

Anticoncepción en la adolescencia: más allá de la mera prescripción

C. Martin-Perpiñan

Ginecóloga.

CAP Fuencarral. SERMAS. Madrid.

Para abordar y atender la anticoncepción en la adolescencia quizás sería necesaria, previamente, alguna reflexión sobre la sexualidad adolescente.

La adolescencia es una etapa evolutiva en el desarrollo de los seres humanos que va configurando al adulto que será más adelante; como toda etapa transitoria es compleja y desigual en cada individuo, en cada chico o chica. Cada uno de ellos/ellas tendrá una vivencia, unas experiencias y una información diferente que determinará su conducta sexual. No olvidemos que los adolescentes tienen sexo, son seres sexuados, tienen sexualidad y curiosidad ante el hecho sexual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como "La integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor" (1).

Sin embargo el modelo sexual predominante en nuestro medio no proviene de este concepto: La idea predominante en nuestra sociedad y que les ofrecemos a nuestros jóvenes, es la de una sexualidad casi exclusivamente centrada en el coito, la actividad sexual coital como la única legítima. Esta es una práctica sexual centrada en la reproducción y no en el placer.

Al hacer del coito el objetivo único de la sexualidad nos olvidamos de la sensualidad, el disfrute del cuerpo, acariciarse, tener intimidad física con el otro, sentirlo cerca; tampoco debemos olvidar que otras prácticas sexuales pueden ofrecer igual o mejor sensación de bienestar y satisfacción. Además, el coito es la práctica que puede entrañar más riesgos en cuanto a embarazo y transmisión de infecciones.

Lo que nuestros adolescentes perciben en el entorno en el que están (estamos todos) es que la sexualidad está presente en todas partes, lo impregna todo: anuncios, revistas, cine, conversaciones de adultos. En este contexto su sexualidad despierta y desean saber qué es y cómo es eso del sexo; y siguiendo el modelo predominante, desean practicas coitales.

Por otra parte, los adultos no acabamos de admitir y aceptar la sexualidad de los adolescentes: no les facilitamos información apropiada del hecho sexual, no respondemos con claridad a sus demandas, no existen centros ni consultas adecuadas para ellos, les resulta difícil tener acceso a los anticonceptivos, no encuentran a quien preguntar sus dudas acerca de su sexualidad.

Y como colofón, en la educación sexual que se les ofrece transmitimos muchas veces que la sexualidad es peligro: embarazo no deseado, "enfermedades venéreas" (ITS), etc. Este mensaje aumentará sus dudas y temores.

Generalmente nuestros adolescentes están mal informados acerca de la sexualidad, ya que, generalmente, sus fuentes de información provienen de amigos o compañeros de su misma edad o de páginas de Internet de dudosa profesionalidad. Tengamos en cuenta además, que tienen grandes dificultades para comunicarse con los adultos en estos temas (padres, profesores, médicos). En resumen, tienen difícil acceder a una información adecuada, veraz y comprensiva.

Sería preciso que, al menos profesionales sanitarios y profesorado, hagamos una reflexión sobre el modelo de sexualidad que transmitimos y procuremos actualizarlo en la dirección que nos ha indicado la OMS desde hace ya mucho tiempo.

Aceptar la sexualidad adolescente

Si aceptamos la sexualidad de los adolescentes debemos actuar en consecuencia.

Desde las consultas médicas (pediatría, medicina de familia o ginecología) podemos empezar a ofrecer una idea positiva de la sexualidad en la línea que define la OMS, es decir, como un elemento enriquecedor, una forma de comunicar, una fuente de placer, una miscelánea de emociones y sensaciones, que deben aprender a gestionar.

La edad en la que los jóvenes inician relaciones sexuales coitales en España ha ido disminuyendo en los últimos años y por ello deberíamos atender a los adolescentes para ayudarles a efectuar elecciones saludables en las cuestiones relacionadas con su sexualidad: desde la orientación en las dificultades con su sexualidad, información de anticoncepción, riesgos y también beneficios de los diversos métodos anticonceptivos. Teniendo en cuenta sus necesidades es más factible poder ayudarlos y apoyarlos; aumentando su autonomía les ayudamos a crecer, a ser capaces de tomar sus propias decisiones.

Se debe informar a los adolescentes con veracidad y garantizar la confidencialidad respecto a sus familiares; y todas estas cosas llevadas a cabo, de forma ideal, en un contexto apropiado, en consultas y/o espacios adecuados para ellos en cuanto a horarios, personal sanitario receptivo e incluso locales donde no se encuentran con los adultos de su familia o su entorno.

La información y la prescripción de un anticonceptivo tienen que ser adaptadas a las características y evolución de cada joven, y responder a sus demandas. Generalmente las relaciones de pareja en la etapa adolescente no suelen ser muy frecuentes ni muy duraderas, lo que se debe tener en cuenta cuando aconsejamos e indicamos la anticoncepción.

Considerando algunos métodos anticonceptivos

La edad no es un obstáculo para la utilización de un anticonceptivo hormonal o de otro tipo, sino la indicación acerca de las prácticas coitales o no de un adolescente, su frecuencia y su historial clínico.

El preservativo

Según se señalaba más arriba, para el carácter ocasional que suelen tener las relaciones sexuales en la adolescencia, el método de elección sería el preservativo; pero, aunque es el más utilizado entre los jóvenes, según algunos estudios (2), este método presenta algunos obstáculos en su uso, por lo que no se utiliza tanto como sería deseable.

Generalmente el precio de los preservativos es caro para la economía del joven, lo que hace difícil poder comprarlo. También hay que considerar las dificultades de jóvenes inseguros/as a la hora de adquirirlos: el temor a ser recriminados por el farmacéutico si va a la farmacia o el que alguien de su entorno, vecinos o familiares, les vea comprarlos en el supermercado. No pensemos sólo en grandes ciudades como Madrid; también hay adolescentes en ciudades pequeñas y pueblos donde la obtención de preservativos puede convertirse en una peripecia desconcertante.

Además, el uso de este método requiere un cierto aprendizaje y una cierta práctica para desarrollar habilidades, que muchas veces no tienen, ni saben dónde y cómo obtener.

Existen también entre ellos (y entre muchos adultos) prejuicios y falsas creencias acerca de este método lo que supone que obstáculos para que lo utilicen: que se "siente" menos, que si "no te fías de mí", que "el verdadero amor es sin nada entre nosotros". Los chicos no quieren usarlo y las chicas no tienen todavía habilidades para negociar adecuadamente el uso del condón.

Según la encuesta Daphne 2011 (2), realizada a más de 2.000 mujeres en edad fértil en 2011, jóvenes y adultos utilizan preservativos de forma inconsistente, es decir a veces sí y a veces no; cuando es no, están expuestos a riesgos de embarazo no deseado e ITS. Las razones para no utilizarlo, según este estudio son, en el 50,3% de los casos lo imprevisto de la relación y en el 35,8% por "no interrumpir la relación".

En algunos casos me han comentado las chicas su temor a que las abandone la pareja y se vaya con otra si no acceden a tener sexo sin preservativo, bien porque así se la ha dicho el chico o porque su inseguridad, lógica, las hace tener este tipo de temores.

En fin que todo este cúmulo de cosas hace que el preservativo no se utilice adecuadamente y que todavía tengamos un porcentaje de adolescentes de más del 15% expuestas a riesgos.

La píldora del día después: un plan B por si algo falla

La píldora postcoital de levonorgestrel está autorizada en España desde 2001. Desde entonces existe amplia experiencia y bibliografía (3,4,5,6,7) para poder afirmar que su uso no reviste problemas para la salud de la usuaria.

El mecanismo de acción es la inhibición del pico de LH y por tanto de la ovulación; no interfiere en la anidación del posible embarazo ni es causa de teratogenia. Su acción es más eficaz si se toma en las primeras 24 h después del coito; la eficacia disminuye paulatinamente con el paso del tiempo aunque se mantiene de manera aceptable hasta las 72 h.

En España está autorizada su venta en farmacias desde 2009 sin receta médica. El precio es de 22€.

Este tipo de anticoncepción debe considerarse como un "plan B" para situaciones en las que ha fallado o no se ha utilizado método, ya que no es eficaz en el 100% de los casos.

Desde 2009 está comercializada otra píldora del día después que no es hormonal: el acetato de ulipristal (ellaOne ®); se trata de un modulador selectivo de los receptores de progesterona y su eficacia se mantiene durante 120 h, es decir, 5 días y que parece ser más eficaz que el levonorgestrel en las primeras 24 h. Es necesaria receta médica para la dispensación y el precio son 31 €.

La anticoncepción de urgencia (AU) ha revestido una gran polémica entre nosotros, por varias razones. Una de ellas es el temor a que las chicas que la utilizan dejen de usar métodos más seguros como el preservativo y se expongan más a ITS y otras consecuencias indeseables.

Sobre este punto también existen estudios (8,9) que demuestran que el facilitar el acceso a la AU no altera de manera negativa las conductas sexuales de los jóvenes en cuanto a la anticoncepción regular: ni se aumenta la actividad sexual ni las prácticas tienen mayor riesgo. En mi opinión, la píldora postcoital puede ser un ejemplo de aprendizaje de cómo se pueden resolver situaciones de riesgo imprevistas.

El principal problema de estos medicamentos es su elevado precio, el no estar financiados por el Sistema Nacional de Salud (SNS) y los obstáculos que en algunos casos ponen algunos profesionales, médico y/o farmacéuticos para proporcionarla a jóvenes.

Los anticonceptivos hormonales (AH).

La anticoncepción hormonal está indicada si existe actividad sexual continuada y frecuente o si así lo prefiere la joven y no existe contraindicación clínica para ello.

Los criterios para la prescripción de anticonceptivos hormonales y el seguimiento están suficientemente desarrollados en otras publicaciones (10) por lo que no me extenderé en ellos. Tan sólo algunas consideraciones.

Los anticonceptivos hormonales combinados tienen ventajas además de los riesgos ya conocidos; las más destacables son sus efectos beneficiosos sobre la dismenorrea, la menorragia, el acné y el hirsutismo. Es importante con las adolescentes desmontar los mitos e ideas erróneas, muy extendidos, sobre el aumento de peso o las dificultades en la fertilidad posterior y otros, lo cual es una barrera de prejuicios contra la adecuada utilización de estos métodos.

El anillo vaginal Nuva Ring® y el parche anticonceptivo Evra® son anticonceptivos hormonales combinados con gestágenos de 3ª generación. Su ventaja sobre ellos es que la absorción del medicamento es transdérmica o transvaginal, evitando el paso hepático y además de ello facilitan el cumplimiento anticonceptivo, ya que su administración es mensual o semanal respectivamente en lugar de diario como es el caso de los anticonceptivos orales.

Disponemos de un anticonceptivo de larga duración de sólo gestágenos que es el implante anticonceptivo Implanon®. Es una varilla que se coloca debajo de la piel y cuya duración es de 3 años. Aunque su coste es alto, 209 €, actualmente está financiado por el SNS.

Este método estaría indicado especialmente en chicas en las que se precisa un anticonceptivo de larga duración y en el que la usuaria no pueda, por alguna condición desfavorable (discapacidad mental, enfermedades psiquiátricas, etc.) estar pendiente de ingerir una tableta diaria.

El Dispositivo Intrauterino (DIU)

Es un método que no tiene buenos resultados en mujeres nulíparas, ya que puede aumentar la dismenorrea y el sangrado, por ello no es frecuente que se inserte a una adolescente, ya que existen métodos alternativos con menos efectos desfavorables; sin embargo, me gustaría señalar que la edad no es una contraindicación para el uso del DIU siempre que se cumplan las condiciones clínicas adecuadas.

Bibliografía

1. Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud. Organización Mundial de la Salud. Serie de informes técnicos. N° 572. Ginebra. 1975. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_572_spa.pdf
2. Grupo Daphne. Encuesta Daphne 2011. Disponible en www.equipodaphne.es/encuestas.php
3. Consorcio Internacional para Anticoncepción de Emergencia, disponible en www.cecinfo.org ó www.emergencycontraception.org/publications/index.htm
4. Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) www.figo.org
5. Abizanda González, M; Martínez Prats, E. El Médico. Actualizaciones. Saned 2012. Disponible en: www.actualizaciones.elmedicointeractivo.com/contracepcion
6. Emergency Contraception. Fact sheet n° 244, oct 2005. OMS.
7. Emergency Contraception. FFPRHC Guidance (April 2006). *J Fam Plann. Reprod Health Care* 2006; 32 (2): 121-127 y posterior de 2011.
8. Raine T y cols. Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs. *JAMA* 2005; 293 (1): 61-62.
9. Graham A y cols. Improving teenagers' knowledge of emergency contraception: Cluster randomized controlled trial of a teacher led intervention. *British Medical Journal*, 2002; 324: 1179.
10. OMS. Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de Anticonceptivos. 4ª edición 2009. www.who.int (Family planning)

Otras páginas web de interés

- Sociedad Española de Contracepción: www.sec.es
- Federación de Planificación familiar estatal www.fpfe.org
- Academia Americana de Pediatría: www.healthychildren.org/EC.
- Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care: www.fsrh.org