tipo de estudios, tendríamos que añadir que los datos presentados no son extrapolables a población general, porque aunque hay una muestra muy grande (descriptivo de las historias), los resultados solo son aplicables al perfil presentado (usuarias de CMSJ). Que la población sea femenina tiene que ver con el motivo de consulta, aunque en ocasiones la pareja esté presente. Las mujeres menores de 16 años son muy pocas. El número de embarazos previos está concentrado principalmente en las mujeres mayores de 24 años con una alta presencia de mujeres inmigrantes.

La necesidad de uso de método anticonceptivo y en concreto el preservativo, está interiorizado a nivel discursivo, en todas las entrevistadas. Un elemento a tener en cuenta al analizar desde los discursos por qué refieren como principal causa para la demanda de AE a la rotura del preservativo, es que la respuesta pudiera estar condicionada por el rumor compartido de que en el supuesto de no haberlo usado podría ser causa para denegarle la AE en los Centros de Salud.

Lameiras (9) plantea que “el joven que declara intención de riesgo con la pareja habitual tiene mas probabilidades de hacer un uso sistemático del condón” lo que coincide con los discursos de nuestras entrevistadas. Así, tener pareja “estable” puede estar convirtiéndose en un “factor de riesgo”, determinado por un **gradiente de riesgo** definido como el coeficiente² marcado por el grado de proximidad relacional (amistad, vecindad) y el grado de proximidad afectiva (atracción-amor). Correr el riesgo de contraer una ITS es un precio que, depende con quien, “se puede” pagar para mantener el vínculo afectivo. Como las entrevistas están realizadas con mujeres y no tenemos los discursos de las parejas, no podemos inferir mucho, pero se deja traslucir que en la mayoría de las ocasiones la chica sí hace concesiones conscientes en la asunción de riesgos en tanto que los chicos probablemente no elaborarían el discurso en los mismos términos. La toma de decisión para usar anticonceptivos eficaces, sobre todo condón, obedece principalmente a evitar la ruptura de un proyecto de vida, por lo que en el imaginario de las chicas no está la sublimación de tener hijos como argumento para el no uso de método anticonceptivo, en lo que coincidimos con Conde (10).

El amor romántico se percibe como un catalizador y amortiguador de la “crudeza” del sexo. Idealizado, con la atribución *necesaria* de la fidelidad, aparece la falsa percepción de que con la persona amada no se correrán riesgos. Todo el pasado relacional de la pareja desaparece, por lo que el amor se configura en una especie de “método barrera”. *La primera vez*, se reviste de un ropaje simbólico, es un rito de paso que precisa de una puesta en escena y de actores *ad hoc*. La contraprestación a la entrega de un bien valioso –en ocasiones de prestigio- como la virginidad exige reciprocidad, el precio, el amor.

² No tiene validez estadística, solo didáctica.

Coincidiendo con Rodríguez (11), es *ella* quién ha de presionar para el uso del preservativo, es su responsabilidad (sentida). Expresan tener conciencia de las contradicciones entre discursos y prácticas, en las que están inmersas cuando se enfrentan, sobre todo al manejo de las situaciones de riesgo, apareciendo el componente de género como determinante. En este juego discursivo, ellas, las “inexpertas”, tienen dificultades en la toma de decisiones. Ellos retan los riesgos, ellas lo asumen. La totalidad manifiesta la necesidad de tener más control sobre su sexualidad y, por ende, sobre su cuerpo. Cuando declaran una falta de control, no justificada por *la inconsciencia*, suele ser una atribución externa situacional (uso sustancias tóxicas), o sobre la pareja, siendo común la referencia a la indefensión: “me dejé convencer”, “me fié de su experiencia”, “él controlaba”.

Coincidiendo con otros estudios recientes (3, 10), la mayoría de las chicas declara que el preservativo es una interferencia en su interacción sexual, que lo “natural”, es no usarlo. Lo natural aparece como una categoría positiva en contraposición a lo artificial, en nuestro caso representado en el condón. Las relaciones naturales (léase positivas) no pueden ser contaminadas con artefactos. Por el contrario la AHO al no estar presente en el momento “amatorio”, no es percibida como interrupción. Es más, se presenta como un facilitador de la naturalidad de la interacción sexual. La confianza, la entrega forma parte de la “naturaleza” del amor. Así, el preservativo, en tanto que cuerpo extraño, cuestiona los pilares básicos del amor, no se justifica.

La AE se utiliza, entre otras cosas, en un elemento de profilaxis para la angustia. Una vez llega la menstruación, la ansiedad desaparece y vuelven a disminuir la percepción de riesgo, sobre todo para la protección de ITS. Cuando se han reiterado los fallos en el uso del preservativo, las mujeres se cuestionan seguir usándolo, les genera inseguridad

y argumentos para utilizar métodos anticonceptivos alternativos, con lo que se refuerza el discurso que presenta al preservativo como algo negativo.

Cuando en el entorno familiar no se ha hablado de forma abierta de sexualidad en la infancia, en la adolescencia, probablemente sea tarde, por lo que las madres y padres, no suelen ser la primera opción para resolver los problemas, sería un reconocimiento *de facto* que se están manteniendo relaciones coitales. Son dos los principales elementos de la renuencia a decirles que usan anticoncepción: la premisa de que no va ha ser aceptado ni entendido y que su sexualidad es una de las zonas de intimidad que con mayor ahínco guardan.

La AE es una estrategia eficaz para la prevención de embarazos con una tasa de fallo pequeña y segura, con poca incidencia de efectos secundarios (7,12). En lo relativo a la razón de demanda por accidente con el preservativo, nuestros datos coinciden con otros estudios (13), en el que el 62% se había roto, el 6,5% descolocado y el 11% retenido.

CONCLUSIONES

Las componentes que limitan la percepción de riesgo para ITS son: Proximidad emocional y relacional, centralidad en el riesgo de ENP y deficiente información. Tener que demandar AE es consecuencia de factores exógenos, del azar, de la mala suerte (accidente) con o sin la concurrencia de factores endógenos (inconsciencia). Entre los elementos para justificar el “accidente”, aparecen: el abuso de sustancias tóxicas, las prisas y la falta de espacios “tranquilos” de relación. Cuando existen canales intra-familiares de comunicación funcionales, mejora la percepción de salud de las entrevistadas así como la puesta en práctica de medidas de protección. Las chicas que refieren tener redes sociales desarrolladas, se muestran más competentes en el uso de métodos anticonceptivos. Los roles de género condicionan que la percepción de salud y la necesidad de cuidados se exprese en términos positivos. Cuando la pareja masculina

ofrece resistencias para el uso de métodos de protección, la negociación es muy compleja con la pareja afectiva próxima y ofrece menos dificultades con las alejadas. A nivel discursivo tienen asumido que la AE, no es un método para usarlo habitualmente, en paralelo expresan que su existencia para solucionar los “accidentes”, les produce tranquilidad. Las entrevistadas que tuvieron experiencia de IVE anterior, elaboran sus discursos desde la ansiedad, la culpa y la vergüenza. La educación sexual se sigue mostrando como el mejor camino para la prevención.

AGRADECIMIENTOS: Maribel Blázquez, Eva Bolaños, M^a Cristina Cantalejo (Investigadoras y Trabajo de campo del estudio cualitativo). Elisa Villamil y José Manuel Díaz Olalla. (Estadística).

REFERENCIAS

1. Antona, A., (2001). "Promoción de la salud y Prevención de Enfermedades Sexuales". Revista de Estudios de Juventud. 2001; 55: 31-38.
2. Instituto Nacional de Estadística. <http://www.ine.es/ioe/ioeFicha.jsp?cod=30455>
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informes, estudios y documentos. "La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes". 2007
4. Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública. Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2007". Madrid. 2008
5. Ayuntamiento de Madrid. Madrid Salud. Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid. Madrid. 2008
6. Carolina Moureau and all. "The impact of pharmacy access to emergency contraceptive pills in France". ELSEVIER. 2006.
7. Carol F Roye & Jennifer R.M Johnsen. "Adolescents and emergency contraception". Journal of Pediatric Health Care. National of Pediatric Nurse Practitioners. New York . 2002; 16 (1): 3-9
8. Federación de Planificación Familiar Estatal. <http://www.fpfe.org/documentacion.asp>
9. M. Lameiras et all. Sexología Integral 2004 ;1 (1): 20-28
10. Conde F. Gaza M^aL. Herranz, Diego. Portero, Paloma. Echevarri, Margarita. Estudio sociológico: contexto de la interrupción voluntaria del embarazo en población adolescente y juventud. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo, Observatorio Salud de la Mujer, 2007.
11. Rodríguez San Julián, E. "Sexo y riesgo. La dialéctica entre el placer y la razón". Estudios de juventud, Madrid. 2003; 63 (03): 27-36.
12. Melanie, A. Gold, D.O., Jennifer, E. Wolford, Kym A. Smith, BS and Andrew M Parker. " The effects of advance provision of emergency contraception on adolescent women's and contraceptives behaviors". North American Society for Paediatric and adolescent Gynecology. Elsevier Inc. 2004. NY. 17: 87-96.
13. Torres, C. Vilaplana, D. Sáez, S. Pérez, R. Martínez, M. Intercepción postcoital hormonal en un servicio de planificación familiar. Enfermería clínica 2005; 15 (5): 257-261

ANEXO. TABLAS.

SEXO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Femenino	5820	99,9	99,9	99,9
	Masculino	3	,1	,1	100,0
	Total	5823	100,0	100,0	

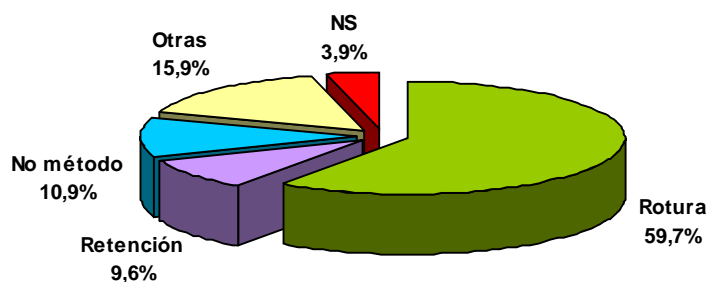
- **Tabla con frecuencias y % de chicas por edad:**

EDAD	Frecuencia	%	% Acumulado
13	16	0,27	0,27
14	95	1,63	1,91
15	330	5,67	7,57
16	658	11,30	18,87
17	863	14,82	33,69
18	919	15,78	49,48
19	879	15,10	64,57
20	653	11,21	75,79
21	405	6,96	82,74
22	329	5,65	88,39
23	292	5,01	93,41
24	286	4,91	98,32
25	22	0,38	98,69
26	9	0,15	98,85
27	6	0,10	98,95
28	6	0,10	99,06

EDAD	Frecuencia	%	% Acumulado
29	5	0,09	99,14
30	9	0,15	99,30
31	7	0,12	99,42
32	6	0,10	99,52
33	4	0,07	99,59
34	3	0,05	99,64
35	6	0,10	99,74
36	6	0,10	99,85
37	1	0,02	99,86
38	1	0,02	99,88
39	1	0,02	99,90
40	3	0,05	99,95
42	1	0,02	99,97
44	1	0,02	99,98
45	1	0,02	100,00
TOTAL	5823	100,00	100,00

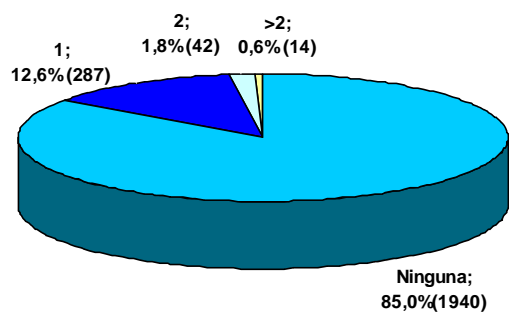
Causa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Rotura	3474	59,7	62,1	62,1
	Retención	561	9,6	10,0	72,1
	No método	632	10,9	11,3	83,4
	Otras	928	15,9	16,6	100,0
	Total	5595	96,1	100,0	
Perdidos	Sistema	228	3,9		
Total		5823	100,0		

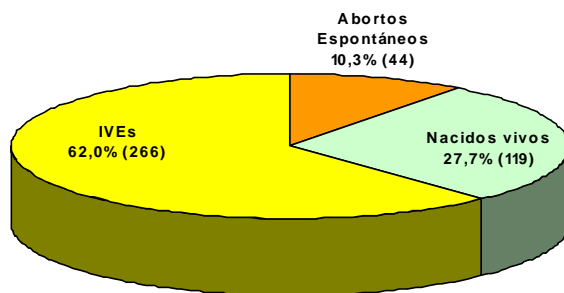


Nº GESTACIONES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	1940	33,3	85,0	85,0
	1	287	4,9	12,6	97,5
	2	42	,7	1,8	99,4
	3	8	,1	,4	99,7
	4	3	,1	,1	99,9
	5	1	,0	,0	99,9
	7	1	,0	,0	100,0
	10	1	,0	,0	100,0
	Total	2283	39,2	100,0	
Perdidos	Sistema	3540	60,8		
Total		5823	100,0		



	Frecuencia	%
Abortos Espontáneos	44	10,3
Nacidos vivos	119	27,7
IVEs	266	62,0



MÉTODO ANTICONCEPTIVO HAB

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	302	5,2	5,3	5,3
	Sí	5358	92,0	94,7	100,0
	Total	5660	97,2	100,0	
Perdidos	Sistema	163	2,8		
Total		5823	100,0		

APC ANTERIOR

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	2962	50,9	53,2	53,2
	Sí	2608	44,8	46,8	100,0
	Total	5570	95,7	100,0	
Perdidos	Sistema	253	4,3		
Total		5823	100,0		

APC

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	228	3,9	4,0	4,0
	Sí	5475	94,0	96,0	100,0
	Total	5703	97,9	100,0	
Perdidos	Sistema	120	2,1		
Total		5823	100,0		

EFECTOS SECUNDARIOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	4554	83,2	95,9	95,9
	Sí	197	3,6	4,1	100,0
	Total	4751	86,8	100,0	
Perdidos	Sistema	724	13,2		
Total		5475	100,0		

FALLO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	113	2,1	95,8	95,8
	Sí	5	,1	4,2	100,0
	Total	118	2,2	100,0	
Perdidos	Sistema	5357	97,8		
Total		5475	100,0		

