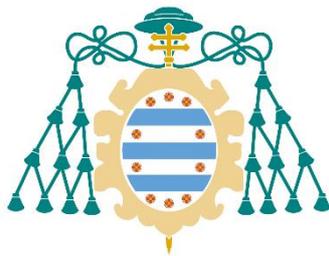


GUÍA SOBRE PREVENCIÓN DE EMBARAZOS E ITS Y USO DE APPS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA



Universidad de Oviedo

XANA GONZÁLEZ MÉNDEZ

RUBÉN MARTÍN PAYO

MARÍA DEL MAR FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

JUDIT CACHERO RODRÍGUEZ

AMALIA UREÑA LORENZO



Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada (by-nc-nd): No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.



Usted es libre de copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, bajo las condiciones siguientes:



Reconocimiento – Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el licenciador:
 González Méndez, X.; Martín Payo, R.; Fernández Álvarez, M.^a del Mar.; Cachero Rodríguez, J.; Ureña Lorenzo, A.; (2025) *Guía sobre prevención de embarazos e ITS y uso de apps desde Atención Primaria*. Oviedo. Universidad de Oviedo.

La autoría de cualquier artículo o texto utilizado del libro deberá ser reconocida complementariamente.



No comercial – No puede utilizar esta obra para fines comerciales.



Sin obras derivadas – No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

© 2025 Universidad de Oviedo

© Los autores

Algunos derechos reservados. Esta obra ha sido editada bajo una licencia Reconocimiento-No comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional de Creative Commons.

Se requiere autorización expresa de los titulares de los derechos para cualquier uso no expresamente previsto en dicha licencia. La ausencia de dicha autorización puede ser constitutiva de delito y está sujeta a responsabilidad.

Consulte las condiciones de la licencia en: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.es>



Esta editorial es miembro de la UNE, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional

Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo

Edificio de Servicios - Campus de Humanidades

ISNI: 0000 0004 8513 7929

33011 Oviedo - Asturias

985 10 95 03 / 985 10 59 56

servipub@uniovi.es

www.publicaciones.uniovi.es

ISBN: 978-84-10135-59-8

Índice

1.	Salud sexual y reproductiva	5
2.	Embarazos no deseados	7
2.1	Factores de riesgo de los embarazos no deseados	7
2.2	Consecuencias de los embarazos no deseados.....	9
3.	Infecciones de transmisión sexual	10
A)	Sífilis	11
B)	Clamidiasis.....	12
C)	Gonorrea	13
D)	VIH/SIDA	13
E)	Virus del papiloma humano (VPH).....	14
F)	Virus del herpes genital	15
G)	Tricomoniasis	15
H)	Pediculosis púbica	16
4.	Anticonceptivos	17
A)	Métodos naturales	18
A.1.	Método del moco cervical o Billings.....	18
A.2.	Método del calendario Ogino-Knaus	19
A.3.	Método de autopalpación cervical.....	19
A.4.	Método de la temperatura corporal basal	19
A.5.	Método sintotérmico	19
A.6.	Método de la lactancia-amenorrea o MELA	20
B)	Métodos de barrera	20
B.1.	Condón o preservativo masculino	20
B.2.	Preservativo femenino	21
B.3.	Diafragma	22
B.4.	Capuchón cervical.....	23
B.5.	Esponjas vaginales	23
B.6.	Espermicidas.....	24

C) Métodos hormonales	24
C.1. Anticonceptivos hormonales orales	24
C.2. Anticonceptivos solo con gestágenos (otras vías de administración)....	25
C.3. Anillo vaginal	25
C.4. Parche anticonceptivo	26
C.5. DIU o dispositivo intrauterino	26
D) Esterilización quirúrgica femenina	26
E) Esterilización quirúrgica masculina.....	26
F) Anticoncepción de emergencia (AE).....	27
5. Uso de apps sobre salud sexual y reproductiva	28
6. Bibliografía.....	30

1. Salud sexual y reproductiva

La Organización Mundial de la Salud considera salud sexual a «la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor», integrando este concepto la atención al placer y el derecho a la información¹.

En nuestro país, el derecho a la protección de la salud se regula dentro del Capítulo III del Título I de la Constitución Española, encargado de los derechos y deberes fundamentales, como un principio rector de la política social y económica². Según el artículo que recoge el derecho a la protección de la salud, los poderes públicos deben adoptar las medidas preventivas y las prestaciones y servicios necesarios para proteger la salud pública, así como el fomento de la educación sanitaria². Para poder hacer efectivo este derecho, en 1986 se aprobó la Ley General de Sanidad³, que incluye dentro de su articulado la obligación de las Administraciones Públicas de desarrollar programas en materia de planificación familiar, prestando los servicios que correspondan a través de los Servicios de Salud y de sus órganos competentes.

Por otra parte, los poderes públicos también tienen el deber de desarrollar políticas sanitarias, educativas y sociales que garanticen la información sanitaria sobre anticoncepción y sexo seguro, para prevenir los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual, tal como indica la Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo 2/2010, de 3 de marzo⁴.

Además, el Tribunal Constitucional entiende que la sexualidad es una parte fundamental de la personalidad y la intimidad, derechos que se regulan en los artículos 10 y 18 de la Constitución Española², respectivamente. El primero de ellos indica que la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social². El artículo 18 habla de la garantía del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen².

El Ministerio de Sanidad recomienda la formación en salud sexual de los profesionales sanitarios de Atención Primaria dirigida a la adquisición de competencias que supongan, en la atención de la sexualidad de los usuarios, la evitación de prejuicios, el empleo de la empatía y la creación de un entorno de confidencialidad y confianza⁵.

2. Embarazos no deseados

Se define como embarazo no deseado aquel en el que la concepción no se desea de forma consciente por ninguno de los miembros que conforman la pareja durante el acto sexual⁶.

Los embarazos no deseados constituyen un problema de salud pública importante. Según el último informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Población, cerca del 50% de todos los embarazos que se producen cada año a nivel mundial son no deseados, esto es, alrededor de unos 60 millones de embarazos⁷, la mayor parte en países de ingresos medios y bajos⁸, lo cual puede deberse, entre otras cosas, al hecho de que la población de los países con mayores ingresos tiene un mejor acceso a la atención de la salud sexual y reproductiva⁹.

A pesar de ello, el embarazo no deseado no es exclusivo de los países en vías de desarrollo. Según datos publicados por el Ministerio de Sanidad en 2023 sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo, en dicho año se notificaron en España 103.097 interrupciones voluntarias del embarazo¹⁰.

El Foro Parlamentario Europeo por los Derechos Sexuales y Reproductivos¹¹ ha publicado el denominado Atlas Europeo de Políticas Anticonceptivas, en el que se hace un repaso de las políticas de acceso a los anticonceptivos modernos, la calidad en el asesoramiento en planificación familiar y la información disponible online sobre anticoncepción en los diferentes países europeos. Este documento elabora un ranking de los países europeos en materia de políticas de anticoncepción y otorga a España una puntuación de un 69,7%, siendo el 100% la máxima puntuación¹¹.

2.1 Factores de riesgo de los embarazos no deseados

Hay determinados grupos de población en los que el riesgo de embarazos no deseados es mayor, como es el caso de los adolescentes¹². Esta realidad se produce por varios factores.

Por lo que se refiere al uso de anticonceptivos, la bibliografía reciente indica que la mayor excitación sexual que experimentan los adolescentes se relaciona con la falta de uso de los mismos¹³. Además, su uso es a veces incorrecto

o inconsistente¹⁴, lo cual puede deberse a la falta de conocimiento que tienen sobre los anticonceptivos, su uso, beneficios y riesgos¹⁵, y también al tratamiento que desde el sistema sanitario se da a la sexualidad y la anticoncepción en adolescentes¹⁶.

También relacionan con una mayor probabilidad de embarazo en población joven otros factores conductuales, como son la edad temprana de inicio de relaciones sexuales¹⁷, así como el no usar ningún método anticonceptivo durante la primera relación sexual¹⁸ o la falta de uso de anticonceptivos de forma habitual¹⁹. Además, existen otras conductas que predicen el riesgo a las que, por tanto, hay que prestar especial atención, como el consumo de alcohol¹⁹ y sustancias²⁰, ya que se relaciona con una menor preocupación acerca de un embarazo, lo cual aumenta la probabilidad de que mantengan relaciones sexuales sin protección²¹.

Además, los adolescentes pueden tener una susceptibilidad de riesgo de embarazo menor²². Por otra parte, la realización de viajes internacionales que con frecuencia incluyen experiencias tales como parejas nuevas con las que se mantienen relaciones sexuales o el sexo de forma inesperada²³, también se asocia con un menor uso de anticonceptivos y, por tanto, con un mayor riesgo de embarazo no deseado.

Además, existen otras conductas que predicen el riesgo a las que, por tanto, hay que prestar especial atención, como el consumo de alcohol¹⁹ y sustancias²⁰, ya que se relaciona con una menor preocupación acerca de un embarazo, lo cual aumenta la probabilidad de que mantengan relaciones sexuales sin protección²¹.

Por otra parte, la evidencia indica que las mujeres que están expuestas a violencia tienen más probabilidades de tener un embarazo no buscado²⁴.

2.2 Consecuencias de los embarazos no deseados

A) Consecuencias para la madre

Los embarazos no deseados conllevan una serie de consecuencias negativas para las madres.

Por un lado, en embarazos no deseados el consumo de suplementos como ácido fólico y otras vitaminas o de algunos medicamentos es menor, haciendo que tengan un mayor riesgo de padecer enfermedades propias del embarazo²⁵, como la anemia, la hipertensión²⁶, o la preeclampsia, así como posteriores al parto, como la hemorragia postparto²⁷.

La bibliografía también pone de relieve el mayor riesgo que tienen las mujeres con embarazos no deseados de sufrir violencia de género²⁵, además de sufrir más depresión perinatal²⁸ y percibir tener un menor apoyo social²⁹.

En el 61% de los embarazos no deseados se llevaron a cabo interrupciones voluntarias del embarazo y la Organización Mundial de la Salud estima que aproximadamente la mitad de ellas se realizaron en condiciones peligrosas, practicadas por personas sin formación mediante técnicas violentas y dañinas para las mujeres³⁰, lo cual puede provocar serios daños a la salud o la integridad física de las mujeres embarazadas, como hemorragias, infecciones aborto incompleto, perforación uterina o daños en el aparato genital o los órganos internos.

B) Consecuencias para el recién nacido

Los embarazos no deseados también están relacionados con consecuencias negativas para la salud del recién nacido, siendo más frecuentes los partos prematuros y la muerte fetal y neonatal³¹. Por otra parte, es más frecuente la lactancia artificial desde el nacimiento en madres con embarazos no deseados³².

3. Infecciones de transmisión sexual

Conductas asociadas a un mayor riesgo de embarazo no deseado se relacionan también con una mayor probabilidad de contraer una infección de transmisión sexual (ITS), como el mayor número de parejas sexuales o el consumo de drogas³³.

Las ITS son infecciones cuya principal vía de transmisión es el contacto sexual, generalmente de tipo físico e íntimo, involucrando la vagina, el pene, la boca o el ano, aunque pueden tener otros modos de transmisión³⁴. Son transmitidas por bacterias, virus, protozoos o parásitos^{34,35}.

Se han identificado más de 20 ITS, incluyendo la sífilis, la clamidiasis, la gonorrea, el VIH/sida, el virus del papiloma humano (VPH), el virus del herpes genital, la tricomoniasis o la pediculosis púbica³⁴.

Según la Organización Mundial de la Salud, más de un millón de personas contrae a diario una ITS y, a pesar de que la mayoría de ellas no causan síntomas y disponen de tratamiento que permite su curación, pueden dar lugar a esterilidad, estigmatización, cáncer y complicaciones en el embarazo, así como un riesgo aumentado de infección por VIH³⁶.

En nuestro país, hay una tendencia creciente a la infección por ITS. Según el último informe de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones de Transmisión Sexual en España, publicado por el Instituto de Salud Carlos III³⁷ en el año 2024, el mayor número de casos notificados se corresponde a la infección por *Chlamydia Trachomatis*, con una tasa de 79,80 por 10.000 habitantes, seguido de la infección gonocócica (tasa de 71.54/10.000) y la sífilis (22.62/10.000).

A) Sífilis

La sífilis es una infección causada por la bacteria *Treponema pallidum*³⁸. En la mayoría de los casos, se cura mediante el tratamiento con penicilina³⁸. Cuando no se trata, aumenta el riesgo de contraer VIH³⁸, dado que puede provocar heridas en la piel, permitiendo que el VIH penetre en el cuerpo con más facilidad³⁹.

Esta infección tiene cuatro fases, cada una de ellas con unos síntomas particulares, que suelen comenzar 21 días tras la infección, aunque pueden hacerlo entre los 9 y 90 días posteriores³⁸.

Durante la primera fase (sífilis primaria), suele aparecer una única úlcera en el lugar de la inoculación³⁸, generalmente firme, redonda e indolora, que recibe el nombre de chancro y que puede pasar desapercibido, en cuyo caso, si no recibe tratamiento, la enfermedad progresa a la segunda fase⁴⁰.

En la segunda fase o sífilis secundaria, aparecen erupciones cutáneas no pruriginosas, generalmente en las palmas de las manos y las plantas de los pies⁴⁰, de aspecto áspero y color rojo o marrón rojizo³⁹. En zonas del cuerpo calientes y húmedas, como boca, labios vulvares o el ano aparecen lesiones blancas o grises sobreelevadas por la diseminación de las bacterias causantes de la infección desde la lesión primaria³⁸. Además, puede incluir otros síntomas como fiebre, inflamación de los ganglios linfáticos, odinofagia, caída del cabello, cefalea, pérdida de peso, dolores musculares o fatiga³⁹. Estos síntomas desaparecen espontáneamente aún sin tratamiento pero si no se trata, la infección pasa a la siguiente etapa³⁸, también conocida como sífilis latente.

La sífilis latente, que cursa sin signos ni síntomas visibles³⁹, puede durar varios años, y alrededor de un 25% de los pacientes progresan hacia una sífilis terciaria³⁸.

En la sífilis terciaria, pueden verse afectados varios órganos y aparatos del cuerpo, como el corazón, el encéfalo, el sistema nervioso, los vasos sanguíneos, los ojos, el hígado, los huesos y las articulaciones, pudiendo causar la muerte^{39,40}.

Además, durante cualquiera de las fases mencionadas, la sífilis puede casuar neurosífilis, sífilis ocular y otosífilis.

La neurosífilis cursa con alteraciones neurológicas, como cefaleas⁴⁰, alteraciones agudas del estado mental (confusión, cambios en la personalidad o

dificultad de concentración), demencia³⁹, meningitis, accidente cerebrovascular o disfunción de pares craneales³⁸.

La sífilis ocular puede causar dolor o enrojecimiento de los ojos³⁹, visión borrosa, sensibilidad a la luz y ceguera⁴⁰.

La otosífilis afecta a la audición, con pérdida auditiva o tinnitus³⁹ o afectación del equilibrio⁴⁰.

B) Clamidiasis

La clamidiasis es una ITS causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*⁴¹. En mujeres, la infección es más frecuente entre los 15 y los 24 años⁴².

En un elevado porcentaje, la infección por esta bacteria cursa de forma asintomática⁴⁰, aunque también puede provocar uretritis en los hombres y cervicitis en las mujeres, además de infecciones rectales u orofaríngeas, pudiendo llegar a causar enfermedad inflamatoria pélvica o infertilidad⁴². Además, en las mujeres puede dar lugar a cambios en el color, olor o cantidad de secreciones vaginales, sangrado tras mantener relaciones sexuales, dolor o ardor al orinar, mayor sangrado con la menstruación o entre períodos, así como dolor en la parte baja del abdomen o en el recto⁴³. En el caso de los hombres, puede cursar con sensación de ardor al orinar, secreción en el pene, así como dolor en los testículos o el recto y sangrado rectal⁴³.

Para su diagnóstico se realiza un cultivo de las secreciones de la zona genital y, en algunas ocasiones, un análisis de orina⁴³.

Su tratamiento consiste en la toma de antibióticos, como la doxiciclina o la azitromicina, siendo de suma importancia que las parejas sexuales reciban también tratamiento y que transcurran 7 días antes de tener relaciones sexuales⁴⁴.

C) Gonorrea

La gonorrea es una ITS causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*⁴⁵.

Se contrae a través del sexo vaginal, anal u oral sin preservativo con una persona que tenga la infección⁴⁶.

En ocasiones es una infección sintomática, lo cual aumenta el riesgo de complicaciones y propagación al no ser objeto de tratamiento. En hombres, los síntomas consisten en aumento de la frecuencia y urgencia urinarias, orificio de la uretra roja o inflamada o inflamación de los testículos. En las mujeres, puede darse dispareunia, sangrado tras las relaciones sexuales, dolor en la zona abdominal, o sangrado uterino anormal. En ambos casos pueden aparecer dolor y escozor al orinar, secreciones anormales en la vagina o el pene y faringitis. Además, cuando la infección pasa al torrente sanguíneo puede aparecer fiebre, erupción cutánea o síntomas similares a la artritis⁴⁷.

Para su diagnóstico se analizan en el laboratorio muestras de los genitales, ano o faringe, en función de las prácticas sexuales que se hayan llevado a cabo. También puede realizarse un análisis de orina⁴⁶. Su tratamiento consiste en antibióticos (cefalosporinas), generalmente ceftriaxona vía parenteral⁴⁵. Además, es necesario estudiar a los contactos sexuales de la persona infectada⁴⁶.

D) VIH/SIDA

El VIH es el virus de inmunodeficiencia humana⁴⁸. Este virus ataca a los glóbulos blancos, debilitando el sistema inmunitario y aumentando el riesgo de contagio de otras enfermedades e infecciones⁴⁹.

Es importante conocer las vías de transmisión del VIH: sexual, sanguínea y madre-hijo. Respecto a la vía de transmisión sexual, consiste básicamente en la penetración sin preservativo⁵⁰.

Las primeras semanas tras la infección, pueden aparecer síntomas como fiebre, cefalea, faringitis y erupción cutánea, aunque en muchas ocasiones la persona permanece asintomática. Posteriormente, puede aparecer diarrea y pérdida de peso, tos e inflamación en los ganglios linfáticos. Si el paciente no recibe tratamiento, pueden aparecer enfermedades como tuberculosis, meningitis y otras infecciones causadas por bacterias o algún tipo de cáncer⁴⁹.

Su tratamiento consiste en la toma de antirretrovirales⁴⁹. Cuando no se accede al tratamiento y la infección avanza, aparecen los síntomas y signos propios del sida o síndrome de inmunodeficiencia adquirida^{48,50}.

Para el diagnóstico de la infección por VIH se utilizan test de sangre o saliva que detectan los anticuerpos que aparecen en el organismo tras la infección, lo cual suele ocurrir tras 28 días aproximadamente⁴⁹.

Los antirretrovirales han permitido cronificar la infección⁴⁸, deteniendo la multiplicación del virus y el avance de los síntomas y evitando el contagio en caso de que la persona infectada no tenga virus detectables en sangre⁴⁹.

E) Virus del papiloma humano (VPH)

Los VPH son un grupo de virus relacionados entre sí, existiendo más de 200 tipos. Se diferencian dos grupos de VPH en función del bajo o alto riesgo de transmisión por vía sexual. Los VPH de alto riesgo, como el VPH 16 y VPH 18, causan diferentes tipos de cáncer⁵¹ (en cuello de útero o cérvix, ano, boca, garganta, vagina, vulva o pene)⁵². En cambio, los de bajo riesgo suelen causar verrugas genitales, en el ano, boca o garganta, en función de la práctica sexual⁵¹.

En el caso del cáncer de cuello de útero se ha desarrollado un programa de carácter poblacional que consiste en realizar una prueba de detección del VPH como herramienta de cribado, ya que ha demostrado resultar efectivo en la reducción de la mortalidad de las mujeres con infección por este virus⁵³.

El uso de preservativo y la vacunación frente a VPH son las mejores formas de prevenir el contagio del virus⁵⁴. En lo que se refiere a la vacunación, las dos vacunas existentes actúan frente a los serotipos responsables del cáncer. Actualmente, todos los calendarios vacunales de las Comunidades Autónomas incluyen la vacunación frente al VPH tanto a niños como a niñas, si es posible antes de los 12 años, ya que es preferible que las personas vacunadas no se hayan infectado aún y esto solo se puede garantizar cuando todavía no se han mantenido relaciones sexuales⁵⁵.

F) Virus del herpes genital

El herpes genital puede ser causado por contacto con alguno de los dos tipos de virus del herpes simple. El virus de tipo 1 generalmente es responsable del herpes labial⁵⁶, aunque puede provocar herpes genital mediante la práctica de sexo oral⁵⁷. El virus de tipo 2 es el responsable mayoritario del herpes genital, mediante el contacto sexual y, la Organización Mundial de la Salud estima que alrededor de un 13% de la población mundial de 15 a 49 años han sido infectados con este virus⁵⁶.

En ocasiones la infección cursa de manera asintomática, aunque puede dar lugar a la aparición de vesículas en la zona que ha estado en contacto con el virus^{57,58}, lo cual se conoce como brote. Cuando dichas vesículas se rompen, aparecen úlceras dolorosas que se curan de forma espontánea en unos días. En ocasiones se acompaña de síntomas gripales como fiebre, inflamación de ganglios o dolores corporales⁵⁷.

Su diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque es posible confirmarlo realizando un cultivo de virus de las vesículas⁵⁹.

No hay cura para este virus y es frecuente que los brotes se repitan periódicamente, sobre todo durante el primer año tras la infección, aunque el tratamiento ayuda al control de los síntomas y reducir los brotes, así como a que el riesgo de transmisión del virus a otras personas sea menor⁵⁸.

G) Tricomoniasis

Se trata de una ITS causada por el protozoo *Trichomonas vaginalis*. En ocasiones cursa de forma asintomática, sobre todo en los hombres. En mujeres, los síntomas suelen consistir en un flujo vaginal anormal, con aspecto purulento, prurito, dolor durante la micción, enrojecimiento y dolor en la vagina y dispareunia. En el caso de los hombres, puede aparecer secreción uretral, uretritis, irritación en el pene o dolor al orinar⁶⁰.

El diagnóstico suele realizarse mediante un examen microscópico de muestras de secreciones vaginales o uretrales⁶⁰.

Normalmente se trata con metronidazol, siendo necesario que la pareja sexual de la persona infectada se trate también⁶¹.

H) Pediculosis púbica

La pediculosis púbica o piojos púbicos, comúnmente conocidos como ladillas, son parásitos que se adhieren al vello de la zona púbica, causando prurito en la zona genital que puede empeorar durante la noche y que puede aparecer inmediatamente tras la infestación o pasadas de 2 a 4 semanas⁶². En la infestación por piojos púbicos se suelen observar las liendres, así como los propios piojos caminando o adheridos al vello púbico o en otras zonas con pelo⁶³.

Para su diagnóstico se observará la presencia de las liendres o los piojos a través de un dermatoscopio⁶².

4. Anticonceptivos

La Organización Mundial de la Salud defiende el derecho a la salud sexual y reproductiva de las personas, el cual comprende el derecho a disfrutar de una vida sexual libre de riesgos y la capacidad de decidir libremente si tener descendencia o no, en qué momento y con qué frecuencia, para lo cual es necesario hacer efectivo el derecho de información y de planificación familiar, así como el acceso a métodos anticonceptivos seguros, eficaces y asequibles para regular la fecundidad, además de contemplar el derecho de acudir a servicios de atención a la salud que garanticen los partos sin riesgos⁶⁴.

Por tanto, el uso de anticonceptivos es una de las principales medidas para evitar los embarazos no deseados, permitiendo que tanto hombres como mujeres planifiquen y espacien sus embarazos y reduciendo el número de abortos⁶⁵. La información que se proporcione a los pacientes en materia anticonceptiva debe basarse en la última evidencia científica disponible, garantizando la seguridad y efectividad de cada método anticonceptivo, así como la accesibilidad al sistema sanitario, su eficiencia y equidad⁶⁶.

Tener conocimientos es esencial para que las adolescentes tengan una visión real del riesgo de embarazo que tienen, sobre todo cuando no tienen el deseo de quedar embarazadas y este se produce de forma no deseada. Conocer la realidad se relaciona con una susceptibilidad más real⁶⁷, en este caso de quedar embarazadas. Se ha observado que una baja susceptibilidad de quedar embarazada se ha asociado con un mayor riesgo de embarazos no deseados^{22,68}. Por otro lado, la percepción de susceptibilidad también influye de forma directa sobre alguna de las conductas a desarrollar para prevenir el embarazo, como, por ejemplo, el uso de anticonceptivos^{22,69}.

Una de las posibles clasificaciones de los métodos anticonceptivos es la que se expone a continuación:

A) Métodos naturales

Los anticonceptivos naturales pueden suponer alguna ventaja a aquellas mujeres que no desean utilizar anticonceptivos hormonales. Sin embargo, es importante tener en cuenta que es imprescindible un entrenamiento previo, tienen una elevada tasa de fracaso y no es posible su utilización cuando los ciclos menstruales no son regulares, como es el caso de la pubertad, la perimenopausia o el síndrome de ovario poliquístico⁷⁰.

A.1. Método del moco cervical o Billings

Este método requiere de un entrenamiento previo que permita a la mujer conocer las características de su moco cervical y poder así identificar los cambios que se producen en él en función de las diferentes fases del ciclo menstrual en que se encuentre, ya que en la fase preovulatoria aumentan los niveles de estrógenos⁷¹. No es un método adecuado para aquellas mujeres que tienen un flujo escaso⁷².

De esta forma, es necesario revisar el aspecto del moco cervical a diario y anotarlo en una tabla, diferenciando durante varios ciclos entre el moco poco fértil, de apariencia pastosa y pegajosa y color blanco o amarillento y el moco muy fértil, con aspecto más mojado, elástico y transparente, que puede estirarse hasta 2,5 cm entre los dedos sin romperse. Se debe evitar mantener relaciones sexuales con penetración y sin utilizar otro método anticonceptivo durante los días fértiles⁷².

Es necesario tener en cuenta que hay determinadas situaciones que provocan alteraciones en el moco cervical y en las que, por tanto, no se debe hacer uso de este método, como son la lactancia, la menopausia prematura, la toma de algunos medicamentos o de anticonceptivos hormonales recientemente, algunas enfermedades e ITS, la vaginitis y el estrés^{71,72}.

Tiene una eficacia de entre un 79 y un 86%⁷¹.

A.2. Método del calendario Ogino-Knaus

Este método se basa en la observación del ciclo menstrual y requiere un entrenamiento de unos 6 a 12 meses, en los que se debe anotar la duración de todos los ciclos menstruales. El primer día fértil se considera aquél que resulte de restar 18 días al ciclo más corto y el último se calcula restando 11 días al ciclo más largo, evitando durante estos días mantener relaciones sexuales con penetración y sin protección^{73,74}.

No se recomienda su uso en mujeres con ciclos ováricos irregulares⁷⁴.

Su eficacia está entre el 76 y el 86%⁷⁴.

A.3. Método de autopalpación cervical

Para poder confiar en este método como anticonceptivo, es necesario que la mujer tenga un elevado conocimiento de su cuerpo, siendo consciente de la apariencia del cuello uterino mediante su palpación con los dedos índice y corazón, ya que se basa en el cambio que éste experimenta durante la fase periovulatoria, en la que pasa a estar más abierto, blando y elevado⁷⁵.

A.4. Método de la temperatura corporal basal

Se basa en la elevación de entre 0,2 y 0,5°C de la temperatura corporal que se produce debido a la secreción de progesterona por el ovario desde el momento de la ovulación hasta la menstruación⁷⁵. Este método anticonceptivo se basa en evitar mantener relaciones sexuales con penetración hasta 3 días tras el incremento de la temperatura corporal⁷³.

A.5. Método sintotérmico

Es una combinación de los métodos del moco cervical o Billings, del calendario Ogino-Knaus, de autopalpación cervical y observación de la temperatura corporal⁷⁵.

A.6. Método de la lactancia-amenorrea o MELA

La lactancia materna suele bloquear la ovulación debido a la función de la prolactina, que se segrega para la producción de leche en las glándulas mamarias y actúa inhibiendo la producción de otras hormonas necesarias para que se produzca la ovulación⁷⁶. Durante la lactancia, se entiende por tanto que la mujer está en un período de infertilidad que termina cuando vuelve la menstruación.

Para que aumente la eficacia del método de lactancia-amenorrea, es preferible que la mujer no tenga la menstruación y que el bebé se alimente con leche materna de forma exclusiva, esto es, hasta los 6 meses de edad, a partir de los cuáles se introducirá la alimentación complementaria, haciendo que el bebé mame menos y que, por ello, pueda producirse la ovulación. Además, la lactancia se debe producir con no más de 4 horas de descanso durante el día o 6 horas durante la noche⁷⁶.

En estas circunstancias se habla de una eficacia de entre el 98 y el 99%⁷⁶.

B) Métodos de barrera

B.1. Condón o preservativo masculino

El preservativo es una funda elástica que cubre el pene antes de un contacto de tipo sexual. Está hecho de látex o de poliuretano, indicado para su uso en personas con alergia al látex. Consta de un depósito en su extremo dirigido a recoger el semen tras la eyaculación⁷⁷.

El modo correcto de uso de los preservativos masculinos es el siguiente^{77,78}:

- Comprobar que no ha sobrepasado la fecha de caducidad.
- Abrir el envoltorio del preservativo con cuidado para no dañarlo, sin utilizar los dientes ni tijeras.
- Retirar el preservativo y colocarlo en la cabeza del pene, una vez erecto, presionando la punta del preservativo para sacar el aire y desenrollándolo hasta la base del pene. Cuando el pene no es circunciso, debe retraerse el prepucio dejando al descubierto el glande antes de colocarlo.

- Cuando terminan las relaciones sexuales y mientras el pene sigue erecto, retirar el preservativo sujetándolo por la base, para evitar que se deslice y se quede en el interior de la vagina.
- Tirar el preservativo a la basura.

Se trata de un método anticonceptivo muy eficaz y seguro frente a los embarazos no deseados y la mayoría de las ITS, siempre que se haga un uso sistemático y correcto durante las relaciones sexuales, ya sean vaginales, anales u orales. El uso de preservativo masculino de forma habitual aporta a las mujeres una protección del 98% frente a embarazos no deseados⁷⁹.

Es importante tener en cuenta que los lubricantes a utilizar con preservativos deben estar hechos a base de agua o silicona, para no dañarlo o romperlo. El uso de lubricantes disminuye el riesgo de que el preservativo se dañe o se deslice durante su uso⁷⁹.

B.2. Preservativo femenino

El preservativo femenino o preservativo interno consiste en una bolsa de nitrilo que se introduce en la vagina, cubriendo su interior y creando una barrera que impide que el semen llegue al óvulo, evitando los embarazos no deseados y previniendo también las ITS. Puede utilizarse también en el interior del ano⁸⁰. Tiene dos anillos. Uno más grueso, en el extremo cerrado, que se coloca en el interior de la vagina y evita que el preservativo se mueva y otro más fino, el externo, que se deja en el exterior cubriendo el orificio de la vagina⁸¹.

Las instrucciones de uso del condón femenino son las siguientes^{81,82}:

- Comprobar la fecha de caducidad antes de su uso.
- Abrir el envoltorio con cuidado, sin utilizar los dientes ni tijeras.
- Colocarse en una postura cómoda y relajada, como recostada, de pie con una pierna flexionada sobre una silla o en cuclillas. Apretar los bordes del anillo interno e introducirlo en la vagina, de forma similar a colocarse un tampón.
- El anillo externo debe quedar fuera de la vagina, cubriendo los labios.
- Sujetar el anillo exterior mientras se guía en pene de la pareja sexual a la abertura del preservativo.

- Girar el anillo exterior sobre sí mismo antes de su retirada para procurar que el esperma permanezca en el interior del preservativo y tirar de él con delicadeza para sacarlo.
- Tirarlo a la basura, dado que no se puede reutilizar.

Además, antes de introducirlo en la vagina o el ano, es importante comprobar que no está deteriorado. El uso de lubricante puede favorecer su introducción en la cavidad vaginal o anal. No se debe utilizar junto con el preservativo masculino porque se pueden romper⁸².

El porcentaje de efectividad en caso de uso correcto es del 95%, pero en condiciones habituales se entiende que su eficacia disminuye a una cifra entre el 75% y el 82%⁸³.

B.3. Diafragma

El diafragma es un capuchón blando flexible, de látex o silicona, que se introduce en la vagina cubriendo el cuello del útero antes de una relación sexual, evitando que el esperma llegue al óvulo^{84,85}.

Es más efectivo si se usa junto a un espermicida. Se puede reutilizar, pero no debe compartirse con otras mujeres⁸⁴.

Para un uso correcto de este método anticonceptivo deben seguirse los siguientes pasos^{84,85}:

- Lavarse bien las manos antes de su colocación.
- Aplicar crema espermicida por toda la superficie del diafragma, incluyendo ambas caras y sus bordes.
- En una posición cómoda, similar a la utilizada para la inserción de un tampón (de pie con una pierna sobre una silla, acostada o en cuclillas), separar los labios de la vulva con una mano y apretar el aro del diafragma con la otra, para que se doble a la mitad.
- Introducir el diafragma en el interior de la vagina, hasta donde sea posible. La cúpula debe estar colocada hacia abajo, de manera que cubra la totalidad del cérvix y el borde debe quedar colocado tras el hueso púbico.

- El diafragma debe colocarse entre 10 minutos y dos horas antes de la relación sexual, para asegurar que el espermicida actúa adecuadamente durante la misma.

- Para su retirada deben haber pasado un mínimo de 6 horas y un máximo de 24h, ya que puede aumentar el riesgo de infección. En caso de que se mantenga una nueva relación sexual y el diafragma aún esté colocado en el interior de la vagina, no es necesaria su retirada, pero debe aplicarse espermicida en la vagina antes de cada relación sexual. Se retira enganchando con el dedo el aro del diafragma y tirando de él hacia abajo y afuera.

Para un correcto mantenimiento, debe lavarse con agua y jabón neutro, permitiendo que seque al aire y guardándolo en su caja. No se puede hervir ni utilizar ningún producto para su limpieza o desinfección⁸⁴.

Su eficacia depende de que la talla sea correcta, de que esté bien colocado y ajustado, de que se utilice junto con el espermicida de forma adecuada y de su uso en cada relación sexual. Se estima que es del 88%⁸⁶.

B.4. Capuchón cervical

Es una copa de silicona que se coloca en el interior de la vagina, cubriendo el cérvix. Actúa de forma similar al diafragma, con la diferencia de que es de menor tamaño y que puede dejarse puesto hasta 48 horas. Al igual que aquél, tiene que utilizarse junto con espermicida⁸⁷.

B.5. Esponjas vaginales

Es una esponja de plástico blando recubierta de espermicida que se introduce en la vagina cubriendo el cuello del útero de forma previa a la relación sexual con penetración⁸⁸.

Puede colocarse hasta 24 horas antes de la relación sexual, tratando que llegue al fondo de la vagina y que cubra bien el cérvix. Puede mantenerse colocada entre 6 y 8 horas⁸⁹.

Su uso conlleva algún riesgo como la irritación de la vagina, una posible reacción alérgica o, en raras ocasiones, el síndrome de shock tóxico⁸⁹.

En mujeres nulíparas su eficacia es mayor⁸⁹.

B.6. Espermicidas

Son productos químicos en forma de gel, espuma, crema o supositorio que se introducen en la vagina 10 minutos antes del coito impidiendo el movimiento de los espermatozoides durante una hora aproximadamente. Lo ideal es utilizarlos junto con otros métodos anticonceptivos, ya que por sí mismos no tienen demasiada eficacia⁸⁹.

C) Métodos hormonales

Según la vía de administración, los métodos anticonceptivos hormonales se clasifican en:

C.1. Anticonceptivos hormonales orales

- Anticonceptivos hormonales orales combinados

Están compuesto por un estrógeno y un progestágeno sintéticos que producen la inhibición de la ovulación, por lo que su eficacia anticonceptiva es elevada y reversible cuando se finaliza su administración⁹⁰.

En función de la composición de estrógenos y progestágenos se diferencian en:

- a) Monofásicos: todos los comprimidos tienen igual dosis de estrógenos y progestágenos.
- b) Bifásicos: combinan dosis variables de estrógenos y progestágenos en dos etapas del ciclo menstrual.
- c) Trifásicos: combinan dosis variables de estrógenos y progestágenos en tres etapas del ciclo.

- Anticonceptivos hormonales orales solo con gestágenos

C.2. Anticonceptivos solo con gestágenos (otras vías de administración)

- Inyectable trimestral

Consiste en la administración de un inyectable vía intramuscular, que libera de forma gradual progesterona durante 3 meses, inhibiendo la ovulación y provocando que el flujo sea más espeso⁹¹.

- Implante subcutáneo

Se trata de una varilla de plástico blando y flexible que se inserta vía subcutánea en el brazo y que va liberando durante 3 años un progestágeno sintético que actúa impidiendo la ovulación y provocando modificaciones en el cuello del útero que hacen más difícil la entrada de espermatozoides en el útero⁹².

- DIU de levonorgestrel

Es un dispositivo de plástico flexible con forma de T que se introduce en el útero liberando levonorgestrel, modificando la matriz uterina y espesando el moco del cuello uterino para evitar que los espermatozoides entren en el útero⁹³.

C.3. Anillo vaginal

Es un aro de plástico flexible que se introduce con los dedos en la vagina, de forma similar a un tampón, liberando progesterona durante 3 semanas⁹⁴.

Se entiende que está bien colocado si no se nota al caminar después de su inserción⁹⁴. En caso de estar incómoda, se debe empujar más hacia el interior de la vagina⁹⁵.

Para su extracción, simplemente hay que introducir los dedos en la vagina y tirar de él hacia fuera y desechándolo en la basura⁹⁵.

Es preferible que el anillo no sea retirado durante las relaciones sexuales ya que acaba perdiendo su eficacia cuando pasa tiempo fuera de la vagina⁹⁴.

Se recomienda utilizar un método anticonceptivo alternativo, como el preservativo, durante los 7 primeros días de uso del anillo vaginal⁹⁴.

C.4. Parche anticonceptivo

Es una lámina cuadrada de unos 4 cm, de plástico, que se pega a la piel liberando estrógenos y progestágenos, los cuales actúan inhibiendo la ovulación⁹⁶ y espesando el moco cervical⁹⁷.

Se coloca un parche por semana en los glúteos, el abdomen, la zona exterior del brazo o la parte superior de la espalda, dejando una semana de descanso durante los días 22 a 28 del ciclo menstrual⁹⁸.

C.5. DIU o dispositivo intrauterino

Es un dispositivo plástico con forma de T que se introduce en el útero. Hay dos tipos de DIU: de cobre y hormonal, liberador de progesterona (este último ya ha sido explicado anteriormente)⁷⁵. El DIU de cobre impide que los espermatozoides lleguen al óvulo⁹⁹.

Durante el procedimiento de inserción el DIU es normal sentir dolor, cólicos o mareos¹⁰⁰.

D) Esterilización quirúrgica femenina

Consiste en bloquear las trompas de Falopio impidiendo que el espermatozoide llegue al óvulo. Puede ser quirúrgica o no quirúrgica. Es un método anticonceptivo definitivo¹⁰¹.

E) Esterilización quirúrgica masculina

Se trata de un método anticonceptivo permanente pero reversible que consiste en seccionar los conductos deferentes evitando que los espermatozoides salgan hacia el exterior. Para confirmar su eficacia requiere la realización de un seminograma a los 3 meses, durante los cuáles debe utilizarse otro método anticonceptivo alternativo¹⁰².

F) Anticoncepción de emergencia (AE)

Incluye los anticonceptivos que se utilizan tras haber mantenido relaciones sexuales sin utilizar ningún método anticonceptivo o en caso de haber hecho uso de él de forma incorrecta o inconsistente. Se debe hacer uso de la anticoncepción de urgencia hasta un máximo de 5 días tras la relación sexual sin protección, pero su eficacia será mayor cuanto menos tiempo haya pasado desde la misma¹⁰³.

Son anticonceptivos de urgencia la píldora de levonorgestrel o de acetato de ulipristal o el DIU de cobre de alta carga⁷⁵.

5. Uso de apps sobre salud sexual y reproductiva

Se pueden señalar varios puntos a favor de la integración de las apps como herramientas que contribuyan a la prevención de los embarazos no deseados.

Por un lado, el porcentaje de población adolescente usuaria de teléfonos móviles se ha incrementado de forma notable, hasta el punto de que, en España, según la Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los hogares del año 2024¹⁰⁴, prácticamente el 100% de las mujeres en edad reproductiva son usuarias habituales de este tipo de dispositivos. Existen apps sobre salud sexual que han mostrado ser factibles y los propios usuarios de las mismas creen que pueden ser una buena manera de aumentar los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva¹⁰⁵. La bibliografía existente apoya el uso de tecnología móvil para abordar aspectos específicamente relacionados con conductas sexuales, como el mayor uso de anticonceptivos¹⁰⁶.

El número de apps disponibles en las tiendas digitales relacionadas con la prevención del embarazo es muy alto, por lo que antes de que un profesional sanitario recomiende el uso de una app a una paciente, es necesario llevar a cabo un proceso de revisión previo para poder determinar si es o no adecuada para su uso. Si bien existen diferentes metodologías para que las revisiones de apps, cabe destacar la desarrollada por Gasteiger et al.¹⁰⁷, la cual incluye el cumplimiento de los siguientes pasos:

1. Formular una pregunta u objetivo de investigación.
2. Realizar búsquedas exploratorias y desarrollar un protocolo.
3. Determinar los criterios de elegibilidad mediante el marco TECH (determinar las características del público objetivo de la app, el enfoque de su evaluación, la conectividad y el tema de salud del que trata).
4. Buscar y seleccionar las aplicaciones de salud.
5. Extraer datos.
6. Evaluar la calidad, funcionalidad y otras evaluaciones.
7. Analizar y resumir los hallazgos.

De este modo, Martín Payo et al.¹⁰⁸ realizaron una revisión de las apps disponibles en las tiendas de aplicaciones App Store y Google Play Store que pudieran ser utilizadas por los pacientes para la prevención de embarazos no deseados. Los resultados indican que más de un 98% de las apps disponibles en las tiendas virtuales que, según su título parecían ir dirigidas a la prevención de los embarazos no deseados fueron descartadas en un inicio, la mayor parte de ellas por no tener relación con el tema una vez leída la descripción de la app, o por estar en idioma no español. Según los resultados de este estudio la categoría que se incluyó con mayor frecuencia en las apps analizadas fue la relacionada con los métodos anticonceptivos, al igual que en otras apps evaluadas en estudios previos¹⁰⁹.

Por otra parte, antes de recomendar a la población el uso de una app relacionada con la salud es importante conocer si tiene la capacidad suficiente para acceder a ella, utilizarla y comprenderla. Con este objetivo se han desarrollado diferentes modelos teóricos, como el de Norgaard et al.¹¹⁰, según los cuáles para entender que un individuo tiene la capacidad para beneficiarse de una tecnología dirigida a promover y mantener su salud es necesario que se den las siguientes circunstancias:

1. Capacidad para procesar la información
2. Compromiso con la propia salud
3. Capacidad para utilizar activamente con la tecnología digital
4. Sentirse seguro y con control
5. Estar motivado para interactuar con la tecnología digital
6. Poder acceder a tecnología digital eficaz
7. Adaptación de la tecnología a las necesidades individuales de los usuarios

6. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1975 [acceso el 13 de marzo de 2025]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38247/WHO_TRS_572.pdf;jsessionid=2184D51F1D64BD28F070A2EFA721E965?sequence=1
2. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, nº 311, (29-12-1978).
3. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29-04-1986).
4. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, nº 55, (04-04-2010).
5. Ministerio de Sanidad. Criterios de formación en salud sexual integral para profesionales de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [acceso el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ca/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Criterios_formacion_Salud_Sexual_Integral_Atencion_Primaria.pdf
6. Grupo PrevInfad. Prevención del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes [Internet]. Madrid: PrevInfad; 2013 [acceso el 1 de marzo de 2025]. Disponible en: <http://previnfad.aepap.org/monografia/embarazo-its#definiciones>
7. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la población mundial 2022. Visibilizar lo invisible. La necesidad de actuar para poner fin a la crisis desatendida de los embarazos no intencionales [Internet]. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas. 2022 [acceso el 21 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES_SWP22%20report_0.pdf
8. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [acceso 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/adolescent-pregnancy>
9. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status

- of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *Lancet Glob Health*. 2020; 8(9):e1152-e1161. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30315-6.
10. Ministerio de Sanidad. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2023 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 [acceso el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/IVE2280924111941132.pdf>
 11. European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights. Contraception Policy Atlas Europe [Internet]. Bruselas: European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights; 2023 [acceso el 11 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.epfweb.org/sites/default/files/2023-02/Contraception_Policy_Atlas_Europe2023.pdf
 12. Bain LE, Zweckhorst MBM, de Cock Buning T. Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. *Afr J Reprod Health*. 2020; 24(2):187-205. doi: 10.29063/ajrh2020/v24i2.18.
 13. Badillo-Viloria M, Mendoza-Sánchez X, Barreto Vásquez M, Díaz-Pérez A. Comportamientos sexuales riesgosos y factores asociados entre estudiantes universitarios en Barranquilla, Colombia, 2019. *Enf Global*. 2020; 19(3):422-49.
 14. Bradley SEK, Polis CB, Bankole A, Croft T. Global Contraceptive Failure Rates: Who Is Most at Risk? *Stud Fam Plann*. 2019; 50(1):3-24. doi: 10.1111/sifp.12085.
 15. Claringbold L, Sanci L, Temple-Smith M. Factors influencing young women's contraceptive choices. *Aust J Gen Pract*. 2019; 48(6):389-94. doi: 10.31128/AJGP-09-18-4710.
 16. Melgar JLD, Melgar AR, Festin MPR, Hoopes AJ, Chandra-Mouli V. Assessment of country policies affecting reproductive health for adolescents in the Philippines. *Reprod Health*. 2018; 15(1):205. doi: 10.1186/s12978-018-0638-9.
 17. Enthoven CA, El Marroun H, Koopman-Verhoeff ME, Jansen W, Lambregtse-van den Berg MP, Sondejker F, et al. Clustering of characteristics associated with unplanned pregnancies: the generation R study. *BMC Public Health*. 2022; 22(1):1957. doi: 10.1186/s12889-022-14342-y.

18. Vanegas-Coveña DP, Parrón-Carreño T, Aranda-Torres C, Alarcón Rodríguez R. Factores de riesgo asociados con embarazos no deseados en mujeres estudiantes de medicina. *Gac Med Mex.* 2019; 155(4):357-62. doi: 10.24875/GMM.19004627.
19. Stokłosa I, Stokłosa M, Porwolik M, Bugajski M, Więckiewicz G, Piegza M, et al. Analysis of High-Risk Sexual Behavior among Polish University Students. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(7):3737. doi: 10.3390/ijerph18073737.
20. Mulet P, Deyá M, Hernández M, Frias A. Consequences of teenage pregnancy: a bibliographic review. *Rev. Mill.* 2021; 2(9e):13-22.
21. Dir AL, Hulvershorn LA, Aalsma MC. The Role of Pregnancy Concerns in the Relationship between Substance Use and Unprotected Sex among Adolescents. *Subst Use* 10.1080/10826084.2018.1524912.
22. Britton LE, Judge-Golden CP, Wolgemuth TE, Zhao X, Mor MK, Callegari LS, et al. Associations Between Perceived Susceptibility to Pregnancy and Contraceptive Use in a National Sample of Women Veterans. *Perspect Sex Reprod Health.* 2019; 51(4):211-8. doi: 10.1363/psrh.12122.
23. Martins SL, Hellerstedt WL, Brady SS, Mason SM. Sexual and reproductive health during international travel: Expectations and experiences among female university students. *J Am Coll Health.* 2022; 70(7):2108-15. doi: 10.1080/07448481.2020.1844717.
24. Sharman LS, Douglas H, Price E, Sheeran N, Dingle GA. Associations Between Unintended Pregnancy, Domestic Violence, and Sexual Assault in a Population of Queensland Women. *Psychiatr Psychol Law.* 2018; 26(4):541-52. doi: 10.1080/13218719.2018.1510347.
25. Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani SD, Hassanzadeh-Rostami Z, Torkestani F, Rabiee SM, Ashrafian Amiri H, et al. Prevalence, Associated Factors and Consequences of Unwanted Pregnancy in Iran. *Iran J Public Health.* 2020; 49(8):1530-8. doi: 10.18502/ijph.v49i8.3897.
26. Rahman M, Nasrin SO, Rahman M, Rahman A, Mostofa G, Jesmin SS, et al. Maternal pregnancy intention and its association with low birthweight and pregnancy complications in Bangladesh: findings from a hospital-based study. *Int Health.* 2019; 11(6):447-54. doi: 10.1093/inthealth/ihz010.
27. Dehingia N, Dixit A, Atmavilas Y, Chandurkar D, Singh K, Silverman J, Raj A. Unintended pregnancy and maternal health complications: cross-sectional analysis of data from rural Uttar Pradesh, India. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020; 20(1):188. doi: 10.1186/s12884-020-2848-8.

28. Dagher RK, Bruckheim HE, Colpe LJ, Edwards E, White DB. Perinatal Depression: Challenges and Opportunities. *J Womens Health (Larchmt)*. 2021; 30(2):154-9. doi: 10.1089/jwh.2020.8862. 8. Bibliografía 140
29. Moseson H, Mahanaimy M, Dehlendorf C, Gerdtz C. "...Society is, at the end of the day, still going to stigmatize you no matter which way": A qualitative study of the impact of stigma on social support during unintended pregnancy in early adulthood. *PLoS One*. 2019; 14(5):e0217308. doi: 10.1371/journal.pone.0217308.
30. Organización Mundial de la Salud. Aborto [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [acceso el 21 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
31. Eftekhariyazdi M, Mehrbakhsh M, Neamatshahi M, Moghadam MY. Comparison of pregnancy complications in unintended and intended pregnancy: A prospective follow-up study. *Biomedicine (Taipei)*. 2021; 11(4):51-6. doi: 10.37796/2211-8039.1192.
32. Mohamed EAB, Hamed AF, Yousef FMA, Ahmed EA. Prevalence, determinants, and outcomes of unintended pregnancy in Sohag district, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc*. 2019; 94(1):14. doi: 10.1186/s42506-019-0014-9.
33. Cancio-Suárez M, Martín-Jiménez E, Rodríguez-Domínguez M, García Da Silva AM, Fernández-Félix BM, Romero-Hernández B, et al. Chlamydia Trachomatis Prevalence in Asymptomatic Women in Madrid: Study Findings and Their Association with Risk Factors and Mental Health. *Biomedicines*. 2024;12(9):1999. doi: 10.3390/biomedicines12091999.
34. Instituto de Salud Carlos III. Se mantiene la tendencia creciente de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en España en 2023 [Internet]. Madrid: Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Instituto de Salud Carlos III; 2024 [acceso el 24 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.isciii.es/w/se-mantiene-la-tendencia-creciente-de-las-infecciones-de-transmisi%C3%B3n-sexual-its-en-espa%C3%B1a-en-2023>
35. Medline Plus, Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU Infecciones de transmisión sexual [Internet]. Bethesda: Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU; 2024 [acceso el 23 de marzo de 2025]. Disponible en: [https://medlineplus.gov/spanish/sexuallytransmittedinfections.html#:~:text=Las%20infecciones%20de%20transmisi%C3%B3n%20sexual%20\(ITS\)%20o%20enfermedades%20de%20transmisi%C3%B3n,ser%20vaginal%2C%20oral%20y%20anal](https://medlineplus.gov/spanish/sexuallytransmittedinfections.html#:~:text=Las%20infecciones%20de%20transmisi%C3%B3n%20sexual%20(ITS)%20o%20enfermedades%20de%20transmisi%C3%B3n,ser%20vaginal%2C%20oral%20y%20anal)

36. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2024 [acceso el 23 de marzo de 2025]. Disponible en: [\]https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
37. Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual [Internet]. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2024 [acceso el 24 de marzo de 2025]. Disponible en: https://cne.isciii.es/documents/d/cne/vigilancia_its_1995_2023-2
38. Organización Panamericana de la Salud. Sífilis [Internet]. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2024 [acceso el 24 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/sifilis#:~:text=La%20s%C3%ADfilis%20es%20una%20infecci%C3%B3n,una%20morbilidad%20y%20mortalidad%20sustanciales>
39. US Centers for Disease Control and Prevention. Acerca de la sífilis [Internet]. Druid Hills: US Centers for Disease Control and Prevention; 2024 [acceso el 31 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/syphilis/es/about/acerca-de-la-sifilis.html>
40. Organización Mundial de la Salud. Sífilis [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024 [acceso el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/syphilis>
41. Medline Plus, Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU. Infecciones por clamidia [Internet]. Bethesda: Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU; 2023 [acceso el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/chlamydiainfections.html>
42. Organización Panamericana de la Salud. Clamidiasis [Internet]. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2023 [acceso el 24 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/clamidiasis>
43. Ministerio de Sanidad. Infección por Clamidia [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Gobierno de España; [acceso el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/hojaInformativa/CLAMIDIA.pdf>
44. Organización Mundial de la Salud. Clamidiosis [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024 [acceso el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chlamydia>

45. Organización Mundial de la Salud. Gonorrea (infección por *Neisseria gonorrhoeae*) [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024 [acceso el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gonorrhoea-\(neisseria-gonorrhoeae-infection\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gonorrhoea-(neisseria-gonorrhoeae-infection))
46. Osakidetza. Gonorrea o infección gonocócica [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza; 2025 [acceso el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/gonorrea-o-infeccion-gonococica/webosk00-oesintrs/es/>
47. Medline Plus, Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU. Gonorrea [Internet]. Bethesda: Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU; 2023 [acceso el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007267.htm>
48. Medline Plus, Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU. VIH [Internet]. Bethesda: Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU; 2024 [acceso el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/hiv.html#:~:text=Sida%20significa%20s%C3%ADndrome%20de%20inmunodeficiencia,personas%20con%20VIH%20desarrollan%20sida.>
49. Organización Mundial de la Salud. VIH y sida [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 [acceso el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
50. Ministerio de Sanidad. La infección por VIH y el SIDA [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2019 [acceso el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/queesSidaVih.htm>
51. Instituto Nacional del Cáncer. El virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer [Internet]. Bethesda: Instituto Nacional del Cáncer; 2023 [acceso el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/germenes-infecciosos/vph-y-cancer>
52. Medline Plus, Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU. Virus del papiloma humano [Internet]. Bethesda: Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU; 2024 [acceso el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/hiv.html#:~:text=Sida%20significa%20s%C3%ADndrome%20de%20inmunodeficiencia,personas%20con%20VIH%20desarrollan%20sida.>

53. Ministerio de Sanidad. Información General [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 [acceso el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/cribadoCancer/cancerCervix/infoGeneral.htm>
54. Comunidad de Madrid. Virus del Papiloma Humano [Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid; 2025 [acceso el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/virus-papiloma-humano>
55. Asociación Española de Pediatría. Vacuna Papilomavirus Humano [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2024 [acceso el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://vacunasaep.org/familias/vacunas-una-a-una/vacuna-papilomavirus-humano>
56. Organización Mundial de la Salud. Virus del herpes simple [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024 [acceso el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/herpes-simplex-virus>
57. US Centers for Disease Control and Prevention. Acerca del herpes genital [Internet]. Druid Hills: US Centers for Disease Control and Prevention; 2024 [acceso el 31 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/herpes/es/about/acerca-del-herpes-genital.html>
58. Medline Plus, Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU. Herpes genital [Internet]. Bethesda: Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU; 2024 [acceso el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/genitalherpes.html>
59. Clínica Universidad de Navarra. Herpes simple [Internet]. Pamplona: Clínica Universidad de Navarra; 2025. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/herpes-simple>
60. Organización Mundial de la Salud. Tricomoniasis [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024 [acceso el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/trichomoniasis>
61. Sociedad Española de Medicina Interna. Tricomoniasis [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Medicina Interna; 2025 [acceso el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/tricomoniasis>

62. Medline Plus, Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU. VIH [Internet]. Bethesda: Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU; 2024 [acceso el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000841.htm>
63. US Centers for Disease Control and Prevention. Acerca de los piojos púbicos (“ladillas”) [Internet]. Druid Hills: US Centers for Disease Control and Prevention; 2024 [acceso el 26 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/lice/es/about/acerca-de-los-piojos-publicos-ladillas.html>
64. Organización Mundial de la Salud. La Salud Sexual y su relación con la salud reproductiva. Un enfoque operativo [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 [acceso el 13 de enero de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884_spa.pdf
65. López García-Franco 2022→ López García-Franco A, Baeyens Fernández JA, Iglesias Piñeiro MJ, Alonso Coello P, Ruiz Cabello C, Pereira Iglesias A, et al. Actividades preventivas en la mujer. Actualización PAPPS 2022. Aten Primaria. 2022; 54(1):102471.
66. Gavin L, Pazol K, Ahrens K. Update: Providing Quality Family Planning Services - Recommendations from CDC and the U.S Office of Population Affairs, 2017. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2017; 66(50): 1383-5. doi: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6650a4>
67. Yau S, Wongsawat P, Songthap A. Knowledge, Attitude and Perception of Risk and Preventive Behaviors toward Premarital Sexual Practice among In School Adolescents. Eur J Investig Health Psychol Educ. 2020; 10(1):497-510. doi: 10.3390/ejihpe10010036.
68. Londeree J, Nguyen N, Nguyen LH, Tran DH, Gallo MF. Underestimation of pregnancy risk among women in Vietnam. BMC Womens Health. 2020; 20(1):159. doi: 10.1186/s12905-020-01013-6.
69. Gemmill A. Perceived Subfecundity and Contraceptive Use Among Young Adult U.S. Women. Perspect Sex Reprod Health. 2018; 50(3):119-127. doi: 10.1363/psrh.12072.
70. Genazzani AR, Fidecicchi T, Arduini D, Giannini A, Simoncini T. Hormonal and natural contraceptives: a review on efficacy and risks of different methods for an informed choice. Gynecol Endocrinol. 2023;39(1):2247093. doi:10.1080/09513590.2023.2247093.

71. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Método de Billings [Internet]. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Generalitat de Catalunya; [acceso el 26 de marzo de 2025]. Disponible en: https://decision compartides.gencat.cat/web/.content/migrat/decision_s_compartides/anticoncepcio/metodes_anticoncepcio/fitxes_metodes_pdf/fitxes/16_metodes_naturals_billings_es.pdf
72. Planned Parenthood. ¿Qué es el método del moco cervical para la observación de la fertilidad? [Internet]. Brownsville: Planned Parenthood; 2024 [acceso el 26 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/metodos-basados-en-la-observacion-de-la-fertilidad-fam/en-que-consiste-el-metodo-del-moco-cervical-de-observacion-de-la>
73. Organización Mundial de la Salud. Planificación natural de la familia. Guía para la prestación de servicios [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1989 [acceso el 26 de marzo de 2025]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/41232/9243542419_spa.pdf?sequence=1
74. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Método de Ogino-Knaus [Internet]. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Generalitat de Catalunya; [acceso el 26 de marzo de 2025]. Disponible en: https://decision compartides.gencat.cat/web/.content/migrat/decision_s_compartides/anticoncepcio/metodes_anticoncepcio/fitxes_metodes_pdf/fitxes/21_metodes_naturals_ogino_es.pdf
75. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Anticoncepción en Atención Primaria. Actividad formativa [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia; 2022 [acceso el 26 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.semg.es/images/2022/Documentos/Anticoncepcion_en_Atencion_Primaria.pdf
76. Asociación Profesional de Matronas Extremeñas. Método MELA [Internet]. Cáceres: Asociación Profesional de Matronas Extremeñas; 2020 [acceso el 26 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://matronasextremadura.org/metodo-mela/>
77. Asociación Española de Pediatría. Preservativo masculino [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2024 [acceso el 26 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es/vida-sana/preservativo-masculino>

78. US Centers for Disease Control and Prevention. Cómo usar un condón [Internet]. Druid Hills: US Centers for Disease Control and Prevention; 2024 [acceso el 26 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/condom-use/es/resources/como-usar-un-condon-1.html>
79. Organización Mundial de la Salud. Preservativos [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2025 [acceso 24 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/condoms>
80. Planned condón femenino → Planned Parenthood. Condón interno (condón femenino) [Internet]. Brownsville: Planned Parenthood; 2024 [acceso el 26 de marzo de 2025]. Disponible en: [https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/condon-interno#:~:text=El%20cond%C3%B3n%20interno%20\(cond%C3%B3n%20femenino\)%2C%20es%20una%20bolsita%20de,el%20embarazo%20no%20puede%20ocurrir](https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/condon-interno#:~:text=El%20cond%C3%B3n%20interno%20(cond%C3%B3n%20femenino)%2C%20es%20una%20bolsita%20de,el%20embarazo%20no%20puede%20ocurrir)
81. Chile condón femenino → Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Pasos para el uso correcto del condón femenino [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, Gobierno de Chile; 2024 [acceso el 26 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://medicina.uchile.cl/dam/jcr:980dc303-7bd6-4864-9410-3e086cf7f551/uso-condon-femenino-v2.pdf>
82. US Centers for Disease Control and Prevention. Cómo usar un condón femenino (interno) [Internet]. Druid Hills: US Centers for Disease Control and Prevention; 2024 [acceso el 26 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/condom-use/es/resources/como-usar-un-condon-femenino-interno-1.html>
83. Medline Plus, Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU. Condones femeninos [Internet]. Bethesda: Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU; 2024 [acceso el 26 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/004002.htm>
84. Asociación Española de Pediatría. Preservativo masculino [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2014 [acceso el 26 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es/vida-sana/diafragma-un-metodo-anticonceptivo>

85. Planned Parenthood. Diafragma [Internet]. Brownsville: Planned Parenthood; 2025 [acceso el 26 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/diafragma>
86. Nemours KidsHealth. El diafragma [Internet]. Jacksonville: Nemours Foundation; 2018 [acceso el 26 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/teens/contraception-diaphragm.html>
87. Planned Parenthood. Capuchón cervical [Internet]. Brownsville: Planned Parenthood; 2024 [acceso el 26 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/capuchon-cervical>
88. Planned Parenthood. Esponja anticonceptiva [Internet]. Brownsville: Planned Parenthood; 2024 [acceso el 26 de marzo de 2025]. Disponible en: [https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/esponja-anticonceptiva#:~:text=La%20esponja%20anticonceptiva%20\(tambi%C3%A9n%20conocida,espermicida%20para%20evitar%20el%20embarazo.](https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/esponja-anticonceptiva#:~:text=La%20esponja%20anticonceptiva%20(tambi%C3%A9n%20conocida,espermicida%20para%20evitar%20el%20embarazo.)
89. Medline Plus, Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU. Esponja vaginal y los espermicidas [Internet]. Bethesda: Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU; 2024 [acceso el 26 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/004003.htm>
90. Sociedad Española de Contracepción. Protocolo de Anticoncepción Hormonal Combinada. Oral, transdérmica y vaginal [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Contracepción; 2019 [acceso el 28 de marzo de 2025]. Disponible en: https://hosting.sec.es/descargas/PROTOCOLOS/PR_AH_Combinada_Oral_Transdermica_Vaginal_JoseQuilez_FIRMADO.pdf
91. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Anticonceptivo inyectable de gestágeno [Internet]. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Generalitat de Catalunya; [acceso el 26 de marzo de 2025]. Disponible en: https://decisionscmpartides.gencat.cat/web/.content/migrat/decisionscmpartides/anticoncepcio_hormonal/metodes/fitxes_pdf/anticonceptiu_injectable_gestageno_es.pdf

92. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Prospecto Implanon NXT 68 mg Implante [Internet]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Ministerio de Sanidad, Gobierno de España; 2024 [acceso el 27 de marzo de 2025]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dohtml/p/62628/P_62628.html
93. Medline Plus, Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU. Sistema intrauterino de levonorgestrel [Internet]. Bethesda: Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU; 2023 [acceso el 26 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a613047-es.html>
94. Planned Parenthood. ¿Cómo debo usar el anillo vaginal? [Internet]. Brownsville: Planned Parenthood; 2024 [acceso el 26 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/anillo-anticonceptivo-vaginal-nuvaring/como-debo-usar-el-nuvaring>
95. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Prospecto Ornibel 0,120 mg/0,015 mg cada 24 horas sistema de liberación vaginal EFG [Internet]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Ministerio de Sanidad, Gobierno de España; 2024 [acceso el 27 de marzo de 2025]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dohtml/p/82125/P_82125.html
96. Asociación Española de Pediatría. Parche anticonceptivo [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2015 [acceso el 27 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es/vida-sana/parche-anticonceptivo>
97. Planned Parenthood. Parche anticonceptivo [Internet]. Brownsville: Planned Parenthood; 2024 [acceso el 28 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/parche-anticonceptivo>
98. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Prospecto Evra 203 microgramos/24 horas + 33,9 microgramos/24 horas parche transdérmico [Internet]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Ministerio de Sanidad, Gobierno de España; 2024 [acceso el 27 de marzo de 2025]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dohtml/p/02223003/P_02223003.html

99. Planned Parenthood. ¿Qué es el dispositivo intrauterino (DIU) sin hormonas? [Internet]. Brownsville: Planned Parenthood; 2024 [acceso el 27 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/dispositivo-intrauterino-diu/que-es-el-dispositivo-intrauterino-diu-sin-hormonas>
100. Medline Plus, Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU. Dispositivo intrauterino (DIU) [Internet]. Bethesda: Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU; 2022 [acceso el 27 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007635.htm>
101. Rivero Gutiérrez C, Pérez Marín S, Alba Nieto AN. Métodos anticonceptivos. Elige el mejor para ti. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos, Ministerio de Sanidad; 2019 [acceso el 27 de marzo de 2025]. Disponible en: https://ingesa.sanidad.gob.es/dam/jcr:1cd0eaef-6a8a-4d82-b045-ad15f46fd229/Metodos_Anticonceptivos.pdf
102. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Vasectomía [Internet]. Madrid: Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz; 2025 [acceso el 27 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.fjd.es/es/cartera-servicios/urologia/informacion-pacientes/vasectomia>
103. Organización Mundial de la Salud. Anticoncepción de urgencia [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [acceso 28 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>
104. Instituto Nacional de Estadística. Resultados nacionales. Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) en los Hogares. Año 2024 [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2022 [acceso el 13 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=50895>
105. Macharia P, Pérez-Navarro A, Inwani I, Nduati R, Carrion C. Developing an Unstructured Supplementary Service Data-based mobile phone app to provide adolescents with sexual reproductive health information: a human-centered design approach. *BMC Med Res Methodol.* 2022; 22(1):213. doi: 10.1186/s12874-022-01689-4.
106. Palmer MJ, Henschke N, Villanueva G, Maayan N, Bergman H, Glenton C, et al. Targeted client communication via mobile devices for improving sexual and reproductive health. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020; 8(8):CD013680. doi: 10.1002/14651858.CD013680.

107. Gasteiger N, Dowding D, Norman G, McGarrigle L, East-Telling C, Jones D, et al. Conducting a systematic review and evaluation of commercially available mobile applications (apps) on a health-related topic: the TECH approach and a step-by-step methodological guide. *BMJ Open*. 2023;13(6):e073283. doi: 10.1136/bmjopen-2023-073283.
108. Martín-Payo R, Gonzalez-Mendez X, Carrasco-Santos S, Muñoz-Mancisidor A, Papin-Cano C, Fernandez-Alvarez MDM. Assessment of content, behavior change techniques, and quality of unintended pregnancy apps in Spain: Systematic search on app stores. *Digit Health*. 2023;9:20552076231173563. doi: 10.1177/20552076231173563.
109. Steinberg A, Griffin-Tomas M, Abu-Odeh D, Written A. Evaluation of a mobile phone app for providing adolescents with sexual and reproductive health information, New York City, 2013-2016. *Public Health Rep* 2018; 133:234–39. doi: 10.1177/0033354918769289.
110. Norgaard O, Furstrand D, Klokke L, Karnoe A, Batterham R, Kayser L, et al. The e-health literacy framework: A conceptual framework for characterizing e-health users and their interaction with e-health systems. *Knowledge Management & E-Learning*. 2015; 7(4): 522–40.



Universidad de Oviedo