

Consejería y seguimiento en la elección de un método anticonceptivo en adolescentes que consultan por prevención de embarazo

Ingrid Leal F.1a, Valeska Verges H.1b Matrona, Magíster en Salud Pública (1a). Matrona, Magíster en Psicología del Adolescente con mención en psico-educación (1b). Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente, CEMERA. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La Consejería para la anticoncepción, es un proceso interactivo entre un consejero y la adolescente, donde el primero actúa como facilitador ayudando a la joven en la elección de un método anticonceptivo (MACs), educando sobre el uso correcto y consistente del método elegido. **OBJETIVO:** Caracterizar los componentes de una consejería efectiva para la elección y continuidad de MACs en adolescentes que solicitan atención, para prevenir un embarazo. **Método:** Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos científicos, guía clínicas y recomendaciones, sobre tres momentos de la prestación de consejería de anticoncepción: elección del anticonceptivo, continuidad de uso y cambio de MAC. **CONCLUSIÓN:** La consejería es parte fundamental tanto para la elección como apoyo en la continuidad y uso de un anticonceptivo, así como para la asesoría frente a un cambio de MAC. Profesionales especialistas en atención de adolescentes cuentan con más habilidades para reconocer las necesidades de la consultante como técnicas de comunicación, que favorecen el uso consistente de un MAC, mejorando el bienestar reproductivo y sexual de la adolescente.

PALABRAS CLAVES: consejería, anticoncepción, prevención embarazo, adolescente

ABSTRACT

Contraception counseling and follow up in teens that ask for pregnancy prevention.

INTRODUCTION: The contraception counseling is an interactive process between a counselor and an adolescent, where the counselor acts as a facilitator, thus helping the teenager to choose a birth control method, as well as teaching how its proper and consistent use. **AIM:** Characterize the components of an effective birth control counseling: for choosing the method and monitoring contraception in adolescents seeking care for pregnancy prevention. **Method:** A literature search on the topic was performed. **Comprising:** scientific articles, clinical guidelines and recommendations on three instances of contraceptive counseling: contraceptive choice, continuity of use and change of MAC.

CONCLUSION: Counseling is a central part for: the birth control method selection, the method in use continuation, and also when a change is in need. An adolescent's Health Professional has more skills to recognize the needs of an adolescent and able to develop communication skills, helping and promoting a consistent use of contraceptives and improve the reproductive and sexual well-being of adolescents.

KEY WORDS: Counselling, contraception, teen birth prevention and follow up, adolescents

INTRODUCCIÓN

El comportamiento sexual de los adolescentes ha experimentado cambios durante las últimas décadas, caracterizado por una disminución en la edad de inicio de la actividad sexual con un aumento en la proporción de adolescentes sexualmente activos¹ y tasas de fecundidad adolescente mantienen la tendencia alrededor de 50 y 25 para los grupos de mayores y menores de 15 años, respectivamente³. Ante esta realidad, contar con servicios de médicos que ofrezcan atención en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) para adolescentes y jóvenes se convierte en uno de los pilares fundamentales para la prevención del embarazo adolescente². En Chile durante el año 2011, recibieron atención para regulación de la fertilidad en el sistema público de atención, un 0,6% adolescentes menores de 15 años (6.917) y un 12,9% de adolescentes entre 15 a 19 años (161.860). Los métodos anticonceptivos (MACs) más utilizados por este grupo etario fueron las píldoras en primer lugar, seguido de los inyectables combinados, con un 47% y 18%, respectivamente³. Sin embargo, al evaluar la continuidad del uso de los métodos antes señalados, se observó mayores tasas de fracaso y menor adherencia en el grupo de adolescentes comparado con adultas que reciben atención en los mismos centros⁴. Es por esto que la solicitud de anticoncepción por parte de una adolescente debe ser entendida como una "urgencia médica"⁵.

Para que los MACs logren tener un impacto positivo en la salud general de la adolescente y en su calidad de vida, es necesario el uso correcto y consistente del método elegido por la usuaria. Esto se puede lograr mediante la entrega de un conocimiento correcto, claro y preciso de cada MAC, en la consulta con la adolescente. Este asesoramiento o consejería que se realiza ha demostrado, aumentar la adherencia al anticonceptivo seleccionado y maximizar su efectividad^{6,7}. Los servicios de salud que ofrecen anticoncepción también se benefician de impartir una buena consejería, evitando consultas innecesarias y optimizan los recursos disponibles para la anticoncepción.

El objetivo de este artículo es caracterizar los componentes de una consejería efectiva para la elección y continuidad de MACs en adolescentes que solicitan atención, para prevenir un embarazo.

La búsqueda bibliográfica fue realizada en las bases de datos Scielo, Lilacs, PubMed y Cochrane de artículos hasta de 10 años de antigüedad 2004 a 2014, que abordaran los temas de consejería en salud sexual y reproductiva en la adolescencia.; elección del anticonceptivo, continuidad de uso y cambio de MAC. Además, se accedió a documentación de sociedades científicas, organizaciones nacionales e internacionales y guías de práctica clínica que contuvieran información relativa al tema.

1. Consejería y anticoncepción en adolescentes

La Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (CSSR) es un proceso interactivo entre un consejero y la adolescente, en que el primero actúa como facilitador, ayudando al adolescente a resolver dudas, mitos y creencias producto del escaso conocimiento con que cuentan en la esfera de la sexualidad. Estos últimos son importantes de aclarar, ya que contribuyen al mal uso o abandono del anticonceptivo.

En una atmósfera comprensiva se entrega información precisa, con claridad y de acuerdo a las necesidades personales y a la etapa del desarrollo adolescente, con el fin de promover la adquisición de destrezas y habilidades para manejar situaciones tales como; postergación del inicio de actividad sexual, prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA y embarazos no deseados.⁸

La ley que *Fija Normas Sobre Información, Orientación Y Prestaciones En Materia De Regulación De La Fertilidad (Ley 20.418)*² indica que cuando un adolescente solicita anticoncepción, se debe realizar una consejería para la elección de un MAC así como entregar la información para lograr una continuidad óptima del método, como garantía de un derecho a la información en salud sexual y reproductiva.

En la consejería para anticoncepción, se identifican tres momentos claves para entregar los contenidos, estos son: elección del anticonceptivo, seguimiento de la continuidad del MAC y solicitud de cambio del método.

1.1 Elección e indicación del Método Anticonceptivo:

Para la elección del MAC en la primera consulta, se realizará una anamnesis y la consejería para la elección del MAC. En esta oportunidad se deben considerar los antecedentes médicos para indicar un MAC adecuado a la patología que presente la joven. La edad, ni la paridad son criterios que impidan su indicación⁹. De esta forma son los aspectos psicosociales los que se tornan más relevantes, tales como la conciencia, experiencias anticonceptivas previas y mitos relativos al uso de MAC¹⁰.

Durante la consejería se deben abordar aspectos como la eficacia, seguridad, disponibilidad, aceptabilidad, efectos adversos, modo de uso, en especial para aquellos MACs que implican la manipulación de los genitales.

Dado que el objetivo central es la prevención del embarazo, siempre se debe recomendar a las usuarias adolescentes los MACs más efectivos a los que puedan acceder¹¹. La **Tabla 1** muestra los MACs de acuerdo a su efectividad y facilidad de uso¹⁰. Sugerimos indagar sobre la información que tiene la usuaria sobre los anticonceptivos y si hay alguna preferencia previa, con el propósito de detectar mitos e información errónea. Por otro lado, esta información orienta al profesional respecto a qué método tendrá mayor aceptación por la adolescente.

Tanto adultas como adolescentes, que solicitan anticoncepción, luego de recibir una consejería, deciden un método diferente al que inicialmente querían, lo que demuestra la influencia de la información entregada por los proveedores de salud en cuanto a las alternativas anticonceptivas sugeridas^{11,12}.

Tabla 1 | Métodos anticonceptivos: su efectividad y dependencia de la usuaria

	Métodos anticonceptivos	Características
A	DIU (0.8% - 0.2%) Implantes (0.05%)	Muy eficaz y menos dependiente del manejo de la usuaria.
B	Trimestrales de progestágenos 6% Mensuales combinados 6% Píldoras combinadas 9% Parches 9% Anillo Vaginal 9%	Altamente eficaz, pero más dependiente del manejo de la usuaria.
C	Condón Masculino 18% Diafragma 12% Esponjas o capuchón cervical 22% Condón femenino 21% Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad 24% Coito interrumpido Espermicidas 28%	Menos eficaz y altamente dependiente del manejo de la usuaria.
Efectividad: % de mujeres que se embarazan durante el primer año de uso típico del Anticonceptivo.		
(5)(34)(35)		

Por lo que el prestador en sí mismo, puede actuar como una barrera al acceso, si no cuenta con la capacitación necesaria para ofrecer e indicar ciertos tipos de MACs¹³, esto se ve especialmente con las usuarias de menor edad, solteras y/o con una baja paridad^{14,15}. Otro obstáculo al acceso, se relaciona con la falta de disponibilidad en los centros de salud y el alto costo inicial de algunos MACs.

Los prestadores de salud enfatizan los aspectos relacionados con la efectividad del MAC durante la consejería¹⁶, pero entregan poca información respecto a los efectos adversos o secundarios del método, siendo esta una de las principales causas de abandono del anticonceptivo. Se sugiere valorar la tolerancia de las usuarias a posibles efectos secundarios frecuentes como, por ejemplo, los sangrados irregulares ya que una usuaria bien informada comprenderá mejor y mantendrá la adherencia y satisfacción por el MAC escogido y explicar otros efectos como aparición de acné, a otras de menor frecuencia pero de considerable gravedad, como la probabilidad de un trombo embolismo^{16,17}. Así también abordar dirigidamente el tema del cambio de peso corporal, una variable difícil de estudiar en adolescentes usuarias de MACs hormonales, tanto por los aspectos éticos como el he-

cho que es esperable que las niñas ganen peso durante sus años de adolescencia.¹⁸

Un aspecto que debe considerar la consejería, es lograr transmitir el conocimiento en forma efectiva a la usuaria. Se sabe que las personas comprenden mejor la información cuando son parte activa del proceso de enseñanza, a diferencia de una escucha pasiva. Dada la cantidad e importancia de los datos que se entregan en la atención clínica, es necesario, evaluar que entendió la adolescente utilizando estrategias del aprendizaje activo, realizando en conjunto con ella un resumen y la resolución de situaciones hipotéticas **Tabla 2**. Es recomendable tener disponible algunas muestras o modelos de los diferentes anticonceptivos para realizar estos ejercicios. De un modo complementario se recomienda entregar las indicaciones principales por escrito, como fecha y hora del próximo control. Además de invitar a la adolescente a consultar ante dudas, a través de vías expeditas (teléfono, correo electrónico o concurrencia directa al centro de atención clínica).

Otro pilar importante para el uso de MACs en adolescentes el apoyo familiar con que cuenta la joven, ya que este factor puede influir tanto en la elección del MAC, como en la continuidad de

Tabla 2 | Preguntas que favorecen la incorporación y entendimiento de la información

- ¿Qué harías en el caso que no pudieras inyectarte en la fecha indicada?,
- ¿Cuándo y cómo iniciaste el MAC?, ¿Has tenido dificultades en el uso?,
- ¿Te sientes satisfecha con el MAC?, ¿qué ha sido lo mejor y lo peor del uso del MAC?
Imaginemos que te das cuenta que no te has inyectado y paso la fecha en cuatro días, ¿qué harías?
- ¿Alguien de la familia sabe sobre el uso de MAC?

uso de estos. El conocimiento y apoyo de los padres o tutores sobre el uso de MAC, facilita la adherencia¹⁹. Una situación contraria, puede disminuir el inicio oportuno y la continuidad de uso del anticonceptivo escogido, generar dificultades para asistir a los controles de salud o para el uso correcto de ciertos MACs, por temor a ser descubiertos por parte de la familia.

Una vez seleccionado el método a utilizar, las recomendaciones actuales apuntan a que la indicación del inicio del uso por parte de la adolescente debe ser, idealmente, el mismo día de la consulta^{20,21}. No es necesario esperar un nuevo ciclo. Se ha observado que es más probable que la adolescente use el MAC indicado y tenga una mayor adherencia, si lo inicia el mismo día de la consulta, sin necesidad de esperar la menstruación²¹. Cabe destacar que cuando se inician los MACs, sin menstruación pudiera no ser su cientemente efectivo, ya que aquellos métodos cuyo principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación, podrían no alcanzar a impedir el desarrollo folicular, y la ovulación²². Por lo que es central informar este punto a la adolescente y su pareja, para incorporar la doble protección con el uso de condón masculino o abstinencia sexual, durante los primeros 15 a 30 días de iniciado el método. Será necesario incorporar en la consejería la importancia del condón como único método que previene las infecciones de transmisión sexual.

En la primera consulta, también se debe indagar sobre la fecha de la última relación sexual no protegida, para evaluar la necesidad del uso de Anticoncepción de Emergencia (AE). Estudios muestran que la provisión por adelantado de AE aumenta la probabilidad que la adolescente la utilice cuando lo necesite, sin interferir con el uso de anticonceptivos regulares^{23,24}. Dentro de la consejería para la AE es importante referirse a los mecanismos de acción anovulatorios que ésta posee, ya que algunos adolescentes asocian la AE hormonal a mecanismos de acción que interrumpen el embarazo²⁵.

1.2. Seguimiento de la continuidad de los MACs

Los objetivos del seguimiento del uso del MAC son evaluar el uso correcto y consistente, la satisfacción de la usuaria con el método elegido, reforzar la importancia de la adherencia y detectar oportunamente reacciones adversas.

Se sugiere explorar la presencia de sentimientos de ambivalencia deseo de embarazo versus otros proyectos de vida, o algunas situaciones en que la adolescente pudiera estar sin protección anticonceptiva por suspensión o abandono del MAC. Otra situación de riesgo de abandono del MAC se da cuando la relación afectiva con la pareja termina. En estas situaciones es común que las adolescentes suspendan el MAC, aumentando el riesgo de embarazo, ya que pueden darse reencuentros sexuales casuales.

La satisfacción de uso del MAC se debe evaluar en cada control, además de reforzar la autoeficacia, es decir la creencia sobre cómo controlar alguna situación inesperada o de riesgo referente al manejo del MAC. El proveedor podrá evaluar esta característica planteando a la adolescente y su pareja situaciones hipotéticas y concretas, en las cuales se enfrenten a alguna dificultad con el uso del MAC, como olvido de una píldora, pérdida del blíster de píldora, atraso en la fecha de colocación del inyectable anticonceptivo, rotura del condón, etc.²⁶

1.3 Cambio de Anticonceptivo

Durante el seguimiento se puede presentar la necesidad de un cambio de MAC, ya sea por solicitud de la usuaria o por indicación del proveedor; en caso de mala adherencia al MAC, una condición de salud que contraindique el uso del MAC actual, efectos secundarios mal tolerados, cambios en la situación psicosocial de la adolescente, o en la rutina diaria, etc. Hay que asegurarse de no dejar a la adolescente sin anticoncepción, cuando se encuentra en riesgo de embarazo. Enfatizar que durante los cambios de MACs puede disminuir la efectividad del método, motivo por el

que se recomienda indicar un periodo de abstinencia sexual o doble protección con condones masculinos.

Rol del proveedor de anticoncepción como consejero

Una adolescente que solicita anticoncepción, es porque tiene cierta motivación para la prevención del embarazo o al menos una percepción de riesgo. En estos casos la consejería reforzará la motivación intrínseca de la adolescente. Sin embargo, es posible que nos enfrentemos a adolescentes que no tengan esta motivación ya sea porque fueron derivadas por otro profesional, a solicitud de sus tutores o padres, o porque se pesquiza la necesidad de un MAC en una consulta por otro motivo. Es en estos casos donde las habilidades del proveedor como consejero se ponen a prueba. Estrategias que pueden haber sido exitosas con algunas adolescentes, no necesariamente será exitosas con otras.

Los prestadores de salud que trabajan con jóvenes deben contar con la idoneidad técnica, en cuanto al manejo de todas las alternativas de tecnologías anticonceptivas disponibles, conocimiento de las características de cada etapa del desarrollo, conocimiento de las leyes y políticas locales relacionadas con la salud de este grupo y las vías de derivación y redes para cuando sea necesario. Además de demostrar un genuino interés y motivación para trabajar con este grupo, de tal forma de mostrarse accesibles y conables para los adolescentes. Para esto deben dominar técnicas de comunicación, que favorezcan una relación de confianza, la que permitirá que el proveedor intervenga positivamente en las decisiones en salud que tome la adolescente^{2,28,29}. Varias de estas técnicas de comunicación derivan de la entrevista motivacional, que es un tipo de entrevista clínica centrada en los usuarios, que ayuda a explorar y resolver ambivalencias con respecto a una problemática, en este caso la prevención del embarazo, promoviendo cambios hacia estilos de vida más saludable²⁶. Algunas de estas técnicas se aplicarán desde el inicio de la atención, por ejemplo, prestando especial atención a la expresión no verbal de la adolescente, para identificar su estado emocional, reconociendo que muchas adolescentes que logran traspasar las barreras sociales de acceso a los servicios de SSR, acuden con temor a ser juzgadas en una primera entrevista en salud. Reconocer y explicitar el estado emocional de la adolescente, hará sentir a la adolescente que estamos “sintonizados” con ella, demostrándole de forma concreta empatía, a esta técnica de comunicación se llama *Reflejo*. Otra técnica de comunicación que se utiliza al inicio de la consulta son las *preguntas abiertas*, son aquellas que no pueden ser

contestadas con un sí o no y sirven como puerta de entrada a una comunicación más fluida.

Durante la entrevista es necesario reconocer la singularidad de la adolescente, evaluar sus conocimientos relativos a los anticonceptivos, experiencias previas, mitos, etc., y cada cierto tiempo resumir la información relevante. El *reflejo*, las *preguntas abiertas* y el *resumen*, son algunas de las técnicas de comunicación avanzadas. En la *tabla 3* se muestran algunos ejemplos de la aplicación de estas técnicas en la CSSR³⁰.

La información que el proveedor entregue y discuta con la adolescente, debe responder a tres preguntas: ¿Para qué sirve esta información?, ¿Qué información es la que se debe discutir? y ¿Cómo se entregará esta información? Esto asegura que la información sea específica para las necesidades y características de la adolescente.

Así, la información será útil para desmitificar conocimientos previos, favorecer el reconocimiento de la necesidad de cambio o enfrentar las creencias previas con información basada en la evidencia científica. La información debe tener relación con la conducta de la adolescente, para que esta le genere sentido, reacción y motivación, es útil abordar el concepto de proyecto de vida. Muchas veces las adolescentes no asocian sus aspiraciones personales o proyecto de vida a la importancia del uso del MAC para la prevención del embarazo^{27,31}. La meta es crear conciencia de las discrepancias entre la conducta actual (Ejemplo: relaciones sexuales no protegidas) y los proyectos personales de la adolescente, lo que puede favorecer el uso consistente del anticonceptivo, ejemplo “Consejero: Por un lado me dices que quieres seguir estudiando y que no está en tus planes ser mamá, sin embargo, no usas bien las píldoras anticonceptivas y no quieres cambiar a otro anticonceptivo, ¿cómo se explica esto?”

Finalmente, la información, debe entregarse de forma clara, concisa y apropiada culturalmente, pudiendo utilizarse folletos, modelos, ilustraciones o redes sociales como Facebook, estas últimas han demostrado ser un complemento a la consejería para mejorar el conocimiento sobre las alternativas anticonceptivas³².

Por último, crear un ambiente en el cual la adolescente se sienta acogida, es parte importante de la consejería, ya que de otro modo puede no sentirse cómoda y con esto no lograr la confianza necesaria para expresar sus inquietudes y necesidades²⁸. Desde

el primer encuentro el proveedor debe demostrar interés en la adolescente, es necesario presentarse y aclarar en qué consistirá la atención, esto disminuirá la tensión inicial que pueda presentar la adolescente al enfrentarse a una consulta para consejería. Además, debe explicitarse que el encuentro está protegido por la confidencialidad, la cual, es muy valorada por los adolescentes, al momento de acceder a servicios de SSR³³.

CONCLUSIONES

La consejería es parte fundamental en la consulta para prevención de embarazo en las adolescentes, contribuirá a la elección informada de un método anticonceptivo que se ajuste a las necesidades de la adolescente, que permita identificar una relación de pareja saludable, favorecer la búsqueda de su proyecto de vida, permite desmitificar creencias y promover el autocuidado, como

la prevención de infecciones de transmisión sexual. La consejería favorecerá la continuidad del método en forma consistente o detectará en forma oportuna, la necesidad de un cambio. Y en los casos que se pueda integrar el apoyo de un miembro de la familia responsable. El ideal es que los profesionales interesados en este tema se capaciten y desarrollen las habilidades y competencias necesarias para reconocer a la adolescente consultante en su singularidad.

Tabla 3 | Técnicas de comunicación aplicadas a la CSSR

Técnica	Objetivo	Ejemplo
Escucha reflexiva	Intenta deducir lo que realmente la persona quiere decir, es una deducción razonable sobre el mensaje original Conversión de la deducción en una frase o una pregunta que es devuelta al adolescente.	Adolescente: "No me he cuidado en todo este tiempo y eso me tiene asustada". Consejero: Te asusta haber tenido relaciones sexuales sin protección (parfraseo) Adolescente : "No me he cuidado en todo este tiempo y eso me tiene asustada" Consejero: ¿Me podrías contar más sobre qué es lo que te asusta de no usar protección? (clarificación)
Afirmaciones	Apoyar al adolescente durante el proceso Comentarios positivos Frasas de apoyo y comprensión	Consejero: Te felicito, ha sido una buena decisión empezar a usar las inyecciones para prevenir el embarazo.
Resumen	Se refuerza los contenidos tratados en la consejería. Confirma que hemos estado escuchando. Prepara al adolescente para seguir relatando.	Consejero: "Carla, hasta ahora hemos conversado acerca de tus temores con respecto a todas las alternativas de MAC tanto en relación a los efectos adversos y también en relación a que tu familia se enteré que usarás un MAC. Has decidido iniciar hoy con las inyecciones y hablar con tu hermana mayor acerca de eso, que es la persona en quien más confías."

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de la Juventud. Sexta Encuesta Nacional de Juventud. Santiago: INJUV; 2010.
2. Molina R., Sandoval J., González E. Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. 1a Ed. Santiago; 2003.
3. Departamento de ciclo vital, Ministerio de Salud de Chile. Situación actual de embarazo adolescente, Minsal; 2012.
4. Tang JH, López LM MS. Hormonal and intrauterine methods for contraception for women aged 25 years and younger. The Cochrane Collaboration. 2012; (11):1-24.
5. Kost K, Singh S, Vaughan B, Trussell J. Estimates of contraceptive failure from the 2002 National Survey of Family Growth. 2010;77(1):10-21.
6. Spencer AL, Bonnema R, McNamara MC. Helping women choose appropriate hormonal contraception: update on risks, benefits, and indications. *Am J Med.*; 2009;122(6):497-506.
7. Lee JK, Parisi SM, Akers AY, Borrero S, Borrero S, Schwarz EB. The impact of contraceptive counseling in primary care on contraceptive use. *J Gen Intern Med* 2011; 26 (7) :731-6.
8. Leal I. Consejería en salud sexual y reproductiva dirigida a adolescentes. *Cuad Méd Soc (Chile)*. 2008, 48 (2): 134-139.
9. OMS. Criterios Médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. O. Ginebra; 2010.
10. Jaccard J, Levitz N. Counseling adolescents about contraception: towards the development of an evidence-based protocol for contraceptive counselors. *J Adolesc Health*. 2013;52(4 Suppl):S6-13.
11. Merki-Feld G, Gruber I. Broad counseling for adolescents about combined hormonal contraceptive methods: the choice study. *J Adolesc Health*. 2014;54(4):404-9.
12. Merckx M, Donders G, Grandjean P, Van de Sande T, Weyers S. Does structured counselling influence combined hormonal contraceptive choice? *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2011 16(6):418-29.
13. Russo JA, Miller E, Gold MA. Myths and misconceptions about long-acting reversible contraception (LARC). *J Adolesc Health*. 2013;52(4 Suppl):S14-21.
14. Sidze EM, Lardoux S, Speizer IS, Faye CM, Mutua MM, Badji F. Young women's access to and use of contraceptives: the role of providers' restrictions in urban Senegal. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2014;40(4):176-83.
15. Calhoun LM, Speizer IS, Rimal R, Sripath P, Chatterjee N, Achyut P, et al. Provider imposed restrictions to clients' access to family planning in urban Uttar Pradesh, India: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:532.
16. Hayter M. Nurses discourse in contraceptive prescribing: an analysis using Foucault's "procedures of exclusion". *J Adv Nurs*. 2007;58(4):358-67.
17. González E, Molina T, Montero A, Martínez V, Molina R. Factores asociados a la continuidad del uso anticonceptivo en adolescentes solteras nulíparas. *Rev. méd. Chile*. 2009; 137(9) : 1187-1192. A
18. Gordon CM, Pitts SA. Approach to the adolescent requesting contraception. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012;97(1):9-15.
19. Luengo X, González C, Castro M, Molina T. Condenialidad en la Consulta por Anticoncepción: perfil de las adolescentes cuyos padres están o no en conocimiento de su actividad sexual. En: Libro de Ponencias: VI Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia. Santiago; Sogia, 2009.
20. Report MW. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2013 Adapted from the World Health Organization Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2nd Edition.
21. Brahmi D, Curtis KM. When can a woman start combined hormonal contraceptives (CHCs)? A systematic review. *Contraception*. 2013; 87(5):524-38.
22. López LM, Newmann SJ, Grimes DA, Nanda K, Schulz KF. Immediate start of hormonal contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, (12): 1-3.
23. Rodríguez MI, Curtis KM, Gaillard ML, Jackson E, Kapp N. Advance supply of emergency contraception: a systematic review. *Contraception*. 2013; 87(5):590-601.
24. Ahern R, Frattarelli LA, Delto J, Kaneshiro B. Knowledge and awareness of emergency contraception in adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2010; 23(5):273-8.
25. Leal I, Montero A, Gonzalez E, Peralta E. Adolescentes chilenos consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva anticoncepción de emergencia y sexualidad. *Matronas Prof*. 2014 ; 15(3):1-6.
26. Miller William RS. Mejorando la motivación para el cambio en el tratamiento de abuso de sustancias. 35th ed. Miller William RS, editor. Rhode Island, EEUU: Departamento de salud y servicios humanos de los EEUU; 1999.

27. Gold, Melanie A Kokotalio P. Motivational Interviewing Strategies to Facilitate Adolescent Behavior Change. *Am Acad Pediatr*. 2007; 20(1):1-10.
28. OPS. Modelo de consejería orientada a los jóvenes 1a ed. Washington; 2008.
29. Lázaro PJR. Colaboraciones especiales Dos herramientas para entrevistar adolescentes : la entrevista motivacional y el consejo sociosanitario participativo. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009; 11(1):155-9.
30. Miller W, Rollnick S. La entrevista motivacional. 1a ed. Nueva York: Paidós; 1999.
31. Richards MJ, Sheeder J. Adolescents: their futures and their contraceptive decisions. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2014; 27(5):301-5.
32. Ko nas JD, Varrey A, Sapra KJ, Kanj R V, Chervenak F a, Asfaw T. Adjunctive social media for more effective contraceptive counseling: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2014; 123(4):763-70.
33. Palma I, Matus C, Navarrete L, Palma S. Etnografía de la atención y consulta médica a adolescentes en establecimientos de atención primaria de salud. Santiago, Informe de investigación proyecto Fonis SA05I20093; 2008
34. Jaccard J, Ph D, Kean TH, Wood TR, Daniels S, Expósito-ulla D. Careful , Current , and Consistent : Tips to Improve Contraceptive Use. e National Campaign 2010.
35. Committee on Adolescent Health Care. Committee Opinion 539. Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception : Implants and Intrauterine Devices. *Obstet Gynecol*. 2012;120(539):983-8.