



Factores asociados a la adherencia al anticonceptivo oral: una revisión sistemática

Ilenia Esther Lozano Jiménez

DNI: 54169786W

Yajaira Peraza Pérez

DNI: 43484540G

Tutores:

Ascensión Fumero Hernández

Wenceslao Peñate Castro

Trabajo de Fin de Grado de Psicología

Facultad de Psicología y Logopedia

Universidad de La Laguna

Curso Académico 2018/2019

Resumen

La adherencia a los tratamientos anticonceptivos ha pasado a ser un aspecto central en la atención de los profesionales. Como objetivo, este estudio ha realizado una revisión sistemática sobre los factores, psicológicos y no psicológicos, asociados a la adherencia y el cumplimiento de las mujeres con los anticonceptivos hormonales orales (ACO). Para realizar esta revisión fueron utilizadas las bases de datos MedLine, PubMed y PsycINFO. Finalmente, fueron seleccionadas 16 publicaciones de entre 1997 y 2019 en las que se confirma la influencia de los factores psicológicos ya encontrados en investigaciones anteriores como locus de control, estrategias de afrontamiento, nivel de estrés y escrupulosidad. A estos se unen factores no psicológicos como el conocimiento sobre el ACO, nivel socioeconómico, horario fijo de sueño y toma de la píldora, el apoyo de la pareja, el costo, la religión, etc. Resulta imprescindible ahondar en el estudio de factores que no presentan resultados consistentes, fomentar una adecuada información sobre el uso del tratamiento anticonceptivo y crear instrumentos psicométricos específicos para valorar de una forma más eficaz la adherencia.

Palabras clave: adherencia, anticonceptivo oral, píldora anticonceptiva, cumplimiento, factores psicológicos, factores no psicológicos.

Abstract

Adherence to contraceptive treatments has become a central aspect in the attention of professionals. As an objective, this study has conducted a systematic review of the psychological and non-psychological factors that are associated with adherence to oral contraceptives (OCPs). The MedLine, PubMed and PsycINFO databases were used to perform this review. Finally, 16 publications published between 1997 and 2019 were selected in which the influence of psychological factors already found in previous research is confirmed as locus of control, coping strategies, level of stress and conscientiousness. These are joined by no psychological factors such as knowledge about the OCPs, socioeconomic level, fixed sleep schedule, fixed taking the pill schedule, the support of the couple, the price, religion, etc. It is essential to delve into the study of factors that don't present consistent results, to foster appropriate information on the use of contraceptive treatment and create specific psychometric instruments to value adherence more effectively.

Keywords: adherence, oral contraceptive, contraceptive pill, psychological factors, non-psychological factors.

INTRODUCCIÓN

El concepto de adherencia ha sido definido de diferentes formas. Areneda (2009) refiere que en la literatura se ha optado por hablar de observancia, cumplimiento, adherencia o fidelidad terapéutica, sin que se haya llegado a un consenso sobre el significado exacto de estos conceptos. Gil et al. (2000) definen la adherencia como “el grado de coincidencia entre las orientaciones médico-sanitarias, no limitándose a las indicaciones terapéuticas, de tal forma que incluye asistencia a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida”. Dicho concepto es similar al propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que define la adherencia terapéutica como “el grado en que el comportamiento de una persona: tomar los medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (OMS, 2004). Estas dos definiciones reconocen que la adherencia no solo involucra la toma de los medicamentos según la prescripción médica, sino también el cumplimiento de otras recomendaciones tales como: la asistencia a citas, cambios en los estilos de vida, entre otras.

De acuerdo con Haynes y Scakett (1979), un tercio de los pacientes toma la medicación como se le ha prescrito, otro tercio lo hace ocasionalmente o de forma incorrecta y, por último, otro tercio no lo toma nunca. Son muchas las causas que se asocian a la falta de adherencia. Según confirmó la doctora Ana Pastor, vicepresidenta de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), las causas principales de la no adherencia son:

- Problemas con el régimen prescrito (efectos adversos)
- Instrucciones insuficientes
- Fallo en la relación médico-paciente
- Desacuerdo del paciente respecto al tratamiento
- Mala memoria

Es por ello que la falta de adherencia terapéutica constituye un importante problema de salud pública y es considerada como uno de los temas prioritarios por la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2003). Entre los tratamientos en los que la adherencia es escasa, destacan los métodos anticonceptivos, una serie de procedimientos que buscan reducir al

mínimo las probabilidades de un embarazo no deseado. Existe una gran variedad de métodos, entre los cuales se encuentran los anticonceptivos hormonales, denominados así debido a que liberan una serie de hormonas que impiden el embarazo mediante diferentes mecanismos.

El nacimiento de la píldora anticonceptiva se remonta a 60 años atrás, y pocos acontecimientos en la historia de la investigación farmacológica y el desarrollo de medicamentos han tenido efectos tan profundos sobre aspectos tan variados y sensibles de la vida diaria como son la sexualidad y la reproducción. Los anticonceptivos hormonales fueron diseñados para administrarse a mujeres sanas. La píldora representó una revolución en anticoncepción y en la historia farmacéutica.

En el año 2018, un 72% de las mujeres utilizaba algún método anticonceptivo en España. El método más utilizado fue el preservativo (29.6%), seguido de los anticonceptivos hormonales orales (17.3%), aumentando el uso de estos un 1.1% en los últimos 5 años. En la franja de edad comprendida entre 20 y 24 años, el uso de ACO se sitúa en el 36.2% de las mujeres españolas. Sin embargo, en las adolescentes de entre 15 y 19 años el preservativo alcanza el 46% (SEC, 2018).

Según la Sociedad Española de Anticoncepción, el 67.1% de las mujeres en edad fértil manifiesta una actitud favorable al uso de algún método anticonceptivo que aportará algún beneficio a su calidad de vida. En concreto, el 35.5% dice que seguramente sí lo utilizaría, y otro 31.6% manifiesta que probablemente lo haría. Todas las mujeres que utilizan algún método anticonceptivo (salvo las usuarias de preservativo) presentaron una mejoría en su calidad de vida respecto de la de las que no utilizan ningún método o usan métodos poco eficaces (SEC, 2017).

Los ACO (anticonceptivos orales) son uno de los métodos preferidos por las mujeres más jóvenes por su facilidad de uso y por su elevada eficacia. No obstante, este método requiere una implicación diaria por parte de la usuaria (Lete, 2007).

La eficacia teórica de los ACO disponibles en el mercado es superior al 99%, y se considera óptima. No obstante, la efectividad en condiciones reales es del 91-92%; es decir, la toma diaria de la píldora da lugar a una efectividad menor debido a las irregularidades en el cumplimiento del régimen anticonceptivo de las mujeres, por lo que la falta de adherencia condiciona la efectividad. Además, Stenier (1996) afirmó que la efectividad de todos los métodos anticonceptivos era mayor en los ensayos clínicos que en la vida real. El éxito de los

métodos anticonceptivos depende en gran medida de la adherencia al tratamiento. Sin embargo, la adherencia a la anticoncepción oral no es fácil. En un estudio en el que se utilizaron diarios electrónicos para registrar la adherencia, el 63% de las mujeres no tomaron una o más píldoras en el primer ciclo de uso, y el 74% en el segundo ciclo (Potter, 1996).

La baja adherencia a los anticonceptivos orales puede ser una causa primaria de embarazo no deseado en aquellas mujeres que dependen de este método anticonceptivo, lo que supone una preocupación importante para la salud pública (Molloy, Graham y McGuinness, 2012). La baja adherencia a estos hace referencia a la falta de uso constante y correcto de los mismos. De hecho, estudios internacionales sugieren que hasta un 47% de las mujeres no se adhiere completamente al tratamiento anticonceptivo (saltándose una o más píldoras por ciclo), con un 22% que olvidan tomar dos o más pastillas por ciclo (Molloy, Graham y McGuinness, 2012).

Se ha observado que las mujeres que mostraban una buena adherencia al tratamiento anticonceptivo presentaban una orientación emocional relativamente más positiva hacia la sexualidad, con actitudes más positivas y creencias normativas con respecto a la contracepción (Fisher et al, 1979).

Una revisión descriptiva evaluó el impacto de los problemas de salud en la adherencia a los anticonceptivos hormonales. Informó que el conocimiento sobre anticonceptivos entre adolescentes sexualmente activos era deficiente y que el público en general tenía muchas preocupaciones sobre la seguridad de la anticoncepción hormonal. El desarrollo de efectos secundarios, especialmente los relacionados con la menstruación, hizo que las adolescentes y mujeres jóvenes sintieran que su salud general y reproductiva estaba en peligro (Clark, 2001).

La dificultad con la adherencia es aún más pronunciada entre las mujeres de secundaria y universitarias. En un estudio, sólo el 52% de los estudiantes universitarios a quienes se les recetó OC tomaron todas sus píldoras anticonceptivas activas durante los primeros 3 meses (Oakly, 1997).

Un estudio previo sobre 211 adolescentes informó que casi el 60% de las usuarias de OC (oral contraceptive) se saltaron una o más píldoras en los últimos 3 meses y el 10% se saltó al menos tres píldoras en el último ciclo (Berenson, 1997).

Berenson (1997) afirma que sólo el 50–75% de las mujeres que comienzan a tomar pastillas y no quieren quedarse embarazadas las siguen usando después de un año; esta tasa

de continuación es más baja que la de otros métodos con una eficacia anticonceptiva similar si se usa perfectamente.

Por otro lado, Rosenberg (1995) afirma que las mujeres que no entienden las instrucciones escritas para los anticonceptivos orales tienen un alto riesgo de adherencia deficiente.

Por su parte, Hidalgo, Falgera y Seguranyes (España, 2016), se propusieron identificar los factores relacionados con la adherencia y el cumplimiento de las mujeres con los anticonceptivos hormonales orales (ACO); llegando a concluir que el consejo contraceptivo debe ser individualizado, teniendo en cuenta los factores que afectan a la adherencia y el cumplimiento. Estos factores a los que se refieren y que mejoran la adherencia son los conocimientos que tiene la mujer sobre la píldora, iniciar el método de forma inmediata y el apoyo de la pareja. También encontraron que los factores que disminuyen la adherencia son el coste de los ACO, la falta de conocimientos ante los olvidos y la práctica de descansos de la píldora.

Por todo ello, se considera fundamental investigar cuáles son los factores asociados a la adherencia a los anticonceptivos hormonales orales, por lo que el objetivo principal del presente trabajo trata de identificar los posibles factores, tanto psicológicos como demográficos y sociales, que puedan estar asociados a la adherencia y el cumplimiento de las mujeres con los anticonceptivos hormonales orales.

MÉTODO

La realización de este proyecto de investigación se ha llevado a cabo mediante el procedimiento PRISMA, que ofrece una guía para obtener una búsqueda y selección adecuada de intervenciones para estudios de revisión sistemática y/o meta-análisis (Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009).

Identificación y selección de estudios

Para la obtención adecuada de la literatura requerida se han consultado las bases de datos MedLine, PubMed y PsycINFO, dando por finalizada la búsqueda en mayo de 2019, con una duración de dos meses. Se utilizaron términos en español e inglés combinando las siguientes

palabras clave: “adherencia anticonceptivos orales”, “factores adherencia anticonceptivos”, “adherence to contraceptives”, “adherence contraceptive”, “adherence oral contraceptive”, “oral contraceptive adherence” y “adherencia a los anticonceptivos”.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron artículos, tanto en inglés como en español publicados entre 1997 y 2019, que trataran la adherencia a la medicación contraceptiva y el cumplimiento del método y factores psicológicos y/o sociodemográficos que influyeran en ella de algún modo, aumentando o disminuyendo dicha adherencia.

Por otro lado, se excluyeron todos aquellos artículos en los que no aparecieran palabras clave utilizadas en la búsqueda, dado que no se relacionaban con el tema requerido. Es decir, aquellos en los que la muestra utilizada no era humana, los que trataban la adherencia a tratamientos generales u otros métodos anticonceptivos no orales y los escritos en otros idiomas que no fuesen español o inglés.

Proceso de selección

El proceso de selección se llevó a cabo por las autoras del presente estudio de manera secuencial. Primero se realizó una lectura de los títulos y los resúmenes de los artículos. Luego, se realizó la lectura completa de aquellos artículos que parecían presentar información relevante y que interesaban para dicha revisión sistemática. Por último, la inclusión y exclusión de la bibliografía en función de los criterios anteriormente mencionados.

Extracción de datos

De los artículos seleccionados, se extrajo el nombre del primer autor de los artículos y su año de publicación, la muestra utilizada en cada estudio, las variables estudiadas en cada investigación, los estadísticos facilitados y un resumen de los principales resultados hallados. Las características de los artículos seleccionados se describen en la Tabla 1 en el apartado de resultados.

RESULTADOS

De los 1072 artículos encontrados, se excluyeron 1056 por no cumplir con los criterios de selección: no estaban en inglés o español, no eran artículos científicos, no abordaban el tema de tratamiento contraceptivo y su adherencia, ni factores psicológicos o no psicológicos influyentes en esta. Además, ciertos artículos hallados en la búsqueda no tenían relación con psicología, sino con cuestiones médicas y/o biológicas. El diagrama de flujo del proceso de búsqueda se describe en la siguiente figura:

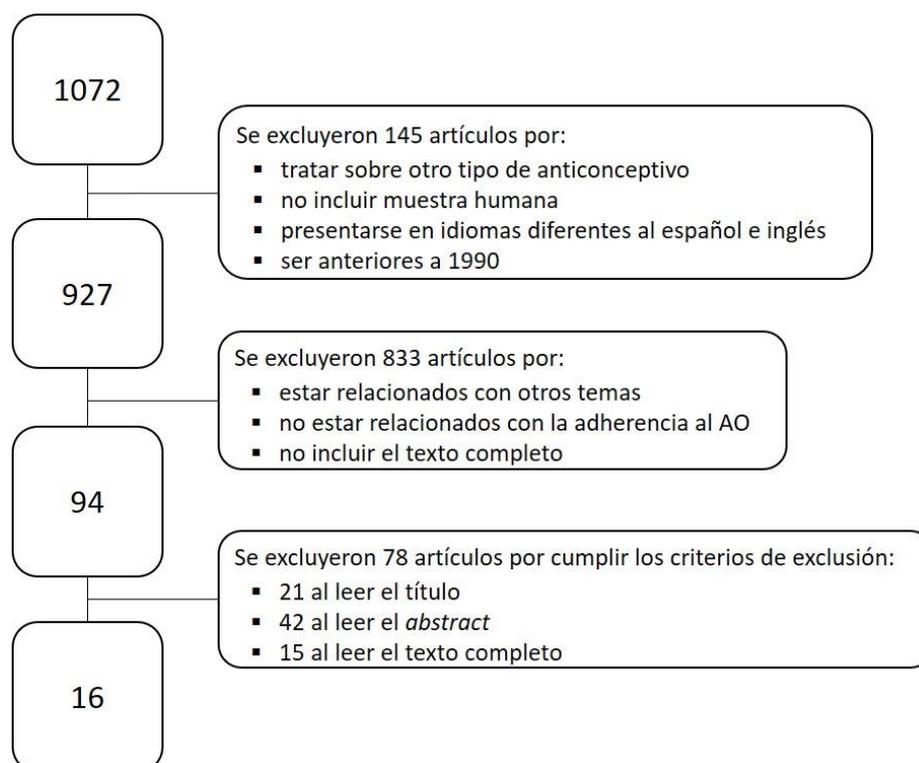


Figura 1. Diagrama de flujo (flowchart).

De los estudios analizados, la muestra estaba compuesta exclusivamente por mujeres de entre 12 y 52 años, usuarias de la píldora anticonceptiva oral en el momento del estudio.

En primer lugar, para una adecuada descripción de los resultados, se exponen las variables que están asociadas a la adherencia, tanto positiva como negativamente. En segundo lugar, se describen cada uno de los estudios analizados y los resultados obtenidos.

Entre las variables psicológicas encontradas que parecen estar vinculadas a la adherencia a los anticonceptivos orales, se encuentran: intención, locus de control, arrepentimiento

anticipado, creencias de necesidad, plan de acción, estrategias de afrontamiento, memoria prospectiva, escrupulosidad, estado de ánimo depresivo percibido, estrés percibido y aumento de peso percibido.

Entre las variables demográficas encontradas pueden estar asociadas con la adherencia a los anticonceptivos orales, están las siguientes: edad, estudios, etnia, religión, estado civil, coresidencia, localización de la residencia, embarazo previo, historia sexual, características contextuales y de comportamiento, efectos secundarios, hábitos (horario y lugar fijos), aceptación de la pareja, influencia, edad, estilos de vida, conocimiento sobre el ACO (mitos) y autoeficacia percibida.

De los 16 artículos analizados, entre los factores psicológicos encontrados, el 12.5% estudia la intención del uso del anticonceptivo (n=2), el 18.75% analiza el locus de control (n=3), el 6.25% estudia el arrepentimiento anticipado (n=1), el 12.5% trata las creencias de necesidad ante el uso de la píldora anticonceptiva (n=2), otro 12.5% las estrategias de afrontamiento (n=2), el 6.25% analiza la escrupulosidad (n=1), el 18.75% estudia el estrés percibido (n=3), el 12.5% analiza el plan de acción (n=2), el 6.25% estudia las expectativas (n=1), el 31.25% analizan el conocimiento sobre el uso y efectos del anticonceptivo (n=5), el 6.25% trata el estado de ánimo depresivo percibido (n=1) y el último 6.25% trata la autoeficacia percibida (n=1).

En relación a los factores no psicológicos encontrados, el 6.25% estudia el efecto de la religión sobre la contracepción (n=1), el 12.5% analizan la co-residencia (n=2), el 6.25% analizan la localización de la residencia (n=1), el 6.25% estudian la existencia de embarazo previo (n=1), el 18.75% tratan la edad (n=3), el 6.25% analiza el precio (n=1), otro 6.25% trata la ambivalencia de embarazo (n=1), un 25% estudia la historia sexual (n=4), un 12.5% analiza la influencia de otras personas sobre la mujer consumidora de la píldora (n=2), un 6.25% estudia el estado de salud (n=1), otro 6.25% estudia los problemas de sueño (n=1) y un último 6.25% la aceptación de la pareja al uso del método anticonceptivo (n=1). El 12.5% analizan los hábitos (n=2), el 18.75% analizan las características contextuales y de comportamiento (estilos de vida) (n=3), el 31.25% estudian la etnia (n=5), el 25% analizan el nivel de estudios (n=4), el 18.75% analizan el estado civil (n=3) y, por último, el 31.25% tratan los efectos secundarios de la píldora (n=5).

Las características de los estudios analizados se describen en la Tabla 1.

Tabla 1. Características de los resultados

Autor y año	Muestra	Características evaluadas	M (SD)	Resultados
Tessler, 1997	336 mujeres de entre 18 y 38 años (Media=20)	<ul style="list-style-type: none"> - Educación - Raza - Actividad sexual - Estado civil 		<ul style="list-style-type: none"> • Los beneficios percibidos se relacionan con la efectividad percibida, la viabilidad y otras ventajas del uso de un método anticonceptivo para prevenir el embarazo frente a las barreras percibidas, y, por tanto, influye en la adherencia al ACO.
Rosenberg, 1998	1657 mujeres a partir de 13 años (Media=26)	<ul style="list-style-type: none"> - Efectos secundarios - No necesidad de contracepción - Creencias - Conocimiento - Precio del ACO - Locus de control 		<ul style="list-style-type: none"> • Las barreras percibidas influyen en el uso de anticonceptivos. Se ha encontrado que estas posibles desventajas anticonceptivas inhiben el uso de anticonceptivos, incluyendo factores tales como los efectos secundarios percibidos de la anticoncepción hormonal (es decir, el aumento de peso o cambios de humor), los riesgos fisiológicos de los anticonceptivos hormonales (es decir, coágulos de sangre), por conveniencia (es decir, tener que recordar tomar una píldora diaria o aplicar un condón durante el coito), y acceso limitado a otros métodos. • Un mayor locus de control y conocimiento de la

			<p>anticoncepción apoya el inicio y la continuación de los anticonceptivos, mientras que una edad más temprana en la primera menstruación y primera relación sexual, un mayor número de parejas sexuales y un embarazo o aborto previo predicen el uso indebido de anticonceptivos.</p>
Glei, 1999	6155 mujeres de entre 25 a 34 años	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Raza - Estado civil - Historia sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Las adolescentes y las mujeres de minorías raciales / étnicas tienen más probabilidades de experimentar un embarazo no planeado, secundario a la falta de uso o uso indebido de anticonceptivos que sus contrapartes mayores y no minoritarias.
Kaunitz, 1999			<ul style="list-style-type: none"> • Las señales para la acción son estímulos internos y externos que activan la conciencia de la amenaza de embarazo percibida y facilitan la consideración de usar anticonceptivos para remediar la amenaza, es

			decir, mejoran la adherencia al ACO.
Bryden, 2001	124 mujeres de entre 18 y 29 años	- Edad - Conocimiento del ACO	<ul style="list-style-type: none"> • Un mayor conocimiento de todos los beneficios de un método hormonal como las píldoras anticonceptivas orales ha demostrado aumentar y mejorar su uso/adherencia.
Brucker, 2004	1800 mujeres de entre 18 y 29 años	- Ambivalencia del embarazo - Uso del ACO - Edad - Raza - Educación - Coresidencia - Expectativas - Creencias - Fatalismo	<ul style="list-style-type: none"> • La amenaza percibida (susceptibilidad y seriedad) de un embarazo no deseado y sus secuelas (es decir, nacimiento, aborto, paternidad) proporcionan el incentivo para usar anticonceptivos. Este constructo considera los sentimientos personales de la gravedad de quedar embarazada, basándose en la evaluación subjetiva de las consecuencias médicas y sociales del embarazo y la maternidad.

Smith, 2005	141 mujeres	<ul style="list-style-type: none"> - Efectos secundarios - Estado de salud - Problemas de sueño - Motivo de olvido - Rutina interrumpida - Presión escuela o trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres de residencia rural, las que tienen bajos niveles de ingresos y las que no tienen seguro tienen menos probabilidades de usar un método anticonceptivo altamente eficaz que las mujeres urbanas con un nivel socioeconómico más alto con seguro.
Hughey, 2010	137 mujeres (Media= 21 años)	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de estudios - Corresidencia - Localización de residencia - Etnia 	<ul style="list-style-type: none"> • Se confirma la hipótesis de que distintas variables contextuales influyen en la adherencia a los anticonceptivos orales. • El hecho de tener un empleo externo remunerado tuvo un efecto independiente mayor en la no adherencia que el trabajo escolar (estudiantes), tener horarios de sueño y participar en actividades extracurriculares. • El estrés laboral influye de manera negativa en la

		<ul style="list-style-type: none"> - Estado civil - Embarazo previo - Historia sexual - Características contextuales y de comportamiento - Efectos secundarios 	<p>adherencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres que conviven con su familia tienen mayor adherencia que las que viven con su pareja sexual. • Las personas que tienen un trastorno psicológico tienen mejor adherencia a la píldora anticonceptiva. • En los días que aparecen efectos secundarios no específicos y/o con menos días de sangrado no programado, disminuye la adherencia.
Hall, 2012	354 mujeres de entre 12 y 24 años (Media= 19.6, dt=2.6)	<ul style="list-style-type: none"> - Raza - Suministro de la píldora - Educación: graduado escolar 	<p>11.7 (1.9)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El estado de ánimo depresivo, el estrés y los cambios de peso percibidos fueron factores de predicción independientes de la interrupción del ACO entre mujeres jóvenes pertenecientes a minorías en nuestro estudio. • La adherencia es similar en adolescentes y jóvenes

- Altura	63.6 (2.5)	adultos.
-Peso	138.8 (31.8)	• Menos adherencia en mujeres con síntomas de estrés percibidos que en aquellas sin síntomas de estrés percibidos
- Edad primera relación sexual	5.9 (2.3)	
- Uso del ACO previo (meses)	3.0 (8.1)	• Menos adherencia en mujeres con síntomas de estado de ánimo depresivo percibidos que en aquellas sin síntomas de estado de ánimo depresivo percibidos
- Estado de ánimo depresivo		• Las mujeres jóvenes con un estado de ánimo depresivo y estrés tenían aproximadamente la mitad de probabilidades de continuar los anticonceptivos orales a los 6 meses (menor adherencia) que aquellas sin estas condiciones psicológicas.
- Estrés percibido		• El cambio de peso percibido (en general y por dimensión) se asoció con tasas de discontinuación más bajas (mayor adherencia) en comparación con el cambio de peso no percibido. • Las mujeres jóvenes con cambios de peso tenían 40% menos probabilidades de continuar los anticonceptivos orales que las que no tenían cambios

de peso.

Molloy, 2012	130 estudiantes universitarias de entre 17 y 36 años (Media=20.16, dt=3.01)	- Intención	4.55 (0.22)	<ul style="list-style-type: none">• Asociación entre 6 de los 7 predictores psicológicos y la adherencia al ACO (todas menos creencias de necesidad: por haber otros métodos).• Los predictores de adherencia al ACO más poderosos fueron control de comportamiento percibido (LC) y estrategias de afrontamiento.• Las pacientes que no tenían una hora fija para tomar la píldora tienden a saltarse una o más píldora (las que sí, tenían una buena adherencia).• Las pacientes que tenían una buena adherencia al ACO tienen menores preocupaciones sobre la píldora, mayores intenciones de usar la píldora, mayor control del comportamiento percibido (LC) sobre el uso de la píldora, mayores planes de acción y mayores estrategias de afrontamiento en relación a la píldora. (Con mala adherencia tenían menos intenciones menos control del comportamiento percibido (LC),
		- Locus de control	4.49 (0.52)	
		- Arrepentimiento anticipado	2.47 (0.91)	
		- Creencias de necesidad	2.16 (0.20)	
		- Plan de acción	3.11 (0.87)	
		- Estrategias de afrontamiento	3.26 (0.76)	

				<p>mayores preocupaciones, menos planes de acción y menos estrategias de afrontamiento).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interacción entre intención y arrepentimiento anticipado: bajas intenciones combinado con bajo arrepentimiento anticipado es predictor de una pobre adherencia.
Leahy, 2015	150 estudiantes universitarias entre 18 y 36 años (Media=19.45, dt=2.81)	<ul style="list-style-type: none"> - Intención - Locus de control - Plan de acción - Estrategias de afrontamiento - Memoria prospectiva - Escrupulosidad 	<ul style="list-style-type: none"> 4.73 (0.65) 4.51 (0.73) 2.93 (1.08) 2.88 (1.10) 26.65 (5.19) 33.49 (6.91) 	<ul style="list-style-type: none"> • La escrupulosidad está asociada a la adherencia al ACO (a mayor escrupulosidad, mayor adherencia). Además, se observó que esta asociación es estable a lo largo del tiempo. • Interacción entre escrupulosidad y memoria prospectiva, de tal forma que una baja escrupulosidad combinada con una baja memoria prospectiva resulta una pobre adherencia. • Escrupulosidad también está relacionada con otros factores como conductas saludables, etc.

Tomaszewski, 2017	670 mujeres universitarias de Minnesota, mayores de 18 años (Media= 21.95, dt= 4.1)	- Conocimiento percibido sobre el ACO	6.03 (1.5)	<ul style="list-style-type: none"> • Factores que correlacionan con la adherencia: establecer una rutina para tomar la píldora, búsqueda de información, raza y etnia. • EL conocimiento percibido y la autoeficacia positiva están relacionadas positivamente con la adherencia a los anticonceptivos. • No hay diferencias significativas respecto a la edad, años de universidad o el tipo de ACO utilizado. • Las mujeres que se encuentran en una relación estable utilizan un método anticonceptivo más efectivo que las mujeres que tienen relaciones causales.
		- Autoeficacia percibida	3.43 (0.6)	
Caetano, 2019	4500 mujeres (500 de cada país: Francia, Alemania, Italia, España, Bélgica, Irlanda, México, Brasil y USA) entre 21 y 29 años (Media=29.7)	- Estilos de vida - Niveles de estrés - Motivos de olvido		<ul style="list-style-type: none"> • El estrés influye en la adherencia. Al tener estrés aumenta el olvido, disminuyendo así la adherencia. • La mayoría de las mujeres olvidan la toma del anticonceptivo por estar preocupadas por otras cosas, por tendencial al olvido y por cambios en la rutina. • Haber tenido una gran discusión con alguien cercano,

			<p>mudarse, romper con la pareja o viajar por trabajo, está significativamente asociado al olvido de tomar la píldora.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La respuesta más común para el olvido, era tener una apretada agenda y no guardar la píldora en un lugar visible.
Jalca, 2018	79 mujeres de entre 20 y 45 años	<ul style="list-style-type: none"> - Religión - Aceptación de la pareja a los ACO - Influencia para la toma del ACO - Mitos - Conocimiento adecuado del uso del ACO - Efectos adversos - Vía de 	<ul style="list-style-type: none"> • La religión afecta a la toma de anticonceptivos, dado que, si esta no los acepta, las mujeres seguidoras de dicha religión no los toman. • En caso de que las parejas no estén de acuerdo en que se tome algún método anticonceptivo, las mujeres no los toman. • La pareja, los familiares o el personal médico pueden influir para utilizar un método anticonceptivo. • Un alto porcentaje de mujeres creen en los mitos sobre los anticonceptivos. • Tener un buen conocimiento del método anticonceptivo y que sea cómodo de administrar

		administración y comodidad	favorecen la adherencia.
			<ul style="list-style-type: none"> • En caso de sufrir efectos adversos, disminuye la adherencia.
SEC, 2018	1800 mujeres de entre 14 a 49 años	- Influencia para la toma del ACO - Motivo para no tomarlo	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de las mujeres que toman anticonceptivos lo hacen por recomendación médica. • Las mujeres que no toman ACO se debe, mayormente, al deseo de gestación, problemas de fertilidad, menopausia o por orientación sexual, entre otros.
Murphy, 2018	245 mujeres de entre 18 y 52 años (Media=22.41, dt=4.78)	- Fuerza del hábito (automatización): <ul style="list-style-type: none"> ▪ horario fijo 14.90 (6.94) ▪ lugar fijo 17.10 (7.24) 	<ul style="list-style-type: none"> • La fuerza del hábito está asociada significativamente con la adherencia. La adherencia es mayor cuando la fuerza del hábito es también mayor. • No hay diferencia significativa entre las mujeres que se han saltado una píldora y las que nunca se han saltado alguna. • Tener un horario fijo de toma del anticonceptivo favorece a la adherencia. • Mayor fuerza del hábito al tener el anticonceptivo en

un lugar fijo. Aunque no hay diferencia significativa en la adherencia según el lugar que sea.

- Las personas sexualmente activas no presentan diferencia significativa con las personas no sexualmente activas.
-

DISCUSIÓN

La adherencia al tratamiento se define como el grado en el que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas por el asistente sanitario (OMS, 2004). La falta de adherencia es uno de los principales temas abordados por la OMS, ya que es considerado un gran problema de salud pública.

Así pues, la valoración de la adherencia a los ACO específicamente, es una tarea difícil de llevar a cabo, dado que no se ha desarrollado gran variedad de instrumentos psicométricos validados para estudiarla. A su vez, hay pocos estudios sobre cómo mejorar la efectividad de los ACO y, ante los resultados obtenidos, es necesario evaluar nuevas estrategias que mejoren el cumplimiento y la adherencia a los ACO.

En España, un alto porcentaje de mujeres (72%) utilizan métodos anticonceptivos. Sin embargo, existe poca adherencia a los anticonceptivos orales, provocando embarazos no deseados y, al mismo tiempo, una preocupación importante en la salud pública (Molloy, Graham y McGuinness, 2012). Internacionalmente, casi la mitad de la población femenina no se adhiere completamente al tratamiento anticonceptivo oral (Molloy, Graham y McGuinness, 2012).

Conociendo estos datos, el objetivo fundamental de este trabajo fue investigar cuáles son los factores asociados a la adherencia o no adherencia a la píldora anticonceptiva.

Partiendo del procedimiento PRISMA y consultando las bases de datos MedLine, PubMed y PsycINFO se llevó a cabo la búsqueda y selección adecuada de artículos cuyo objeto de estudio fuera el análisis de los factores asociados a la adherencia a la píldora anticonceptiva (ACO). Se encontraron 1072 estudios, quedando tras el proceso de exclusión 16 artículos a analizar en el presente trabajo.

En los estudios analizados, se han observado variables tanto psicológicas como no psicológicas que pueden mejorar o dificultar la adherencia al anticonceptivo oral.

Por un lado, entre los factores que pueden mejorar dicha adherencia se encuentran los siguientes: la efectividad percibida, el conocimiento que se tiene del ACO, la conciencia de amenaza percibida de embarazo y de las posibles secuelas, intencionalidad para tomarlo, fuerza del hábito y escrupulosidad (Bryden, 2001; Brucker, 2004; Jalca, 2018; Kaunitz, 1999; Leahy, 2015; Molloy, 2012; Murphy, 2018; Rosenberg, 1998; Tessler, 1997; Tomaszewski,

2017). Esta última tiene una relación con la adherencia bastante estable en el tiempo. Además, las mujeres con un mayor locus de control y estrategias de afrontamiento se adhieren mejor al tratamiento anticonceptivo (Leahy, 2015; Molloy, 2012; Rosenberg, 1998). Se afirma que padecer un trastorno psicológico también mejora la adherencia al método anticonceptivo (Hughey, 2010).

Con respecto a factores no psicológicos, aquellas mujeres con un nivel socioeconómico alto y con seguro médico poseen una mayor adherencia (Smith, 2005). Las estudiantes, las mujeres que tienen horario fijo de sueño y horario fijo para tomar la píldora y las que realizan actividades extracurriculares se adhieren más y mejor que las mujeres que trabajan (Hughey, 2010; Murphy, 2018). La viabilidad del tratamiento anticonceptivo, la facilidad de su uso, convivir con la familia y/o tener una relación estable con la pareja son factores que favorecen una adecuada adherencia (Hughey, 2010; Tessler, 1997; Tomaszewski, 2017).

Por otro lado, los factores que disminuyen o dificultan que se produzca una adecuada adherencia al ACO son los siguientes: los riesgos fisiológicos que puede conllevar, la conveniencia de tomarlo (no es lo mismo recordar tomarlo todos los días que utilizarlo al tener relaciones sexuales), tener un acceso limitado a la píldora, el coste de la misma, la religión, problemas de fertilidad, el no apoyo de la pareja, deseo de gestación, menopausia y/u orientación sexual (Jalca, 2018; Rosenberg, 1998; SEC, 2018).

Las mujeres que han tenido la primera menstruación y la primera relación sexual a una edad temprana se adhieren peor al método anticonceptivo; al igual que las mujeres que han tenido un mayor número de parejas sexuales y embarazo o aborto previo (Rosenberg, 1998). Las mujeres de minorías raciales, las que viven en el medio rural, las que tienen un bajo nivel de ingresos y no tienen seguro médico, poseen una baja adherencia a la píldora anticonceptiva (Glei, 1999; Smith, 2005). Tal y como se ha comentado anteriormente, tener un trabajo externo remunerado, un alto nivel de estrés laboral, convivir con la pareja sexual y no tener una hora fija para tomar el ACO, son factores que disminuyen la adherencia (Hughey, 2010, Molloy, 2012). También las mujeres con un estado de ánimo depresivo, una baja intención unida al arrepentimiento anticipado y tener mala memoria prospectiva junto con una baja escrupulosidad, favorecen a que la adherencia se vea disminuida (Hall, 2012; Leahy, 2015; Molloy, 2012). Por último, las barreras percibidas, es decir, desventajas tales como efectos secundarios (aumento de peso, cambios de humor, etc.) resultan ser motivos

frecuentes del abandono del método anticonceptivo (Hughey, 2010; Jalca, 2018; Rosenberg, 1998; Smith, 2005).

Dada esta información, es de vital importancia tomar medidas para fomentar una adecuada y suficiente información sobre el uso y los beneficios del anticonceptivo oral para aumentar la adherencia, así como eliminar los mitos sobre la píldora y hacer especial hincapié en los olvidos.

Para futuros estudios, resultaría interesante la aplicación del “Health Belief Model” (HBM) o “Modelo de Creencias de Salud” de Rosenstock (1974), ya que es una propuesta muy importante para el campo de la contracepción. Consiste en un marco cognitivo social bien probado y comprensivo, uno de los primeros modelos utilizados para predecir y explicar las variaciones en el comportamiento anticonceptivo entre las mujeres en los años 70 y 80. El HBM es un marco cognitivo e interpersonal que ve a los seres humanos como seres racionales que utilizan un enfoque multidimensional para la toma de decisiones con respecto a si realizar un comportamiento de salud, como el comportamiento anticonceptivo. Se deriva de la teoría de la psicología social que se basa en gran medida en factores cognitivos modificables orientados hacia el logro de objetivos. Este modelo plantea que los factores que influyen en la adherencia al ACO son la amenaza percibida, barreras percibidas, beneficios percibidos, señales para la acción y factores de modificación y habilitación (incluyendo factores demográficos, sociales, estructurales, psicológicos y reproductivos) (Hall, 2011).

De este modo, se plantea este modelo como uno de los más relevantes en el estudio de la adherencia de la píldora anticonceptiva, confirmando múltiples factores estudiados por otros autores como Brucker (2004), Bryden (2001), Kaunitz (1999), Rosenberg (1998) o Tessler (1997).

Como principales limitaciones destacamos, en primer lugar, la cantidad masiva de resultados hallados durante el proceso de búsqueda de artículos a partir de las palabras clave del presente estudio, lo cual dificultó el proceso de inclusión y exclusión. Asimismo, muchos de los estudios hallados sobre métodos anticonceptivos, trataban la adherencia a múltiples métodos o únicamente estudiaban otras formas de anticoncepción (preservativo, anillo vaginal, etc.), sin mencionar el anticonceptivo oral. Por otro lado, se recalca la necesidad de crear instrumentos psicométricos específicos para evaluar la adherencia al anticonceptivo oral. Por último, se requiere llevar a cabo una revisión sistemática más profunda con un

mayor número de estudios analizados, así como recabar la información suficiente para elaborar un metaanálisis sobre los factores que influyen en la adherencia al ACO.

Por tanto, se puede concluir que existe una gran variedad de factores, tanto psicológicos como no psicológicos, asociados a la adherencia de la píldora anticonceptiva, siendo muchos de ellos modificables. Por ello, se plantea la necesidad de dar a conocer dichos hallazgos a los profesionales de la salud, así como elaborar intervenciones partiendo de estos factores, con el objetivo de mejorar la adherencia al ACO, además de continuar investigando este tema de estudio, en particular en el anticonceptivo oral.

REFERENCIAS

Araneda, M. (2009). Adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1, durante la adolescencia. Una perspectiva psicológica. *Revista Chilena de Pediatría*, 80(6), 560-569. <http://doi.org/10.4067/S0370-41062009000600010>

Berenson, A.B, Rahman, M. (2012). A randomized controlled study of two educational interventions on adherence with oral contraceptives and condoms. *Contraception*, 86(6), 716-24. PMID: 22840278. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.06.007>

Berenson, A.B., Wiemann, C.M. (1997). Contraceptive use among adolescent mothers at 6 months postpartum. *Obstetrics Gynecology*, 89, 999–1005. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(97\)00123-3](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(97)00123-3)

*Brucker, H., Martin, A., Bearman, P.S. (2004). Ambivalence and pregnancy: adolescents' attitudes, contraceptive use and pregnancy. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 36(6), 248-257. <http://doi.org/10.1363/psrh.36.248.04>

*Bryden, P.J., Fletcher, P. (2001). Knowledge of the risks and benefits associated with oral contraception in a university-aged sample of users and nonusers. *Contraception*, 63, 223-227. [https://doi.org/10.1016/S0010-7824\(01\)00194-9](https://doi.org/10.1016/S0010-7824(01)00194-9)

*Caetano, C., Peers, T., Papadopoulos, L., Wiggers, K., Engler, Y. & Grant, H. (2019). Millennials and contraception: why do they forget? An international survey exploring the impact of lifestyles and stress levels on adherence to a daily contraceptive regimen. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 24 (1), 30–38. <https://doi.org/10.1080/13625187.2018.1563065>

Castro, A., Barrero, J.I., García, F.J., Cruz, E., Soto, J., Álvarez, J., et al. (2009). *III Foro diálogos Pfizer-pacientes “La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida”*. Recuperado de: https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf

Clark LR. (2001). Will the pill make me sterile? Addressing reproductive health concerns and strategies to improve adherence to hormonal contraceptive regimens in adolescent girls. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 14, 153–162. [https://doi.org/10.1016/S1083-3188\(01\)00123-1](https://doi.org/10.1016/S1083-3188(01)00123-1)

Efficace, F., Baccarani, M., Rosti, G., Cottone, F., Castagnetti, F., Breccia, M., et al. (2012). Investigating factors associated with adherence behaviour in patients with chronic myeloid leukemia: an observational patient-centered outcome study. *British journal of cancer*, 107(6), 904–909. <https://doi.org/10.1038/bjc.2012.348>

Fisher, W. A., Byrne, D., Edmunds, M., Miller, C. T., Kelley, K., & White, L. A. (1979). Psychological and situation-specific correlates of contraceptive behavior among university women. *Journal of Sex Research*, 15(1), 38-55. <https://doi.org/10.1080/00224497909551022>

Galán, G. (2010). 50 años de la píldora anticonceptiva. *Revista Chilena de obstetricia y ginecología*, 75(4), 217 - 220. <http://doi.org/10.4067/S0717-75262010000400001>

García, A.M., Leiva, F., Martos, F., García, A.J., Prados, D., Sánchez et al. (2000) ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 1(1), 13-19. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/284610209_Como_diagnosticar_el_cumplimiento_terapeutico_en_Atencion Primaria

*Glei, D. (1999). Measuring contraceptive use patterns among teenage and adult women. *Family Planning Perspectives*, 31, 73-80. <https://doi.org/10.2307/2991642>

González-Hernando, C., Souza-de Almeida, M., Martín-Villamora, P., Cao-Torijaa, M.J., y Castro-Alija. M.J. (2013). La píldora anticonceptiva a debate. *Enfermería universitaria*, 10(3), 98-104. [https://doi.org/10.1016/S1665-7063\(13\)72635-6](https://doi.org/10.1016/S1665-7063(13)72635-6)

Guzmán, C. y Julca, J. (2017). *Adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos y su relación con la satisfacción del usuario* (Tesis de maestría). Universidad

de César Vallejo, Lima, Perú. Recuperado de:
<http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/17739>

Hall, K.S. (2012). The Health Belief Model can guide modern contraceptive behavior research and practice. *Journal of midwifery & women's health*, 57(1), 74–81.
<https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00110.x>

*Hall, K. S., White, K. O., Rickert, V. I., Reame, N., & Westhoff, C. (2012). Influence of depressed mood and psychological stress symptoms on perceived oral contraceptive side effects and discontinuation in young minority women. *Contraception*, 86(5), 518–525.
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.04.010>

Haynes, R.B. (1979). Introduction. En R.B. Haynes, D.W Taylor, D.L Sackett (Eds.) *Compliance in health care* (pp. 1 -7). Baltimore: John Hopkins University Press.

Hidalgo, E., Falguera, G., Seguranyes, G.I. (2016). Adherencia y cumplimiento del método anticonceptivo hormonal oral. *Revista Matronas Profesión*, 17(1), 28-34. Recuperado de:
<https://www.federacion-matronas.org/matronas-profesion/sumarios/adherencia-y-cumplimiento-del-metodo-anticonceptivo-hormonal-oral/>

*Hughey, A.B., Neustadt, A.B., Mistretta, S.Q., Tilmon, S.J., Gilliam, M.L. (2010). Daily context matters: predictors of missed oral contraceptive pills among college and graduate students. *American journal of obstetrics and gynecology*, 203(4), 323.e1-7.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.05.039>

Jaccard, J., Dodge, T., Dittus, P. (2003). Do adolescents want to avoid pregnancy? Attitudes towards pregnancy as predictors of pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 33(2), 79-83.
[https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(03\)00134-4](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(03)00134-4)

*Jalca, A.N (2018). *Situaciones que condicionan la selección de métodos anticonceptivos hormonales en mujeres atendidas en el Centro de Salud Pascuales* (Tesis de pregrado). Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador. Recuperado de:
<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31733>

*Kaunitz, A.M. (1999). Oral contraceptive health benefits: perceptions versus reality. *Contraception*, 59, 29-33. [https://doi.org/10.1016/S0010-7824\(98\)00135-8](https://doi.org/10.1016/S0010-7824(98)00135-8)

*Leahy, D., Treacy, K., Molloy, G.J (2015). Conscientiousness and adherence to the oral contraceptive pill: A prospective study. *Psychology & Health*, 30(11), 1346–1360. <https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1062095>

Lete, I., Doval, J.L., Pérez-Campos, E., Sánchez-Borrego, R., Correa, M., De la Viuda, E., et al. (2007). Factors affecting women's selection of a combined hormonal contraceptive method: the TEAM-06 Spanish cross-sectional study. *Contraception*, 76(2), 77-83. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2007.04.014>

López Romero, L.A., Romero, Guevara S.L., Parra, D.I., Rojas Sánchez, L.Z. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Revista Cubana de la promoción de la salud*, 21(1), 117-137. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.1.10>

Martín Afonso, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(4). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008

*Molloy, G. J., Graham, H., & McGuinness, H. (2012). Adherence to the oral contraceptive pill: a cross-sectional survey of modifiable behavioural determinants. *BMC Public Health*, 12(1), 838. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-838>

*Murphy, J., Eustace, N., Sarma, K.M., & Molloy, G. (2018). Habit Strength and Adherence to Oral Contraceptives: the Role of Time-and Place-Based Cues. *International Journal of Behavioral Medicine*, 25 (1), 431-437. <https://doi.org/10.1007%2Fs12529-018-9729-9>

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK) (2005). Long-acting Reversible Contraception: The Effective and Appropriate Use of Long-Acting Reversible Contraception. *NICE Clinical Guidelines*, 30. London: RCOG Press. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21656970>

Nogués, X., Sorli, M.L., Villar, J. (2007). Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *Anales de Medicina Interna*, 24(3), 138-41. <https://dx.doi.org/10.4321/S0212-71992007000300009>

Oakley, D., Potter, L., de Leon-Wong, E., Visness, C. (1997). Oral contraceptive use and protective behavior after missed pills. *Family Planning Perspectives*, 29, 277–987. <https://dx.doi.org/10.2307/2953417>

Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de la SEC. *Análisis del uso de métodos anticonceptivos y su impacto en la mejora de la calidad de vida*. Madrid: Sociedad Española de Anticoncepción, 2017. Recuperado de: [http://hosting.sec.es/descargas/OBS ANTICONCEPCION Y CALIDAD DE VIDA 2017.pdf](http://hosting.sec.es/descargas/OBS_ANTICONCEPCION_Y_CALIDAD_DE_VIDA_2017.pdf)

*Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de la SEC. *Encuesta de anticoncepción en España*. Madrid: Sociedad Española de Anticoncepción, 2018. Recuperado de: <http://hosting.sec.es/descargas/encuesta2018.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/41182>

Palacios, M. y Jalca, A. (2018). *Situaciones que condicionan la selección de métodos anticonceptivos hormonales en mujeres atendidas en el centro de salud pascuales* (Tesis de pregrado). Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31733>

Paradas, A., Herrarte, E., Soriano, M.E., Loáiciga, K., Alvarez, E., Cedraro, S., Rendón, A.M., Orengo, J.C. (2014). Preferencia de uso del método anticonceptivo hormonal combinado de autoadministración, previa y posterior a la consejería estructurada (estudio piensa). *Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología*, 19(3), 62-68. Recuperado de: <https://docplayer.es/28055599-Organismo-oficial-de-la-fecasog.html>

Potter, L.S. (1996). How effective are contraceptives? The determination and measurement of pregnancy rates. *Obstetrics and Gynecology*, 88(3 Suppl), 13-23. [https://dx.doi.org/10.1016/0029-7844\(96\)00246-3](https://dx.doi.org/10.1016/0029-7844(96)00246-3)

*Rosenberg, M.J., Waugh, M.S. (1998). Oral contraceptive discontinuation: a prospective evaluation of frequency and reasons. *American journal of obstetrics and gynecology*, 179, 577-582. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(98\)70047-X](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(98)70047-X)

Rosenberg, M.J., Waugh, M.S., Burnhill, M.S. (1998). Compliance, counseling and satisfaction with oral contraceptives: a prospective evaluation. *Family Planning Perspectives*, 30, 89-92. <https://dx.doi.org/10.2307/2991665>

Rosenberg, M.J., Waugh, M.S., Long, S. (1995) Unintended pregnancies and use, misuse, and discontinuation of oral contraceptives. *Journal of Reproductive Medicine*, 40(5), 355–360. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7608875>

Rosenberg, M.J., Waugh, M.S., Meehan, T.E. (1995). Use and misuse of oral contraceptives: risk indicators for poor pill-taking and discontinuation. *Contraception*, 51, 283–88. [https://dx.doi.org/10.1016/0010-7824\(95\)00074-K](https://dx.doi.org/10.1016/0010-7824(95)00074-K)

Rosenstock, I. M. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354–386. <https://doi.org/10.1177/109019817400200405>

*Smith, J.D., Oakley, D. (2005). Why do women miss oral contraceptive pills? An analysis of women's self-described reasons for missed pills. *Journal of midwifery & women's health*, 50, 380-385. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2005.01.011>

Steiner, M., Dominik, R., Trussell, J., Hertz-Picciotto, I. (1996). Measuring contraceptive effectiveness: A conceptual framework. *Obstetrics and Gynecology*, 88(3), 24–30. [https://doi.org/10.1016/0029-7844\(96\)00251-7](https://doi.org/10.1016/0029-7844(96)00251-7)

*Tessler, S.L., Peipert, J.F. (1997). Perceptions of contraceptive effectiveness and health effects of oral contraception. *Women's Health Issues*, 7, 400-406. [https://doi.org/10.1016/S1049-3867\(97\)00079-0](https://doi.org/10.1016/S1049-3867(97)00079-0)

*Tomaszewski, D., Aronson, B. D., Kading, M., & Morisky, D. (2017). Relationship between self-efficacy and patient knowledge on adherence to oral contraceptives using the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). *Reproductive health*, 14(1), 110. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0374-6>