

PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS ITS y VIH



Dirección Territorial de Ceuta

***MANUAL SOBRE
PREVENCIÓN DE EMBARAZOS
NO DESEADOS, INFECCIONES
DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)
Y VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA
HUMANA (VIH)***

Autoras:

Silvia Alcolea Flores

Presidenta de la Asociación de Matronas de Ceuta

Enfermera Especialista de Obstetricia y Ginecología (Matrona)

Carmen Gutierrez Molina

Vicepresidenta de la Asociación de Matronas de Ceuta

Directora de Enfermería del Hospital Universitario de Ceuta

Ilustraciones:

Claudia Millán Alcolea

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
PRIMERA PARTE	
1. DOCUMENTOS SOBRE SALUD REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCIÓN. MARCO LEGISLATIVO	8
1.1. Documentos sobre salud reproductiva y anticoncepción	8
1.2. Marco legislativo	12
2. LA SEXUALIDAD DE LA INFANCIA A LA MADUREZ	13
2.1. Algunos aspectos y derechos sexuales en menores de edad	13
2.2. Sexualidad infantil y adolescente	15
2.3. Encuestas sobre sexualidad y anticoncepción en España	17
2.4. La sexualidad humana	18
2.5. La respuesta sexual humana	20
2.6. La conducta sexual humana	22
3. COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES	23
3.1. Comportamientos y sus riesgos asociados principales	23
3.2. Análisis funcional del comportamiento de riesgo	29
3.3. Comportamientos sexuales preventivos	30
3.4. Factores de riesgo	31
3.5. Justificaciones de las conductas de riesgo	33
3.6. Razones por las que la precocidad en las relaciones sexuales se considera factor de riesgo	34
3.7. Riesgo durante la perimenopausia	35

SEGUNDA PARTE

4.	INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO. DATOS Y CONTEXTO JURÍDICO	36
4.1.	Repercusiones sociales del embarazo no deseado en jóvenes y adolescentes	36
4.2.	Aspectos descriptivos. Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)	39
4.3.	Marco legal. Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)	40
4.4.	Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo:	41
4.4.1.	Interrupción del embarazo a petición de la mujer (artículo 14)	41
4.4.2.	Interrupción del embarazo por causas médicas (artículo 15)	41
4.4.3.	Requisitos necesarios de la interrupción voluntaria del embarazo (artículo 13)	42
4.5.	Anteproyecto de ley de protección de vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada:	43
4.5.1.	Novedades legislativas	43
4.5.2.	Supuestos para la interrupción del embarazo	44
4.5.3.	Consentimiento en jóvenes menores	45
4.5.4.	Objeción de conciencia	45
5.	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	46
5.1.	Beneficios de la planificación familiar	47
6.	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. MOTIVOS DE ELECCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE USO	49
6.1.	Elección de un método anticonceptivo	50
6.2.	Clasificación adaptada de métodos anticonceptivos según OMS:	51
6.2.1.	Métodos modernos	51
6.2.2.	Métodos tradicionales	69
6.3.	Por qué los preservativos cuentan para la prevención de embarazos no planificados, ITS y VIH/Sida	72

Introducción

El objetivo del Manual sobre Prevención de Embarazos no Intencionados, de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, es el de servir como instrumento de revisión y la vez el de estimular la toma racional de decisiones individuales e informadas en cuanto a la salud sexual y reproductiva desde el punto de vista integral y preventivo.

Las infecciones de transmisión sexual curables (sífilis, gonorrea, infección por clamidia, tricomoniasis etc.) representan un gran porcentaje de personas que enferman en todo el mundo con una incidencia anual estimada de 340 millones de casos. Estas enfermedades, a pesar de la disponibilidad de tratamientos efectivos, constituyen un desafío para la salud pública. Su control es un componente importante en los programas de prevención del VIH debido a que pueden funcionar como cofactores en la transmisión sexual de este virus, extremadamente frecuente en países en vías de desarrollo.

El estigma social que se asocia con las ITS y VIH/SIDA, puede ser la causa que impida que muchas de las personas que sienten síntomas busquen tratamiento, lo que podría ser un obstáculo importante para la prevención y asistencia.

La salud sexual y reproductiva involucra directamente a cuatro de los ocho objetivos de Desarrollo del Milenio. Desde el punto de vista sociodemográfico, incide directamente en la estructura y crecimiento poblacional al encontrarse inmersas dimensiones como fecundidad, inicio de la vida reproductiva, planificación familiar, prácticas anticonceptivas, salud materna, mortalidad infantil, infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA entre otras. Por todo ello, este manual tiene como hilo conductor la salud de las mujeres durante su ciclo vital y, de los hombres, en lo que respecta a la faceta preventiva, incluyendo también la filosofía de la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva donde se reconoce ésta última incluida en los derechos humanos.

El embarazo no intencionado (tanto el no planificado como el no deseado) en adolescentes, es otro de los problemas de salud pública común en el mundo. Los embarazos repetidos en este grupo también ocurren con frecuencia y están relacionados con riesgos adicionales y de resultados adversos para las madres y sus recién nacidos. Con frecuencia, las adolescentes no reciben cuidados prenatales a tiempo, esconden su gestación, son físicamente inmaduras, y a menudo con pocos recursos económicos. Además cada año, de 2,2 a 4 millones de adolescentes recurren a un aborto no seguro en todo el mundo.

En España, según la Sociedad Española de Contracepción, el porcentaje de mujeres en riesgo de quedar embarazadas por no utilizar un método anticonceptivo teóricamente eficaz es bajo, lo que quiere decir que buena parte de los embarazos no deseados se producen por mal uso o problemas de cumplimiento con el método elegido.

1. Documentos sobre salud reproductiva y anticoncepción. Marco legislativo

1.1. Documentos sobre salud reproductiva y anticoncepción.

- **Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979)**

Los estados deben garantizar a las mujeres “servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto”.

- **Convención sobre los Derechos del Niño (1989)**

Los estados deben “asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada para las madres” y desarrollar atención sanitaria preventiva, incluyendo “orientación a los padres, educación y servicios de planificación familiar”.

- **Informe técnico de la OMS, Serie nº 572, 1975. Salud sexual**

“La salud sexual es la conjunción de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ente sexual para que sean positivamente enriquecedores y acreciente la personalidad, la comunicación y el amor”.

“Salud sexual es la ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza, de culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la actividad sexual o perturben las relaciones sexuales”.

“La atención a la salud sexual debe tener como fin el incremento de las relaciones vitales y personales, y no solamente el asesoramiento y cuidado relativos a la procreación o a las enfermedades de transmisión sexual”.

- **Programa de acción de El Cairo. Punto 7.2. Salud reproductiva**

“Es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”.

● Derechos sexuales

Los derechos sexuales son derechos humanos fundamentales y universales (declaración del 13º Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España). Están basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos; se encuentran en parte reconocidos en las declaraciones de la ONU sobre derechos y salud reproductiva.

La sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, placer, ternura y amor.

La salud sexual debe ser un derecho humano básico, pues es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social y forma parte de la salud como derecho fundamental.

Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los derechos sexuales siguientes deben ser reconocidos, respetados, ejercidos, promovidos y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios.

- Derecho a la libertad sexual: establece la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos y excluye toda forma de coerción, explotación y abuso sexual en cualquier etapa y situación de la vida.
- Derecho a la autonomía, a la integridad y a la seguridad sexual del cuerpo: incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual en un contexto de ética personal y social; están incluidas también la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación o violencia de cualquier tipo.
- Derecho a la privacidad sexual: legitima las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad, siempre y cuando no interfieran con los derechos sexuales de otros.
- Derecho a la igualdad sexual: se opone a cualquier forma de discriminación relacionada con el sexo, género, preferencia sexual, edad, clase social, grupo étnico, religión o limitación física o mental.

- Derecho al placer sexual: prerrogativa al disfrute y goce sexual (incluyendo el autoerotismo), fuente de bienestar físico, intelectual y espiritual.
- Derecho a la expresión sexual emocional: abarca más allá del placer erótico o los actos sexuales y reconoce la facultad a manifestar la sexualidad a través de la expresión emocional y afectiva como el cariño, la ternura y el amor.
- Derecho a la libre asociación sexual: permite la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse o de establecer cualquier otro tipo de asociación sexual responsable.
- Derecho a la toma de decisiones reproductivas libres y responsables: comprende el derecho a decidir tener hijos o no, el número y el tiempo a transcurrir entre cada uno, y el acceso pleno a los métodos para regular la fecundidad.
- Derecho a la información sexual basada en el conocimiento científico: demanda que la información sexual sea generada a través de procesos científicos y éticos, que sea difundida de forma apropiada y que llegue a todas las capas sociales.
- Derecho a la educación sexual integral: solicita la impartición de la educación sexual durante toda la extensión de la vida, desde el nacimiento hasta la vejez, y exhorta a la participación de todas las instituciones sociales.
- Derecho a la atención de la salud sexual: conlleva la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones, enfermedades y trastornos sexuales.

“Los derechos sexuales son derechos humanos fundamentales y universales”

Declaración del 13º Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España. Revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) el 26 de agosto de 1999 en el XV Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular China.

- Decálogo de sexualidad y ciclo sexual de la Federación Española de Sociedades de Sexología.

Este documento tiene el deseo y la motivación de garantizar los derechos sexuales promulgados en la declaración del Congreso de Sexología de Valencia de 1997, así como promover la declaración del Congreso de Montreal 2005 sobre Salud Sexual para el Milenio.

- Los seres humanos a lo largo de toda la vida tenemos derecho a que nuestra salud sexual sea reconocida, promovida y asegurada.
- Tenemos derecho a lo largo de todo el ciclo vital a una educación sexual adecuada a nuestra edad, que favorezca el desarrollo de recursos y estrategias que posibiliten nuestro placer sexual como un componente de nuestro bienestar personal y relacional.
- Debemos sensibilizarnos, acorde con nuestra edad, con los temas relacionados con la violencia, el abuso y las agresiones sexuales para, si fuera el caso, denunciar a los agresores/as de nuestro entorno y actuar en defensa de las víctimas.
- La edad no debe ser un condicionante para que todos respetemos y toleremos la variabilidad sexual y sus diferentes expresiones y manifestaciones.
- Cualquier momento en la vida es bueno, y nunca es tarde, para modificar actitudes negativas, prejuicios, miedos y mitos que puedan conllevar a una vivencia negativa de nuestra sexualidad o la de quienes nos rodean.

- Es nuestra responsabilidad adquirir conocimientos básicos sobre la sexualidad humana a lo largo del ciclo vital, y de esta forma conocer los cambios emocionales, fisiológicos y conductuales que suceden en las diversas etapas de la vida; de esta forma podremos adaptarnos de forma positiva a nuestra sexualidad y a la de nuestra pareja.
- No hay excusas para las conductas sexistas en las relaciones humanas. La salud sexual promueve la igualdad sexual entre los seres humanos.
- Nuestras actitudes y comportamientos a lo largo de nuestra vida deben respetar las distintas formas y derechos de expresión de la sexualidad humana.
- Sea cual sea nuestra edad, y condición física y psicológica, debemos valorar la importancia del placer como un componente fundamental de la salud, el bienestar y la calidad de vida.
- Debemos asumir las pérdidas afectivas y de pareja como forma natural de la convivencia, sin que ello nos lleve a conductas desajustadas o violentas.

1.2. Marco legislativo

La Constitución Española reconoce en su artículo 43 el derecho a la protección de la Salud. Dice en el mismo artículo que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE núm. 102 de 29 de abril), regula las acciones que permiten hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución. En su artículo 18 y a tenor literal dice “Las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y de sus órganos competentes en cada caso, desarrollarán las siguientes actuaciones: 7. Los programas de actuación en el campo de planificación familiar y la prestación de los servicios correspondientes”.

2. La sexualidad de la infancia a la madurez

2.1. Algunos aspectos y derechos sexuales en menores de edad

La resolución A3-0172/92 sobre la “Carta Europea de Derechos del Niño”, en su artículo 8.32, recoge a tenor literal, “el niño deberá ser protegido frente a las enfermedades sexuales”. A tales efectos, se le deberá facilitar la información oportuna. Igualmente, deberá proporcionársele una educación en materia sexual y las atenciones médicas necesarias, con inclusión de las medidas dirigidas al control de natalidad, dentro del reposo de las convicciones filosóficas y religiosas.

El Código Penal español y su modificación posterior (Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal), presupone la autodeterminación sexual a partir de los 13 años en sus artículos 181, 182 y 183, edad en la que se reconoce la capacidad de establecer libremente relaciones sexuales consentidas, de lo que se podría deducir el admitir la capacidad de ellos y ellas a partir de esa edad para adoptar las medidas anticonceptivas que se consideren convenientes.

El 29 de mayo de 2013, el Gobierno español en representación de la Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato, ha propuesto a los diferentes grupos políticos elevar la edad de consentimiento sexual de los 13 años actuales hasta los 16. Posteriormente, el anteproyecto de reforma del Código Penal, ha sido modificado por el Ministerio de Justicia para elevar la edad mínima de consentimiento para mantener relaciones sexuales con adultos desde los 13 años a los 15. De esta manera se incorpora al Código Penal una de las prioridades del Ministerio de Sanidad, que justificó su petición en base a las recomendaciones del Comité de Derechos del Niño de las Naciones Unidas de 2007, con el fin de evitar abusos de adultos a menores y luchar más eficazmente contra la pederastia. El proyecto de ley fue aprobado por el ejecutivo el pasado 20 de septiembre de 2013, aunque se han presentado varias enmiendas por parte de los grupos parlamentarios socialista e izquierda plural.

Acogiéndose a la Ley General de Sanidad, la población “menor” de edad podrá acudir a los servicios sanitarios de la red pública en demanda de la correspondiente asistencia contraceptiva, ya que cae dentro de los “programas de orientación en el campo de la planificación familiar y la prestación de los servicios correspondientes”, y que forman parte de la actividad de las administraciones públicas sanitarias.

La pauta para enjuiciar la madurez de la o del demandante “menor maduro” de tratamiento contraceptivo, implica la capacidad de comprender las consecuencias de su decisión, siendo éstas:

- El alcance de la intervención sobre su integridad corporal o sobre su salud (física y psíquica).
- Sus eventuales repercusiones sobre su vida futura.

Actualmente la Ley 41/2002, respecto a los límites del consentimiento pro representación se recoge que “Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación”, lo que implica que se fija la “mayoría de edad médica” en los 16 años, esté emancipado/a o no el/la menor.

El artículo 9, apartado tres, enuncia sobre el consentimiento informado a tenor literal “Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos: cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente”.

Por lo tanto, en relación con las prestaciones, por parte de facultativos y centros autorizados, relativas a la información en materia de sexualidad y anticoncepción y al suministro de medios contraceptivos es de aplicación sin restricciones el principio de plena capacidad jurídica de los/as menores para solicitar y consentirlo, siempre que tengan suficiente juicio y madurez para ello, sin necesidad de autorización previa de progenitores o tutores/as.

La valoración del grado de juicio y madurez corresponde a la figura médica, en virtud de su derecho y deber de ejercicio profesional y en su modulación debe atenderse al sentido y finalidad de la prestación que en ese caso es, precisamente, el de evitar embarazos no deseados en la adolescencia, por lo que la prestación resulta indicada en cuanto el o la menor se encuentra en la edad fisiológica que da ocasión al riesgo de embarazo.

2.2. Sexualidad infantil y adolescente

Sigmund Freud en su teoría psicoanalítica, sostenía que el recién nacido tenía impulsos sexuales que, durante su etapa de desarrollo, iban doblegándose debido a una represión progresiva, que podía detenerse por el progreso regular del desarrollo sexual o por causas individuales; la educación puede contribuir a bloquear la debida canalización de estos impulsos aunque su desarrollo se encuentre condicionado de modo fisiológico.

Durante la infancia la función reproductora no está desarrollada, ello hace que los impulsos sexuales que implican zonas erógenas pueden provocar emociones contradictorias en el niño/a por connotaciones y significados culturales relacionados con el pudor y la moral. De ello derivan grandes diferencias entre la sexualidad infantil que se muestra poco diferenciada y organizada en relación con la edad adulta.

Las relaciones cóitales en niños y niñas no son buscadas si no es por mera imposición de un adulto ya que las zonas corporales de mayor sensibilidad en los niños/as no son los genitales, además no existe en estas edades tempranas diferenciación clara entre deseos eróticos y sentimientos afectivos. La sexualidad infantil está lejos de una concepción procreativa, genital y erótica. Para un adulto las conductas eróticas tienen un significado que pueden variar en función de aspectos individuales: deseo, atracción, expectativas, compromiso, amor, lealtad, placeres, entrega, pasión, etc. Es evidente que todas estas palabras y significados son demasiado grandes para la edad infantil. Por ello, es importante “no ver con ojos de adulto lo que hacen niños y niñas”.

El vínculo del apego suele aparecer en torno al año de edad entre un niño o niña y sus padres o cuidadores, estas figuras provocan sentimientos de seguridad y protección, con ellas se aprende a comunicarse de un modo íntimo (tocar, ser tocado, abrazar, besar, etc.), se desarrolla la seguridad en otras personas, y en uno y una misma, el reconocimiento de emociones y su expresión como camino para aprender a aceptarse y a expresarse. En definitiva, se aprende a que toda persona es digna de que la quieran y a reconocer y expresar emociones; principales objetivos de la educación sexual.

Déficit en una vinculación afectiva trae como consecuencia déficit en la expresión erótica futura. El contacto corporal y la comunicación con las figuras de apego en la edad infantil (padres y cuidadores) que provocan sentimientos de seguridad y protección pueden ser decisivos para establecer una sexualidad sana.

El enamoramiento y el amor comienzan a partir de la adolescencia. Los deseos se concretan y surgen fantasías sexuales que pueden ir acompañadas de excitación. La atracción es la dirección que toma el deseo, además está influenciada por la propia orientación de éste, condicionado también por las preferencias personales y las experiencias anteriores, además de las influencias culturales.

La sexualidad es un aspecto importante en la vida de los adolescentes. Se han realizado varias encuestas y estudios con el objetivo de caracterizar algunos aspectos relacionados con los conocimientos y el comportamiento sexual en adolescentes. Los jóvenes españoles mantienen una alta frecuencia de relaciones sexuales con parejas sucesivas de poco tiempo de duración, son calificados como monógamos sucesivos.

2.3. Encuestas sobre sexualidad y anticoncepción en España

Existen varias encuestas nacionales españolas que ponen de manifiesto los cambios fundamentales en las actitudes de la sociedad española frente a al comportamiento preventivo, alguna de ellas:

- Encuesta “Anticoncepción Siglo XXI” realizada por el Instituto Gallup en el año 2005.
- VI encuesta DAPNE-Bayer Schering Pharma de Hábitos anticonceptivos en España 2009.
- VII encuesta DAPNE-Bayer Schering Pharma de anticoncepción en España 2011.
- Encuesta Habits sobre hábitos sexuales y uso de anticonceptivos entre las mujeres y las profesionales sanitarias en España 2012.

En la tercera encuesta realizada por el grupo DAPHNE sobre sexualidad y anticoncepción a la juventud española se observa que el 65,7 % de los adolescentes mantienen relaciones sexuales con penetración. Éstos refieren haber iniciado las relaciones sexuales cóitales a los 16,3 años los varones y a los 16,5 años las mujeres. Según la encuesta sobre hábitos sexuales (MSC) las expectativas de los jóvenes sobre las fuentes de información en temas de sexualidad y anticoncepción no se corresponden con la realidad de la información recibida. Los medios de comunicación y el entorno social son las principales fuentes de información de los jóvenes en temas de sexualidad y anticoncepción.

A pesar de que los jóvenes preferirían obtener información sobre sexualidad y anticoncepción de los padres o familiares mayores en primer lugar y de profesionales sanitarios en segundo, en realidad siguen siendo los iguales la fuente principal de información.

Según los resultados de la encuesta realizada por el Instituto Gallup, 8 de cada 10 jóvenes de 14 a 19 años no han recibido de sus padres las primeras informaciones sobre sexo y anticonceptivos. Son las jóvenes las que utilizan con más frecuencia fuentes profesionales y familiares y especialmente sus madres.

Métodos anticonceptivos usados por los adolescentes de 14 a 19 años

Método anticonceptivo	Porcentaje
Preservativo	47,1 %
Anticonceptivos orales	11,3 %
DIU	0,9 %
Parches, implantes, inyección hormonal	3,2 %
Doble método (condón+AHO)	0,9 %
Coitus interruptus	1,4 %
No usa método	35,3 %

Fuente: *Contraception attitudes among Spanish women 6th DAPHNE survey, 2009*

Los resultados de las encuestas apuntan, además, hacia la educación sexual como determinante de los comportamientos. Se observa un incremento significativo en el uso de Internet como fuente de información en retroceso a la facilitada por profesionales sanitarios.

El 36 % de los jóvenes reconocen haberse expuesto a algún riesgo en las relaciones sexuales, principalmente a embarazo no deseado.

2.4. La sexualidad humana

Los seres humanos nacen sexuados. Esa diferenciación genética condiciona nuestra existencia y provoca la búsqueda de pareja emocional y sexual.

El sexo es el instinto que nos lleva a la búsqueda de una pareja. La sexualidad viene definida por la expresión del sexo: la forma y la manera en la que expresamos el hecho de ser sexuados. Esto nos permite diferenciar entre la sexualidad femenina y masculina. Por otra parte, la afinidad por el encuentro entre las parejas nos permite distinguir entre conductas homo, bi y hetero-sexuales en cuanto a la misma.

Salud sexual: el estado de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, que requiere un entorno libre de coerción, discriminación y violencia.

La interacción sexual es un hecho biológico, psicológico y social. No es posible valorar las relaciones de pareja sin apreciar la dimensión afectiva y sexual.

Funciones de la sexualidad:

- **Comunicación:** como forma de expresión de nuestros sentimientos, deseos, valores, autoestima, como dimensión relacional, de interacción y expresión de emociones y afectos. Existen varias formas de comunicación tanto la verbal como la gestual y la de contacto dérmico, esencial en las relaciones sexuales.
- **Placer:** las relaciones sexuales son una de las diversas formas a través de la que los seres humanos materializan su necesidad de experimentar placer, es la más cercana a la esencia del individuo pese haber sido la más oscurecida culturalmente. Esta función es vital para el desarrollo de la persona y la más creativa y lúdica que permite al ser humano expresarse como individuo o con su pareja de forma libre y creativa.
- **Procreación o función reproductora:** a través de las relaciones sexuales cóitales una pareja heterosexual puede reproducirse, por ello, la pareja debe ser consciente de la posibilidad y en consecuencia, articular los mecanismos preventivos para la toma de decisiones de responsabilidad a la hora de elegir tener o no descendencia. Esta dimensión ha sido la más usada para asustar a las personas de las nefastas consecuencias de la actividad sexual.

2.5. La respuesta sexual humana

La respuesta sexual humana sigue una secuencia de respuestas fisiológicas que suelen darse en todas las personas y tienden a ser predecibles.

La primera descripción de las secuencias predecibles de las respuestas fisiológicas sexuales, fue elaborada por H. Ellis en 1906 que propuso la existencia de las fases de la tumescencia y la detumescencia, haciendo referencia la primera a la acumulación física de la energía sexual y la segunda a la liberación de la misma.

En 1927, Reich propone otras dos fases: control voluntario de la excitación y contracciones involuntarias propias de la respuesta orgásmica.

En 1966, Masters y Jonhson ahondan en el estudio de la respuesta sexual, convirtiendo su investigación en un gran hito científico. Ellos dividen en cuatro fases la respuesta sexual:

- Fase de excitación: en la que aumenta la tensión sexual y en la que se incluye la lubricación y expansión de los dos tercios de la vagina, vasocongestión de los labios mayores y menores junto a la erección del clítoris de la mujer, erección del pene y elevación de los testículos.
- Fase de meseta: si la excitación se mantiene, el tercio exterior y la entrada de la vagina adquiere una mayor hinchazón, el clítoris se retrae hasta la unión de superficies óseas del pubis aumentando la vasocongestión genital; en el hombre, el glande y el tronco del pene aumentan de tamaño así como los testículos continúan elevados.
- Fase orgásmica: la vasocongestión y miotonía desarrolladas hasta el momento se liberan, produciéndose una serie de contracciones espasmódicas en la zona genital que luego se extienden por el resto del cuerpo. En la mujer supone las contracciones musculares del tercio exterior de la vagina, del útero y de la zona anal. En el varón conlleva la contracción de los órganos genitales internos y el segundo la contracción del pene y la uretra con el que el semen es expulsado al exterior a borbotones (fase de eyaculación).

- Fase de resolución o periodo refractario: después de la descarga orgásmica, se entra en un periodo de resolución o refractario en el que la vasocongestión y miotonía acumulada en diversos órganos y partes del cuerpo va perdiéndose de forma gradual hasta llegar al estado previo de reposo.

Más tarde, en 1979, Kaplan añade la fase de deseo y omite la de meseta de los dos estudiosos anteriores. Scnarch, en 1991, indica que el deseo debe ser incluido en todo el proceso sexual y Carrolles y Sanz añaden ese mismo año una última fase, la de valoración de la respuesta sexual, que tiene que ver con la satisfacción o no de la experiencia sexual.

Wipple y McGreer apuntaron en 1997 que la mujer puede experimentar excitación sexual, orgasmo y satisfacción sin deseo sexual y pueden experimentar deseo, excitación y satisfacción sin el orgasmo.

Por último, Basson (2000) sugirió que existen dos modelos de respuesta sexual. El tradicional lineal para los hombres y para las mujeres enamoradas o emparejadas desde hace poco tiempo, y otro para las mujeres que no lo están. En el segundo caso, el proceso sería circular y empezaría con intimidad, y seguiría con comunicación, estimulación, valoración interna de la excitación que la estimulación produce y toma de decisión para efectuar el acto sexual, que se regiría por las cuatro fases clásicas, la valoración de la experiencia sexual realizada y el añadido de nuevo de intimidad.

2.6. La conducta sexual

Existen conductas sexuales diversas, afectadas por las constantes influencias culturales arcaicas y actuales en las diferentes sociedades humanas. Freud describió el sexo como el elemento motivador más importante en la vida humana. El esquema biológico es la reproducción, y debido a ello estamos provistos de complejos procesos de orden psicológico y fisiológico, y de poderosos instintos e impulsos que nos llevan a practicarlo con características peculiares que la convierten en una actividad que se podría circunscribir entre los impulsos más primigenios y las emociones más sofisticadas.

A pesar de la distinta interpretación de los gustos sexuales condicionados en ocasiones por cuestiones culturales, e influencias sociales y de aprendizaje, la respuesta del organismo ante la excitación sexual es similar, con lo que las críticas a ciertas actividades sexuales que no impliquen conculcar los derechos de los demás, son totalmente infundadas.

Las características de la conducta sexual se interpretan en torno a cuatro conceptos:

- Erotismo
- Vinculación afectiva
- Reproducción
- Sexo genético y físico de cada persona

Dependiendo de cuáles sean los gustos y necesidades en cada una de estas cuatro características se producirán una serie de conductas sexuales distintas.

La conducta sexual está relacionada con factores psicológicos que condicionan la forma de vivir las diferentes expresiones de las propias situaciones individuales: las más comunes son la heterosexualidad, la homosexualidad (gay y lesbiana), la transexualidad y la bisexualidad, aunque existen otros como el poliamor y conductas como la masturbación. El motor del deseo sexual es el deseo erótico, también denominado como libido.

3. Comportamientos sexuales de riesgo y consecuencias más comunes

3.1. Comportamientos y sus riesgos asociados principales

Se describen a continuación algunos de los problemas de salud que afectan a los jóvenes.

Embarazos y partos precoces

Cada año dan a luz unos 16 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años, lo que supone aproximadamente un 11 % de todos los nacimientos registrados en el mundo. El riesgo de morir y la incidencia de complicaciones por causas relacionadas con el embarazo aumenta significativamente en ellas; cuanto más joven, mayor es el riesgo. Por todo ello, se les debe proporcionar una atención prenatal de calidad y atención cualificada en el parto. Si la ley lo permite, las adolescentes que deciden interrumpir su embarazo deben tener acceso a servicios de aborto seguros.

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

El sexo sin protección es un factor de riesgo principal de enfermedad, discapacidad y mortalidad en muchas partes del mundo, debido a la prevalencia e incidencia de las infecciones de transmisión sexual y VIH. El preservativo masculino es el primer método para prevenir su propagación. Cuando se utilizan de forma correcta y consistente, los preservativos pueden proporcionar protección contra el embarazo y contra estas enfermedades.

- La transmisión de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) está estrechamente relacionada con la transmisión sexual del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- Las conductas de riesgo como el coito frecuente sin protección con diferentes parejas, o similares, colocan a las personas en alto riesgo de presentar VIH/Sida e ITS.
- Muchas infecciones de transmisión sexual aumentan la probabilidad de transmisión del VIH.
- El control de las ITS puede contribuir de manera significativa a la prevención de la infección por VIH.

Cáncer de cuello de útero y el Virus del Papiloma Humano (VPH)

El VPH pertenece a la familia del papiloma virus. Las manifestaciones clínicas del VPH genital pueden incluir verrugas genitales (condiloma acuminado), displasia y cáncer de cuello de útero, ano, vulva, vagina y pene y la papilomatosis respiratoria recurrente.

El cáncer de cuello de útero es el segundo cáncer diagnosticado con mayor frecuencia en las mujeres de todo el mundo, con más de 500.000 nuevos casos diagnosticados por año, y una tasa de incidencia estandarizada por edad de 15,3 por 100.000 mujeres.

Las tasas de incidencia de cáncer de cuello de útero han descendido significativamente en los países occidentales con los programas de cribado.

Aproximadamente, del 75 % al 85 % de las pacientes sexualmente activas contraerán la infección en su vida, y una sola pareja sexual es a menudo suficiente para que una mujer adquiera la infección por el VPH.

El riesgo de cáncer de cuello de útero se incrementa cuando aumenta el número de parejas sexuales masculinas.

Debido a la alta prevalencia del VPH, ser sexualmente activa es un determinante clave en la incidencia del cáncer de cuello de útero.

La transmisión del VPH es por contacto piel con piel. Aunque la mayor parte de la transmisión del VPH ocurre mediante el contacto sexual, también puede ocurrir a través de dedos o juguetes sexuales.

La exposición al VPH genital entre las mujeres puede suceder poco después del debut sexual.

La asociación causal entre el VPH y el cáncer de cuello de útero es una de las más fuertes observadas para cualquier cáncer humano.

Prácticas preventivas:

- Prácticas sexuales más seguras como el uso correcto y consistente de preservativos.
- Vacunación del VHP Cervarix (GlaxoSmithKline) y Gardasil (Merck).
- Uso de preservativos para el coito vaginal.
- Retraso en iniciar la actividad sexual.
- Reducción del número de parejas sexuales.
- Monogamia mutua.
- Cribado cervical periódico de las mujeres según los criterios de inclusión/exclusión apropiados para detectar cambios en la citología cervical.

VIH/Sida

En 2009, la población de 15 a 24 años sufrió aproximadamente el 40 % de los casos de infecciones nuevas por VIH registrados entre los adultos en todo el mundo. Cada día se contagian 2.400 jóvenes, y a escala mundial hay más de 5 millones de jóvenes afectados por el VIH/sida. La juventud ha de saber cómo protegerse y debe tener los medios necesarios para ello. Eso incluye preservativos para prevenir la transmisión sexual del virus, agujas y jeringuillas limpias para quienes se inyectan drogas. En la actualidad, entre los jóvenes, sólo el 36 % de los hombres y el 24 % de las mujeres tienen conocimientos amplios y correctos para protegerse contra el virus. Un mejor acceso al asesoramiento y las pruebas del VIH permitirá informar a los jóvenes sobre su serología, les ayudará a obtener la atención que necesitan, y evitará una mayor propagación del virus. Cuando las condiciones sociales, culturales y económicas aumentan la vulnerabilidad de los jóvenes a la infección por VIH, la estrategia de prevención de la transmisión del virus debe abordar también esos factores para ser eficaz.

Un marco importante para la salud de los jóvenes son los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Dos de ellos se encuentran especialmente relacionados con la salud de los jóvenes.

- El ODM 5 aspira a implantar el acceso universal a la salud reproductiva, uno de cuyos indicadores es la tasa de embarazos entre las muchachas de 15 a 19 años.
- El ODM 6, que apunta a detener la propagación del VIH/sida, incluye indicadores como una reducción del 25 % entre los jóvenes, y mide también la proporción de jóvenes de 15 a 24 años con conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/sida.

El comportamiento sexual de los adolescentes y jóvenes se ajusta de forma radicalmente estricta a un esquema de “normalidad social”, del que apenas se desvían unos pocos. Se trata de un tipo de “normalidad” que implica tener o buscar una pareja sexual, en el que se incluye la posibilidad de intentos fallidos o parejas que no “cuajan”. Si bien el factor religioso retarda e inhibe la adopción de los estándares sexuales habituales. El estudio de este comportamiento presenta como peculiaridad el pertenecer al ámbito más íntimo del individuo, lo que dificulta el acceso a su conocimiento y a su modificación.

Una conducta sexual de riesgo sería la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades sexualmente transmisibles como el SIDA (Espada-Sánchez, Quiles-Sebastián, & Méndez-Carrillo, 2003).

Factores sexuales protectores para la prevención de la infección por VIH:

- Conductas sexuales más seguras (p.ej. tener menos parejas sexuales).
- Uso de preservativos.
- Tratamiento temprano y eficaz de las ITS.
- Circuncisión masculina (protector solamente para los hombres, Auvert2005, Bailey 2007, Gris 2007).
- Carga viral baja en la pareja con infección.

Conceptos básicos adaptados al uso en este contexto:

- Riesgo: probabilidad de adquirir una infección de transmisión sexual.
- Factor de riesgo: variable cuya presencia aumenta la probabilidad de que la infección de transmisión sexual se produzca. Por ejemplo, desconocer el uso del preservativo, y la existencia de infecciones de transmisión sexual.
- Conducta de riesgo: conducta que conlleva la exposición a adquirir una ITS. Por ejemplo, la penetración vaginal sin preservativo.
- Sexo seguro o comportamientos preventivos; prácticas sexuales en las que el riesgo se minimiza. Por ejemplo, caricias, masturbación mutua o penetración vaginal con preservativo.

La maduración sexual cada vez más temprana en los adolescentes, los lleva a la búsqueda de relaciones sexuales como inicio de la vida sexual activa. Una práctica sexual desprotegida puede ocasionar infección por transmisión sexual (ITS), VIH y embarazos no deseados. Considerando la frecuencia y el uso de métodos anticonceptivos, las conductas sexuales de riesgo, especialmente con respecto a la contaminación por infecciones de transmisión sexual y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (ITS/Sida), no se pueden relacionar con el concepto de “grupos de riesgo” (homosexuales y usuarios de drogas inyectables), se hace necesario hablar de “conductas de riesgo”, ya que todas las personas sin excepción estamos sujetas a ser contaminadas, bastando para ello un único comportamiento que envuelva una situación determinada.

Los comportamientos sexuales de riesgo son favorecidos por la carencia de una educación sexual integradora e incorporada al currículo educativo, además de la existencia de miedos, vergüenzas, tabúes y a la focalización genital que considera el comportamiento sexual supremo el coito. Existe, además, ausencia de un discurso social consensuado acorde con los conocimientos actualizados. A pesar de estas dificultades, la intervención preventiva es posible y los comportamientos pueden ser modificados.

En la siguiente tabla se recogen las prácticas sexuales más frecuentes y los riesgos de ITS que conllevan:

Práctica sexual	Infección de transmisión sexual
Penetración sin preservativo Vaginal Anal	Infección gonocócica, no gonocócica Herpes genital, chancro blando Condilomas, VPH, hepatitis B, sífilis VIH, SIDA...
Felación (chupar el pene)	Gonococia faríngea Herpes, condilomas, hepatitis B, sífilis VIH, SIDA...
Cunnilingus (chupar clítoris)	Infección gonocócica, no gonocócica Herpes, chancro blando Condilomas, hepatitis B, sífilis VIH, SIDA...
Anilingus (lamer el ano)	Infecciones por gérmenes intestinales Hepatitis A
Contacto directo piel-piel Contacto mucosa-piel	Herpes, chancro blando Condilomas acuminados, moluscus contagioso Pediculosis pubis (ladillas), sarna

3.2. Análisis funcional del comportamiento de riesgo

El hecho de que personas bien informadas y con capacidad para pensar de forma lógica, que se comportan de modo eficaz y coherente en otras áreas de su vida, mantengan comportamientos de riesgo que pueden comprometer de forma grave su salud, ilustra la naturaleza aparentemente contradictoria del comportamiento humano. Existe un importante número de jóvenes y adultos que, estando bien informados sobre métodos de prevención e ITS, tienen prácticas sexuales sin protección con parejas de las que desconocen su situación serológica.

Para Ramón Bayés, la dificultad en el cambio de conducta de riesgo deriva de la relación temporal entre el comportamiento (ejemplo; penetración sin preservativo) y sus consecuencias (consecuencias positivas-placer, consecuencias negativas-herpes, sífilis, VIH...) y la influencia que tienen éstas en el comportamiento; las consecuencias positivas inmediatas (placer tras penetración sin preservativo) son breves pero seguras y tienen más peso sobre nuestro comportamiento que la posibilidad "puede que sí, puede que no" de tener consecuencias graves y negativas en el futuro (herpes, sífilis, VIH), y además, ocurrirán en semanas, meses e incluso años.

Placer	VIH, ITS
Consecuencia positiva	Consecuencia negativa
Consecuencia segura	Consecuencia probable
Consecuencia inmediata	Consecuencia largo plazo

Esta perspectiva de análisis del comportamental, puede ser aplicada a comportamientos de riesgo en general, consumo excesivo de alcohol, drogas, tabaco, conducción a alta velocidad, vida sedentaria etc.

3.3. Comportamientos sexuales preventivos

Como hemos visto, las prácticas sexuales de riesgo van seguidas de consecuencias positivas inmediatas, y esto influye de forma importante sobre el comportamiento. Pese a ello, existe la posibilidad de disfrutar de una sexualidad responsable, placentera y segura mediante comportamientos preventivos. Existen prácticas sexuales placenteras sin penetración ni contacto genital directo con piel y mucosas.

Tabla sexo seguro. Medidas preventivas con las diferentes prácticas sexuales.

Práctica sexual	Medida preventiva
Penetración, coito vaginal	Preservativo
Penetración, coito anal	Preservativo + lubricante hidrosoluble
Felación	Preservativo + evitar eyaculación en boca
Cunnilingus	Plástico protector
Beso negro	Plástico protector
Masturbación masculina	Evitar eyacular sobre heridas y mucosas
Penetración con los dedos	Guantes si heridas + lubricante hidrosoluble
Penetración anal con puño	Guantes + lubricante hidrosoluble
Sadomasoquistas	Evitar intercambio de fluido de sangre e instrumentos
Juguetes sexuales	Cubrir con preservativos distintos/ No intercambio

3.4. Factores de riesgo

Se han identificado variables directamente abordables en intervenciones preventivas y otras de intervención más dificultosa:

Variables actitudinales:

- Actitudes y valores adoptados de modo individual o colectivo.

Baja percepción del riesgo: ser consciente de la probabilidad de adquirir una infección de transmisión sexual en una exposición sin medida preventiva.

Factores que hacen que la percepción disminuya:

- Infravaloración del riesgo personal: tendencia en atribuirnos menos riesgo de contraer una enfermedad que al resto de la población sin fundamentación alguna.
 - Habitación al riesgo: ocurre cuando los comportamientos de riesgo no han tenido consecuencias negativas en el pasado y acaban por considerarse no arriesgados.
 - Ilusión de invulnerabilidad: suponerse a salvo de peligro sin fundamentación alguna, favorecido por la habitación al riesgo.
 - Relación estable e infidelidad no confesada: un miembro de la pareja se siente seguro a pesar de que el otro le expone a riesgo sin que sea consciente.
 - Relación estable y monogamia serial: son relaciones monógamas exclusivas y sucesivas que supone acumulación que van sumando: al concluir una relación se inicia otra, también monógama y exclusiva.
- Falta de reconocimiento positivo del entorno hacia el sexo seguro.

La atribución de un valor positivo hacia los comportamientos preventivos es fundamental, dada la influencia que sobre la respuesta de las personas tiene la reacción de otras. Ejemplos de ello: la pareja para la que no usar protección es símbolo de amor y confianza o el grupo de jóvenes en un entorno social que considera desvalorizado la penetración con preservativo o de igual modo, las prácticas sexuales sin coito.

Variables instrumentales:

Son variables que favorecen los comportamientos de riesgo y sobre las que se pueden intervenir directamente con fines preventivos:

- Información errónea o desinformación que dificulta la prevención, aun cuando exista la voluntad de prevenir. Es necesaria la información sobre posibles infecciones y los síntomas, para de ese modo, identificar una posible infección adquirida y acudir a un profesional y, con su tratamiento, evitar su transmisión. Además, es necesario sentir la necesidad de protegerse de las infecciones transmitidas sexualmente y conocer la información correcta para conocer los comportamientos preventivos.
- Déficit de habilidades manipulativas y sociales, los comportamientos de riesgo son más probables cuando se carece de ellas.
 - Manipulativas: relacionado con el uso correcto de los métodos preventivos (colocación de un preservativo).
 - Sociales: habilidades para negociar con otras personas el uso de los métodos anticonceptivos, destrezas para comprarlos y para favorecer la comunicación y la planificación de los encuentros, dejando menos lugar a la improvisación.
- Obstáculos para acceder a los instrumentos de prevención: el acceso a los métodos preventivos puede ser dificultoso por distintos motivos, de precio, horarios de venta, lejanía, disponibilidad en el entorno cercano, etc.

3.5. Justificaciones más frecuentes de las conductas de riesgo

Determinantes que disminuyen la percepción de riesgo favoreciendo las exposiciones al riesgo

- Aspecto externo: los signos externos y la apariencia de una persona no son indicadores de los riesgos de exposición durante las relaciones sexuales, tampoco de su condición serológica (infecciones que puedan portar).

"Tenía buen aspecto, vestía bien, no parecía drogadicto, etc."

- Confianza y conocimiento personal: existe una falsa percepción de disminución de riesgo generado por el sentimiento de seguridad, al conocer previamente a la pareja sexual que se puede convertir en transmisor inconsciente. Valga como ejemplo el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), aproximadamente el 25-30 % de las personas infectadas en España no sabe que lo está, una de cada cuatro personas portadoras del virus desconoce su estado sexualógico, y por tanto puede ser transmisor «inconsciente» de la que es considerada como una epidemia mundial.

"Era un amigo de confianza"; "lo conozco desde hace mucho tiempo"; "es sincero"; etc.

- Estabilización de la pareja: parejas que al inicio de una relación comienzan a utilizar preservativo, y a medida que la relación se asienta y aumenta la confianza entre ellos, cambian el método anticonceptivo sin comprobar previamente la ausencia de infecciones y comienzan a exponerse a ellas.
- Consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas (cocaína, cannabis, éxtasis, etc.).

El consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas asociados al mantenimiento de relaciones sexuales aumentan la probabilidad de exposición al riesgo de ITS, debido a la reducción de la percepción del riesgo, al aumento de la desinhibición sexual y a la disminución de los mecanismos de control, favoreciéndose las relaciones sexuales de riesgo. *"Había bebido mucho", "estaba colocado", "no me acuerdo si me lo puse o no", etc.*

Los factores relacionados con el riesgo no son exclusivamente de índole individual. Hay factores de tipo sociocultural y económico que generan situaciones favorecedoras de los comportamientos de riesgo, y dificultan la intervención preventiva, como son: la exclusión social, la pobreza extrema, el hacinamiento o el desarraigo, entre otros.

La minimización de los riesgos es posible. Se puede aprender y resulta eficaz para prevenir las ITS.

3.6. Razones por las que la precocidad en las relaciones sexuales con penetración se considera factor de riesgo sanitario

- Por debajo de los 17 años, no se han adquirido las habilidades necesarias para que el uso de preservativos alcance su máxima protección:
 - Habilidades de uso correcto del método
 - Habilidades de negociación
- Hacia los 14-15 años las relaciones son de muy corta duración, hacia los 20 años se comienza a ver cierto proyecto de futuro, lo que conlleva el aumento del uso de medidas preventivas.
- Las relaciones sexuales sin preservativo suelen estar asociadas a encuentros fortuitos.
- Los jóvenes prefieren mantener relaciones sexuales sin preservativo, antes de dejar pasar la oportunidad en caso de no tener acceso momentáneo a ellos.
- Las jóvenes de 15 años suelen incorporar el uso de preservativo como norma con más consistencia que los varones.
- Uso de preservativo influido por modelos de relación y diferencias de género.
- Para los adolescentes es más fácil percibir el riesgo de un embarazo no deseado que la adquisición de infecciones de transmisión sexual.
- El temor al SIDA está perdiendo fuerza en la influencia del comportamiento sexual adolescente.

- Muchos adolescentes y mayores ven como “salvación” la píldora del día siguiente, y se relajan en el uso de otras medidas preventivas ante la práctica del sexo sin protección.
- El adolescente puede tener dificultad de acceso al preservativo, de modo que no lo lleve encima en el momento preciso.

3.7. Riesgo durante la perimenopausia

En el periodo previo a la menopausia, cuando comienzan los desarreglos, la mujer no está exenta del riesgo de embarazo. Sin embargo, una de cada 10 mujeres españolas de 43 a 49 años cree que ya no existe posibilidad de quedar embarazada, de esta falsa creencia se deriva que, una cuarta parte de las mujeres que dejaron de tomar anticonceptivos ante la aparición de los primeros síntomas premenopáusicos, lo hicieron porque no tuvieron temor a un posible embarazo.

4. Interrupción voluntaria del embarazo. Repercusiones sociales y contexto jurídico

4.1. Repercusiones sociales del embarazo no deseado en jóvenes adolescentes

Una adolescente joven embarazada debe enfrentarse en soledad al impacto de ser la primera persona en conocer su gestación, y al miedo a la repercusión de la noticia en su entorno familiar y pareja. Surge la incógnita del modo en que afectará la nueva circunstancia a los distintos implicados.

En caso de que se decida continuar la gestación se abren varias posibilidades:

- Adopción, infrecuente por la dificultad que entraña y las repercusiones emocionales.
- Aceptación del rol de madre soltera; conlleva estigmatización de la sociedad, todavía hoy una madre soltera adolescente y joven, se enfrenta a una forma de rechazo social, incluso familiar en ocasiones.
- Formación de un nuevo núcleo familiar de forma independiente o dependiente de los progenitores maternos o paternos:
 - En el caso de que la pareja decida formar su propio núcleo, podemos anticipar dificultades en el desarrollo personal de ambos miembros de la pareja, posibles dificultades económicas en función de las ayudas externas, y falta de habilidades en la crianza de la descendencia.
 - Si la pareja opta por la dependencia de una de las familias de origen son previsibles las dificultades económicas, según las posibilidades de dicha familia y las aportaciones propias y como en el caso anterior se produce una interrupción del desarrollo personal de los jóvenes.

El adolescente que asume una gestación se enfrenta a las siguientes consecuencias:

- Mayor riesgo desde el punto de vista biológico; cuanto menor es la futura madre, debido a la inmadurez biológica de la misma, más acusado es el riesgo, especialmente en edades inferiores a los 15 años.
- Aumento de la mortalidad materna.
- Aborto espontáneo.
- Toxemia gravídica o estado hipertensiva de la gestación.
- Distocias por desproporción pélvico-cefálica.
- Hemorragias.
- Consecuencias psico-sociales, resultan más predecibles y constatables.
- Interrupción ciclo educativo. Déficit de formación.
- Dificultad de acceso al mundo laboral.
- Dificultades económicas que ponen en peligro la viabilidad como proyecto familiar y pareja.
- Dificultades relacionales.
- Rechazo social que puede incluir a la pareja, la propia familia y amigos de la joven.
- Mayor índice de depresión y baja autoestima.
- Mayor tendencia a conductas autodestructivas.
- Mayor frecuencia de nuevos embarazos no planificados que agrava la situación de estas mujeres desde el punto de vista físico y psico-social.

Todo ello incrementado por el escaso cuidado prenatal de estas jóvenes, que tardan tiempo en reconocer su estado de gestación, impidiendo un control correcto de la misma. La OMS ha considerado estas gestaciones de alto riesgo.

Desde el punto de vista del futuro padre adolescente

En el caso del varón y padre en potencia, las consecuencias están en función del grado de implicación en el proceso. Algunos eluden toda responsabilidad y, salvo en caso de reclamación de paternidad, no van a padecer ninguna consecuencia negativa. Otros se implican de una forma total y pueden compartir las mismas consecuencias relativas a lo social y lo psicológico que la futura madre.

La sociedad debe conseguir el empoderamiento necesario por parte de las jóvenes adolescentes, para que mantengan el control sobre su fecundidad sin delegar en la irresponsabilidad masculina, un hecho tan importante, ya que el compromiso y el grado de inversión en todo el proceso de embarazo, parto, puerperio y crianza es desigual y asimétrico en ambos sexos.

Consecuencias para el hijo/hija

- Incremento de tasas de morbilidad y mortalidad en hijos de madres adolescentes.
- Posibilidades elevadas de bajo peso.
- Mayor incidencia de prematuridad.
- Mayor índice de problemas neurológicos.
- Mayor tasa de mortalidad dentro del periodo perinatal.
- Suele haber peores cuidados en aspectos físicos y psíquicos en la infancia y adolescencia, habiéndose puesto de manifiesto mayores casos de malos tratos.
- Mayor número de problemas de escolarización y de conductas sociales.

También cabe la decisión de no continuar con la gestación, sometiéndose a una interrupción voluntaria del embarazo, gran número de estos embarazos acaban interrumpiéndose.

4.2. Aspectos descriptivos. Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

Según los informes anuales del Ministerio de Sanidad, existe un incremento progresivo en la cifra de interrupciones voluntarias de embarazo en nuestro país. *España se ha consolidado como el tercero con mayor número de abortos de la Unión Europea detrás de Francia y Reino Unido.* El porcentaje sobre población embarazada en el año 2012 ha sido de 19,86 %, lo que significa que 1 de cada 5 embarazos termina en aborto y 1 de cada 3 casos ha sido recurrente. *Las recomendaciones de organismos como la OMS, la ONU y el Parlamento Europeo versan sobre la necesidad de establecer políticas para reducir el número de personas que recurren a él.*

Según datos del Ministerio de Sanidad, tan solo un 6 % de los abortos en España se realizan en centros públicos, el 93 % de los abortos se practican en centros privados, dato que constituye una medición objetiva del pobre desarrollo de adecuados protocolos de actuación y formación adaptada a la atención de la mujer con embarazo imprevisto, además del posible rechazo del personal sanitario a colaborar en el proceso de interrupción de embarazo, posición muy respetada. Pocos temas existen tan polémicos debido a concepciones y creencias personales tan íntimas pertenecientes al ámbito de lo privado; conceptos tan diversos como vida, autonomía, libertad, religión, ética, normas deontológicas, que son suficientemente consistentes para establecer argumentos entre quienes defienden el aborto y los que se oponen a él.

Hay quienes opinan que el Sistema Nacional de Salud debe proporcionar los recursos sanitarios públicos y de calidad, para garantizar el acceso libre y gratuito a las mujeres que deseen abortar, en cambio otros, abogan por la consecución de aborto cero, enmarcada en la obligación de protección del bien jurídico que supone el feto, por encima de cualquier derecho imposible de armonizar con cualquier otro precepto.

4.3. Marco legal. Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

El pasado 20 de diciembre de 2013, el Consejo de Ministros aprobó el Anteproyecto de Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada que conllevaría la derogación de la actual Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo.

La Ley retoma el sistema de supuestos en los que se basaba la Ley del aborto de 1985, y que fue sustituido por el de plazos en la Ley de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, del 3 de marzo de 2010, que quedará derogada en cuanto entre en vigor el nuevo texto normativo.

Normativa actual y modificaciones previstas

- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo en la que se regulan las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo y se establecen las correspondientes obligaciones de los poderes públicos.
- Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo reglamentario parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
- Nueva redacción del artículo 145 del Código Penal, con el fin de delimitar la pena impuesta a la mujer que se practica un aborto fuera de los casos permitidos por la ley, eliminando la previsión de pena privativa de libertad por un lado, y por otro, para precisar la imposición de las penas en determinados supuestos.
- Se introduce un nuevo artículo 145 bis del Código Penal, a fin de incorporar la penalidad correspondiente a las conductas de quienes practican una interrupción del embarazo dentro de los casos contemplados por la ley, pero sin cumplir los requisitos exigidos en ella.
- Modificación de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, con el fin de que la prestación del consentimiento para la práctica de una interrupción voluntaria del embarazo se sujete al régimen general previsto en esta Ley, y eliminar la excepcionalidad establecida en este caso.

- Anteproyecto de ley orgánica de protección de vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada, que se encuentra en estos momentos en trámite parlamentario.

4.4. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo

Se especifican los requisitos y las circunstancias por las que se puede llevar a cabo un aborto, además, se establecen los plazos máximos para cada una de las situaciones que a continuación se detallan:

Interrupción dentro de las 14 semanas de gestación

4.4.1. Interrupción del embarazo a petición de la mujer (artículo 14)

- Podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras 14 semanas de gestación.

Requisitos previos:

- Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, en los términos legales establecidos.
- Plazo de reflexión: que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención.

Interrupción dentro de las 22 semanas de gestación

4.4.2. Interrupción del embarazo por causas médicas (artículo 15)

- Podrá interrumpirse la gestación dentro de las 22 semanas y siempre que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada.

Requisitos previos:

- Dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico/a especialista distinto del que la practique o dirija, en el que conste el riesgo anterior.
- En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante, podrá prescindirse de este requisito.

- Podrá interrumpirse la gestación dentro de las 22 semanas de gestación cuando exista riesgo de graves anomalías en el feto.

Requisitos previos:

- Dictamen emitido con anterioridad a la intervención por dos médicos especialistas distintos del que la practique o dirija.

Anteproyecto: Se elimina el aborto en el supuesto de malformaciones o anomalías fetales. La ley distinguirá entre discapacidad que no será motivo de aborto y malformaciones del feto que son incompatibles con la vida.

Interrupción en cualquier semana de gestación

- Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida se podrá practicar la interrupción en cualquier momento de la gestación (artículo 15).

Requisitos previos:

- Dictamen emitido con anterioridad por un médico o médica especialista, distinto del que practique la intervención en el que conste dichas anomalías, o
- Comité clínico, cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme el comité.

4.4.3. Requisitos necesarios de la interrupción voluntaria del embarazo (artículo 13)

Son requisitos necesarios de la interrupción voluntaria del embarazo:

- Que se practique por un médico especialista o bajo su dirección.
- Que se lleve a cabo en un centro sanitario público o privado acreditado.
- Que se realice con el consentimiento expreso y por escrito.

Respecto al consentimiento: supuestos legales en caso menores de edad

- **Menores de 16 años**, obligatorio el consentimiento de su representante legal (padre, madre, persona con la patria potestad o tutor).
- En el caso de las **mujeres de 16 y 17 años**, el consentimiento les corresponde exclusivamente a ellas, de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad.
- En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres, deberá ser informado de la decisión de la menor.

Excepcionalmente, la menor puede decidir interrumpir el embarazo sin cumplir el requisito de información, en caso de alegar una situación de peligro cierto de violencia o en caso de producirse una situación de desarraigo o desamparo.

4.5. Anteproyecto de Ley de protección de vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada

Esta Ley deroga la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo.

El aborto, en los supuestos despenalizados de la interrupción voluntaria del embarazo, se encuentra incluido como prestación sanitaria en la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud.

4.5.1. Novedades legislativas

- La ley garantiza que las menores tengan que contar con sus padres en caso de aborto.
- Se despenaliza a la mujer que interrumpe su embarazo.
- En caso de violación, las mujeres podrán abortar en las doce primeras semanas.
- Se podrá interrumpir el embarazo hasta la semana veintidós, si existe grave peligro para la vida o salud física o psíquica de la mujer.

- Será necesario un informe previo emitido por dos médicos ajenos al centro donde se realizará el aborto que acredite los peligros que afecten a la mujer.
- La mujer dará su consentimiento expreso en un plazo de siete días tras recibir información y asesoramiento.
- Se regula en detalle la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios.

4.5.2. Supuestos para la interrupción del embarazo

- Grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada dentro de las 22 primeras semanas de gestación y previo informe de dos médicos especialistas en la patología que genera el peligro.
- Grave peligro para la salud psíquica de la mujer, originado por alguna anomalía incompatible con la vida del feto y previo informe, que en este caso podrá ser de un sólo médico. Esta excepción permite practicar el aborto pasadas las 22 semanas, si no se hubiese detectado antes la citada anomalía o cuando exista riesgo vital para la madre.
- En caso de violación el aborto podrá practicarse dentro de las 12 primeras semanas de gestación.

Los plazos de reflexión que deben transcurrir para prestar consentimiento expreso o solicitud de interrumpir el embarazo, pasan a ser de al menos 7 días en los casos contemplados por la Ley.

Dos excepciones:

- *Que peligre la vida de la madre.*
- *Resolución judicial dentro de los supuestos despenalizados transcurridas las 22 primeras semanas.*

4.5.3. Consentimiento en jóvenes menores

- *En el caso de jóvenes entre 16 y 18 años*

El Anteproyecto prevé que las jóvenes de entre 16-18 años de edad presten su consentimiento, pero también deban contar con el asentimiento de los padres o tutores.

CONSENTIMIENTO EXPRESO DE LA JÓVEN + ASENTIMIENTO DE PADRES

Si hubiera controversia entre ellos, el juez resolverá sobre la validez del consentimiento de la menor.

- *En el caso de jóvenes menores de 16 años*

En los casos de menores de 16 años, será necesario el consentimiento de los padres o tutores y la manifestación de la voluntad de la menor.

MANIFESTACIÓN DE LA VOLUNTAD DE LA JÓVEN + CONSENTIMIENTO EXPRESO DE PADRES

En caso de desacuerdo, el juez dará valor al consentimiento de los padres o tutores siempre y cuando atienda al interés del menor.

4.5.4. Objeción de conciencia

A diferencia de las leyes anteriores, este Anteproyecto regula la objeción de conciencia de cualquier profesional sanitario que participe o colabore en los supuestos despenalizados de interrupción voluntaria del embarazo, sin posponerla a un reglamento posterior como ocurría con la Ley de 2010.

Por otro lado, el texto prevé también que a través de la Ley General de Sanidad se desarrollen programas que busquen la formación, información y prevención de embarazos no deseados, transmisión de enfermedades sexuales y de educación afectivo sexual.

5. Planificación familiar

La planificación familiar es reconocida mundialmente como derecho fundamental de las personas y como atención básica de salud. Este reconocimiento se basa en importantes acuerdos internacionales.

Fue en 1965 cuando la Asamblea General de Naciones Unidas, ordenó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) asesorar a los Estados Miembros sobre planificación familiar como derecho básico del ser humano, que forma parte de la libertad de la persona. La planificación familiar se constituye como un componente importante de los servicios sanitarios básicos y no una cuestión independiente de los restantes puntos relativos a la salud.

Según la OMS, la planificación familiar trata de las prácticas que ayudan a los individuos o parejas a lograr una serie de objetivos:

- Evitar nacimientos no deseados.
- Conseguir los nacimientos deseados.
- Regular el intervalo entre embarazos.
- Controlar el tiempo en el que tienen lugar los nacimientos en relación con la edad de los padres.
- Determinar el número de hijos en la familia.

La planificación familiar incluye, entre otras actividades:

- Asistencia sanitaria en el tratamiento de la infertilidad.
- Asesoramiento genético y matrimonial.
- Detección precoz de patologías que pueden repercutir en la fecundidad.
- Anticoncepción, consejo anticonceptivo o contraceptivo.
- Educación y asesoramiento con respecto al sexo y a la paternidad.
- Educación y asesoramiento con respecto a la planificación familiar.
- Suministro de anticonceptivos.
- Orientación sobre esterilidad.

- Protección contra las enfermedades y servicios de prevención.

Objetivo básico: mejorar la salud reproductiva de las mujeres y las parejas.

Planificación familiar son las prácticas que ayudan a las mujeres y a sus parejas a evitar los nacimientos no deseados, favorecer los nacimientos deseados, regular el intervalo entre embarazos, adaptar el orden cronológico de los nacimientos a la edad de la mujer y del hombre y determinar el número de hijos o hijas que constituirá la familia.

La OMS recomienda que los servicios de planificación familiar estén ampliamente disponibles y sean de fácil acceso. La matrona es el personal capacitado para asesorar a todas las personas sexualmente activas, en particular a los adolescentes y a facilitarles los métodos anticonceptivos localmente disponibles y culturalmente aceptables. Una vez seleccionado el método anticonceptivo, la prescripción facultativa puede ser necesaria en caso de los anticonceptivos con carga hormonal, además existen otros métodos tales como la esterilización, para lo cual se debe acudir al médico de referencia, ginecólogo o medicina familiar.

5.1. Beneficios de la planificación familiar

- Permite espaciar los embarazos y posponerlos en las jóvenes y mujeres de edad, ello disminuye la mortalidad materna.
- Disminución de la necesidad de efectuar abortos.
- Disminución del riesgo de transmisión de las mujeres infectadas por VIH.
- Mejora las oportunidades de las mujeres que abandonan su formación a edades tempranas.
- Derivado del anterior, aumenta la accesibilidad de la mujer a un empleo remunerado.
- Disminución en gestantes adolescentes de niños prematuros o bajo peso.
- Clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos sobre el medio ambiente.

- En general, la capacidad de la mujer para decidir tiene una repercusión directa en su salud y bienestar.

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos por las mujeres y las parejas, resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

Salud reproductiva: la condición de bienestar físico, psicológico y sociocultural en los aspectos relativos a la capacidad reproductiva de la persona, que implica que se pueda tener una vida sexual segura, la libertad de tener hijos y de decidir cuándo tenerlos.

6. Métodos anticonceptivos. Motivos de elección y características de uso

Uso de anticonceptivos

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina aunque sigue siendo bajo en al África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54 % en 1990 a un 57 % en 2012. El uso de métodos anticonceptivos por los hombres representa una proporción relativamente pequeña de las tasas de prevalencia mencionadas. Los métodos anticonceptivos masculinos se limitan al condón y la esterilización (vasectomía).

La necesidad insatisfecha de anticoncepción en el mundo

Se calcula que en los países en desarrollo unos 222 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo. Los motivos son los siguientes:

- Poca variedad de métodos.
- Acceso limitado a la anticoncepción, particularmente por parte de los jóvenes, los segmentos más pobres de la población o los solteros.
- Temor a los efectos colaterales, que a veces se han sufrido con anterioridad.
- Oposición por razones culturales o religiosas.
- Servicios de mala calidad.
- Barreras de género.

La necesidad insatisfecha de anticoncepción sigue siendo alta. Esta falta de equidad está impulsada por un aumento de la población y una escasez de servicios de planificación familiar. En África, el 53 % de las mujeres en edad fecunda tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos. En Asia, América Latina y el Caribe - regiones donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es relativamente alta -, las necesidades insatisfechas representan un 21 % y un 22 %, respectivamente.

6.1. Elección de un método anticonceptivo

Para una adecuada elección de un anticonceptivo, se hace imprescindible valorar los proveedores de los métodos en cuanto a la facilidad de acceso y a la vez, determinar la eficacia del mismo, realizando una valoración del cumplimiento y la continuidad de uso de un anticonceptivo por parte del usuario/a, que supone su empleo correcto, regular y continuo. El cumplimiento depende de las características del método anticonceptivo, de la mujer o pareja, además de otros factores externos sociales demográficos.

Se deben considerar las características de los distintos métodos, al realizar el consejo contraceptivo, en función de sus principales características:

- Eficacia: capacidad de impedir la gestación. Se expresa mediante el índice Pearl que indica el número de embarazos que presentarían 100 mujeres que utilizan un método determinado durante un año.
- Seguridad: efectos negativos que el método podría provocar sobre la salud de las usuarias.
- Reversibilidad: influencia sobre la fertilidad en el futuro. Valora la recuperación de la capacidad reproductiva tras la interrupción de un método determinado.
- Complejidad/facilidad de uso: si el anticonceptivo requiere unos conocimientos profundos sobre el ciclo menstrual, mantenimiento de una rutina diaria o técnicas complicadas en cuanto a su colocación, podría no ser usado adecuadamente.
- Relación con el coito: la relación que el método tenga con el coito, junto a la frecuencia coital, deben ser considerados para la elección del anticonceptivo.
- Precio: como factor determinante para un uso continuado.
- Accesibilidad del método: indispensable que sea fácil de obtener.
- Aceptación por la pareja: para evitar con ello problemas de abandono.

Índices de Pearl

Nº de embarazo cada 100 mujeres que usan el método durante 1 año

	Eficacia teórica	Eficacia real
Anticonceptivos orales combinados	0,3	8
Esterilización femenina	0,5	0,5
Vasectomía	0,1	0,15
DIU de cobre	0,6	0,8
Condomes masculinos	2	15
Diafragma con espermicida	6	16
Métodos naturales	4	25

(adaptada de: OMS, *Planificación Familiar: Un Manual para proveedores*, 2007)

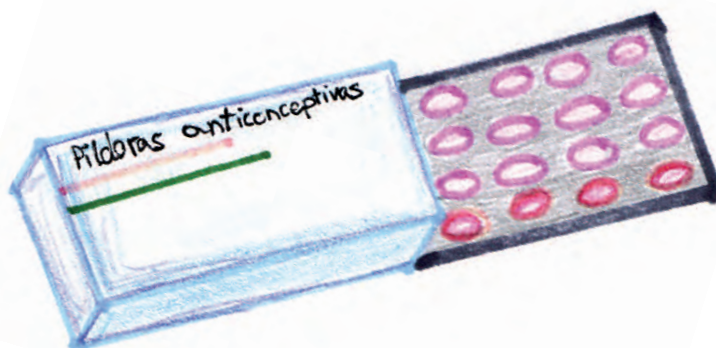
6.2. Clasificación adaptada de métodos anticonceptivos según OMS

6.2.1. Métodos modernos

Anticonceptivos orales combinados

a) La Píldora

La píldora combinada está compuesta de dos hormonas que tienen una gran semejanza con las producidas de manera fisiológica por la mujer. Existen distintos preparados anticonceptivos en función de la dosis hormonal y la pauta de administración. El médico deberá recomendar la más indicada para cada una de nosotras.



La píldora no protege contra las infecciones de transmisión sexual (clamidia, herpes, condiloma, gonorrea, sífilis,...) ni de VIH/SIDA. Si se desea protección se hace indispensable el uso de preservativo.

- Descripción:
 - Contiene dos hormonas, estrógenos y progestágeno.
- Cómo funciona:
 - La toma diaria inhibe la ovulación, si no hay ovulación no puede existir embarazo.
- Eficacia para prevenir embarazos:
 - Uno de los métodos más seguros, eficacia mayor que el 99 % si se usa de forma correcta y sostenida.
 - 92 % como se usa comúnmente.
 - Escasos efectos secundarios.
- Eficacia puede disminuir por:
 - Extender el inicio de la toma del siguiente envase más de 6 o 7 días.
 - Vómito o diarrea que implica una malabsorción intestinal del preparado.
 - Interacción con medicamentos que disminuyan la eficacia.
- Observaciones:
 - No debe tomarse mientras se amamanta.
 - Al finalizar la toma de píldora se recupera completamente la fertilidad.
 - El embarazo se puede producir durante el primer mes tras abandono del método por no tener efectos nocivos sobre el feto.
 - Son necesarias revisiones médicas periódicas de seguimiento para valoración.

- Efectos beneficiosos añadidos:
 - Cambio en la cantidad de sangrado menstrual.
 - Disminución de riesgo cánceres ginecológicos: ovárico y endometrial.
 - Mejoría del síndrome premenstrual.
- Efectos secundarios más frecuentes:
 - Dolor en las mamas y pesadez de piernas asociada a estrógenos.
 - Acné e hirsutismo asociado a gestágenos de primera generación.
 - Aumento peso debido a causa desconocida.
 - Disminución de libido asociada a gestágenos.

Los Anticonceptivos Hormonales Orales (AHO) combinados pueden ser MONOFÁSICOS, significa que están compuestos por la misma dosis de estrógenos y progestágenos en todos sus comprimidos, pueden ser BIFÁSICOS, que combinan dosis de estrógenos y progesterona de forma variable en dos etapas del ciclo (días 1-7 y 8-21 del ciclo) o pueden ser TRIFÁSICOS cuando el contenido en estrógeno y progesterona es variable en tres etapas del ciclo (días 1-6, 7-11, 12-21 del ciclo), estas últimas presentan menos metrorragias.

Modo de uso

Tomar la píldora a diario, a la misma hora, independientemente del día que se mantengan relaciones sexuales.

Preparados de 21 o 22 pastillas que se deben tomar con intervalo de 6 o 7 días de descanso respectivamente.

Preparados de 28 pastillas, se toman de modo continuado, sin descansar, tras terminar un envase se comienza el siguiente.

Tanto en un caso como en otro, el sangrado menstrual aparece aproximadamente cada 28 días.

No está recomendado hacer descansos periódicos de uno o más meses durante la toma de la píldora anticonceptiva, salvo indicación médica.

Inicio y toma de la píldora

La primera píldora se toma coincidiendo con el primer día de la menstruación para asegurar la protección desde el inicio del ciclo. Tomar todos los días a la misma hora durante 21 y descansar 7, en los que se producirá un sangrado por privación. En los preparados con 28 comprimidos no se realiza descanso porque los siete últimos son placebo.




Olvido de la toma de AHO

La eficacia anticonceptiva puede verse disminuida si se producen olvidos en la toma de comprimidos, especialmente si el olvido ha ocurrido durante la primera semana, habiendo mantenido relaciones la semana anterior al inicio del envase.

- Si han transcurrido menos de 12 horas desde la hora habitual en que se toman los comprimidos, se debe tomar el olvidado tan pronto como se recuerde y el siguiente a la hora habitual.
- Si han transcurrido más de 12 horas desde la hora habitual, se debe tomar el comprimido olvidado incluso si esto significa tomar dos comprimidos a la vez, en caso de que coincida con el siguiente, y continuar con el envase. En este caso, se hace necesario reforzar con método de barrera durante 7 días consecutivos.
- Si el olvido se produjo en la tercera semana de uso se puede actuar de dos modos:
 - Continuar la toma del envase actual hasta terminarlo e iniciar otro sin dejar periodo de descanso entre ambos. La menstruación no se produce hasta terminar el segundo envase, pudiendo aparecer manchados durante la toma de ambos.
 - Se suspende la toma del envase actual y se inicia la pausa de 7 días.
- En cualquiera de los dos casos, si no se produce menstruación durante la semana de descanso, se debe comprobar que no se ha producido un embarazo antes de comenzar otro envase.

En el caso de presentación de vómitos y diarrea durante las 4 horas posteriores a la toma de la píldora anticonceptiva se debe tomar otro de las mismas características, si los vómitos y diarrea ocurren después de las 4 horas no es necesario tomar otro comprimido ya que la absorción del principio activo es completa.

Protocolo de actuación. Olvido de toma de la píldora anticonceptiva (olvido de un comprimido durante más de 12 horas).

Olvido 1ª semana	Olvido 2ª semana	Olvido 3ª semana
Existe posibilidad de embarazo	Se mantiene la seguridad del método	Se mantiene la seguridad del método
		
<p>Opción a: Ha mantenido relaciones sexuales durante los días previos al olvido: suspender la toma y usar preservativo hasta menstruación, momento en el que se inicia el siguiente envase.</p>	<p>Se procederá a la toma del comprimido olvidado hasta completar el envase.</p> <p>No es necesario usar anticonceptivos adicionales.</p>	<p>Opción a: Toma de comprimido olvidado hasta completar envase y continuar toma del siguiente sin interrupción.</p> <p>Omitir pausa.</p>
<p>Opción b: No ha mantenido relaciones sexuales los días previos al olvido:</p> <p>Tomar comprimido olvidado hasta completar el envase + uso de preservativo 7 días.</p>		<p>Opción b: Suspender toma del envase y realizar pausa de no más de 6/7 días incluyendo comprimido olvidado.</p> <p>Continuar con el siguiente envase.</p>

Si tras el olvido de alguno de los comprimidos no se produce la regla esperada en el primer descanso normal tras el envase, existe posibilidad de embarazo, por lo cual se hace necesario consultar al médico antes del comienzo del siguiente.

b) Minipastilla o minipíldora

Píldora comercializada desde el año 2000 en España que contiene sólo una hormona, un gestágeno similar a la progesterona natural; principio activo 75 mg de desogestrel que actúa inhibiendo la ovulación y espesando el moco cervical. Es muy recomendable para aquellas mujeres que toleran mal los estrógenos o con contraindicaciones para su uso, a pesar de que su eficacia es menor que la píldora combinada. Se afianza como tratamiento de elección en caso de lactancia materna, al no tener repercusión sobre la producción de la leche.

- Descripción:
 - Contiene únicamente progesterona sin estrógeno.
- Cómo funciona:
 - Impide el paso de los espermatozoides espesando moco cervical.
 - Previene la ovulación.
- Eficacia para prevenir embarazos:
 - 99 % si se usa de manera correcta y sostenida.
 - Entre el 90 % y 97 % como se usa comúnmente.
- Observaciones y precauciones:
 - Debe tomarse todos los días a la misma hora.
- Uso especialmente indicado:
 - Lactancia materna por no interferencia en la producción láctea.
 - Obesidad, IMC > 0 = a 30.
 - Tabaquismo > 0 = a 35 años, o fumadoras a partir de 15 cigarrillos/día.
 - Hipertensión arterial controlada.
 - Migraña sin aura > 0 = 35 años.

- Posibles reacciones adversas:
 - Peor control sobre ciclo menstrual que los combinados.
 - Algún episodio de hemorragia leve.
 - Alteración del humor.
 - Disminución de la libido.
 - Aumento de peso.

Modo de uso

Cerazet® fue la primera marca introducida y comercializada en España, actualmente han aparecieron otros preparados con similar principio activo, Azalia® y otras formas genéricas son actualmente vendidas en farmacias. El desogestrel es un gestágeno altamente selectivo y su vida media es de casi 30 horas por lo que las píldoras deben ser tomadas cada día sin omisión. La posología es de régimen continuo, sin descansos desde el primer día de la menstruación, independientemente de la aparición de sangrados.

Importante: consultar al médico si se simultanean otros medicamentos para evitar la disminución de eficacia de la minipíldora anticonceptiva, especialmente: hidantofna, barbitúricos, primidona, carbamazepina, rifampicina, oxcarbazepina, felbamato, ritonavir, griseofulvina, H. persoratum, carbón activo.

Implantes subdérmicos

Pequeña varilla con una longitud aproximada de 4 cm, cuyo contenido en gestágeno como hormona única va liberándose lentamente, produciendo un efecto anticonceptivo prolongado.



- Descripción:
 - Varillas o cápsulas pequeñas de progestágeno que se colocan debajo de la piel, en el antebrazo, mediante mínima incisión dolorosa.
- Cómo funciona:
 - El mismo mecanismo que las pastillas de progestágeno.
 - Eficacia para prevenir embarazos:
 - Mayor que el 99 %.
- Observaciones:
 - Debe ser insertado y extraído por personal sanitario.
 - Pueden ser colocadas 2 varillas.
 - Se puede usar durante 3 a 5 años según el tipo.
 - Sangrados vaginales irregulares son comunes y/o ausencia de sangrados menstruales.
- Ventajas:
 - Puede implantarse durante la lactancia.
 - Comodidad de uso durante 3-5 años sin tener que recurrir a algún otro método.
- Efectos secundarios:
 - Similares a otros métodos anticonceptivos basados en gestágenos (minipíldora).

El implante debe ser colocado por un profesional médico, familiarizado con el procedimiento, en cara interna del antebrazo por vía subdérmica. La eficacia se mantiene durante tres años, con un índice de Pearl prácticamente de 0 (número de embarazos que presentarían 100 mujeres que utilizan un método determinado durante un año).

Parches transdérmicos combinados

Son parches con contenido hormonal de liberación progresiva, y medida aproximada por cada lado de 4,5 cm y menos de 1 mm de grosor. Se pegan sobre la piel con una frecuencia semanal.

- Descripción:
 - Parches que se pegan a la piel compuestos por estrógenos y progestágeno.
- Cómo funciona:
 - El mismo mecanismo que la píldora combinada.
 - Eficacia para prevenir embarazos:
 - Índice de Pearl IP 0.90, eficacia superior al 99 %.
- Observaciones:
 - La pauta de uso es semanal, lo que mejora su cumplimiento respecto a los anticonceptivos orales.
 - Debe pegarse en zona corporal libre de cremas y nunca en mamas.
- Efectos secundarios:
 - Los mismos que píldora combinada por contener misma composición.

Con este método anticonceptivo el ciclo se controla de forma óptima sin interferencias de vómitos y diarreas debido a la absorción transdérmica. Existe un amplio margen de seguridad en caso de olvido o pérdida de 48 horas a partir del segundo parche.

Modo de uso

Se procede a la colocación del parche sobre la piel el primer día del ciclo, semanalmente, durante 3 semanas se restituirá por uno nuevo. A los 21 días, cuando se hayan usado tres, dispondremos de una semana de descanso donde no se aplica ninguno, momento en el que aparece el sangrado menstrual.

Lugares más adecuados para su correcta colocación: nalgas y vientre.

Anillo vaginal

Aro de material plástico flexible que libera hormonas combinadas, similares a la píldora anticonceptiva, en dosis bajas y constantes, a través de unos poros en el anillo que son absorbidas por la mucosa de la vagina, impidiendo así la ovulación.




- Descripción:
 - Anillo de unos 5 cm de diámetro y unos mm de grosor.
- Cómo funciona:
 - El mismo mecanismo de acción que la píldora combinada.
- Eficacia para prevenir embarazos:
 - Índice de Pearl IP 0.25.
- Observaciones:
 - La pauta de uso es mensual, lo que mejora su cumplimiento.
 - Disminuye la probabilidad de olvidos.
 - Su uso es cómodo y discreto.
 - Buen control del ciclo.
 - No tiene efectos sobre el peso.
 - No interacciona con amoxicilina ni con doxiciclina.

El ciclo se controla de forma óptima respecto a los anticonceptivos orales. Una de sus ventajas, con respecto a los métodos anticonceptivos orales, es que no tiene interferencias con vómitos y diarreas por su absorción a través de la mucosa vaginal.

Modo de uso

Se inserta al fondo de la vagina el primer día del ciclo durante tres semanas seguidas. Debe extraerse el día 22, tras 3 semanas de uso continuado, en el mismo día de la semana en que fue insertado, comenzando una semana de descanso. Uso cómodo y discreto.

Intervalo de descanso alargado > 7 días	Anillo expulsado accidentalmente	Anillo expulsado accidentalmente < 3 h	1ª y 2ª semana Anillo expulsado accidentalmente > 3 h	3ª semana Anillo expulsado accidentalmente > 3 h
	LAVAR ANILLO agua tibia o fría (no caliente)	LAVAR ANILLO agua tibia o fría (no caliente)	LAVAR ANILLO agua tibia o fría (no caliente)	Opción a: Insertar anillo nuevo y comienzo nuevo ciclo de 3 semanas
INSERTAR ANILLO NUEVO tan pronto lo recuerde más de 7 días	INSERTAR ANILLO NUEVO tan pronto sea posible inmediatamente	INSERTAR ANILLO NUEVO tan pronto sea posible menos de 3 h	INSERTAR ANILLO NUEVO tan pronto sea posible más de 3 h	Opción b: Esperar sangrado e insertar anillo nuevo antes de 7 días desde que se expulsó
Preservativo 7 días			Preservativo 7 días	
 RIESGO EMBARAZO			 RIESGO EMBARAZO	

El anillo debe estar en la vagina de forma continua durante 3 semanas.

Cuanto más tiempo haya estado el anillo fuera de la vagina y cuanto más cerca esté esta situación del intervalo sin anillo, mayor es el riesgo de embarazo.

Progestágeno en forma inyectable

Anticonceptivo hormonal inyectable trimestral que contiene una hormona, su modo de funcionamiento es similar al de la minipíldora por esta característica. Existe otra presentación mensual de anticonceptivo combinado inyectable que veremos en el siguiente apartado.



- Descripción:
 - Se inyecta por vía intramuscular cada 2 ò 3 meses, según el producto.
- Cómo funciona:
 - El mismo mecanismo de las pastillas de progestágeno solo.
- Eficacia para prevenir embarazos:
 - Mayor que el 99 % si se usa de manera correcta y sostenida.
 - Mayor que el 97 % como se usa comúnmente.
- Observaciones:
 - Al cesar el uso, la fecundidad tarda en reaparecer entre 1 y 4 meses.
 - Las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas.

Inyectables mensuales o anticonceptivos inyectables en combinación

- Descripción:
 - Se inyectan cada mes por vía intramuscular. Contienen estrógeno y progestágeno.
- Cómo funciona:
 - El mismo mecanismo de los anticonceptivos orales en combinación.

- Eficacia para prevenir embarazos:
 - Mayor que el 99 % si se usa de manera correcta y sostenida.
 - Mayor que el 97 % como se usa comúnmente.
- Observaciones:
 - Las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas.

Dispositivo intrauterino (DIU) de cobre

Pequeño dispositivo de cobre, formando una rama vertical y dos horizontales con forma de T o de ancla para ajustarse a la cavidad uterina. Compuesto también por un hilo que sobresaldrá por el cérvix o cuello del útero. Duración de aproximadamente 5 años.

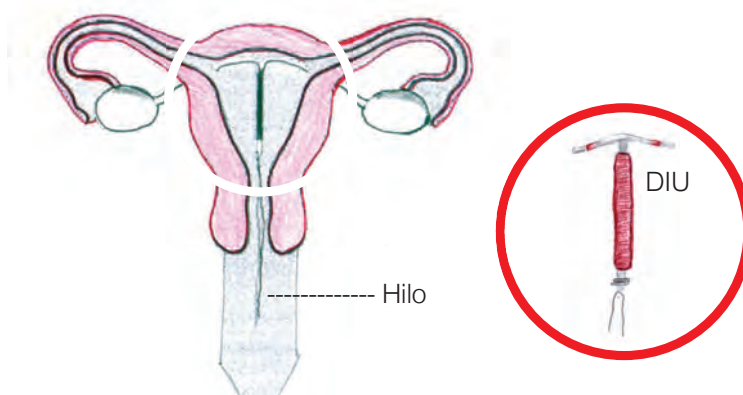
- Descripción:
 - Dispositivo de plástico flexible y pequeño que contiene un asa o cubierta de cobre que se inserta en el útero.
- Cómo funciona:
 - El cobre daña los espermatozoides impidiendo la unión con el óvulo.
- Eficacia para prevenir embarazos:
 - Mayor del 99 %.
- Observaciones:
 - Disminuye la frecuencia de cólico menstrual.
 - Disminuye los síntomas de endometriosis: amenorrea (ausencia de hemorragia menstrual) en un grupo de usuarias.
 - Puede producir aumento de sangrado menstrual y dolor (DIU cobre).
 - No es aconsejable en mujeres que mantengan relaciones sexuales con varias parejas; aumenta riesgo infección.
 - Se inserta por un ginecólogo durante la menstruación y se realiza control ecográfico para comprobar inserción correcta. Controles periódicos.

- Su efecto anticonceptivo finaliza con la extracción, con recuperación inmediata de la fertilidad.

Dispositivo intrauterino (DIU) de levonorgestrel

Estos dispositivos incorporan en su rama vertical un depósito diminuto de gestágeno, están formados por material plástico.

- Descripción:
 - Dispositivo en forma de T, que se inserta en el útero y libera diariamente pequeñas cantidades de levonorgestrel.
- Cómo funciona:
 - Suprime el crecimiento del revestimiento de la cavidad uterina (endometrio).
- Eficacia para prevenir embarazos:
 - Mayor del 99 %.
 - Presenta una eficacia mayor que el DIU sin carga hormonal.
- Observaciones:
 - Disminuye los cólicos menstruales.
 - Disminuye los síntomas de la endometriosis: amenorrea (ausencia de hemorragia vaginal) en un 20 % de las usuarias.
 - Tiene un efecto beneficioso sobre el sangrado menstrual abundante, por lo que está especialmente indicado para mejorar este síntoma.



Preservativo masculino (Ver punto 6.3)

- Descripción:
 - Vaina o cubierta que envuelve el pene erecto.
- Cómo funciona:
 - Forma una barrera que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo.
- Eficacia para prevenir embarazos:
 - 98 % si se usa de manera correcta y sostenida.
 - 85 % como se usa comúnmente.
- Observaciones:
 - Protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH.

Preservativo femenino (Ver punto 6.3)

- Descripción:
 - Vaina o forro que se adapta holgadamente a la vagina; está hecho de un material plástico transparente, fino y suave.
- Cómo funciona:
 - Forma una barrera que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten.
- Eficacia para prevenir embarazos:
 - 90 % si se usa de modo correcto y sostenido.
- Observaciones:
 - Protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH.

Esterilización masculina (vasectomía)

- Descripción:
 - Consiste en el bloqueo o corte de los conductos deferentes que transportan los espermatozoides desde los testículos, tiene carácter permanente.
- Cómo funciona:
 - Impide que haya espermatozoides en el semen eyaculado.
- Eficacia para prevenir embarazos:
 - Mayor del 99 % después de la evaluación del semen a los 3 meses.
 - Entre el 97 % y el 98 % si no se evalúa el semen.
- Observaciones:
 - Tarda en actuar unos 3 meses debido a que quedan espermatozoides almacenados.
 - No afecta el funcionamiento sexual del hombre.
 - Es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa.



Esterilización femenina: ligadura de trompas, salpingectomía

- Descripción:
 - Consiste en el bloqueo o corte de las trompas de Falopio.
- Cómo funciona:
 - Los óvulos no pueden juntarse con los espermatozoides.
- Eficacia para prevenir embarazos:
 - Mayor del 99 %.
- Observaciones:
 - Es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa.



Método de la amenorrea del amamantamiento

Está considerado por algunos autores como método de bajísima eficacia, ya que en ocasiones se pueden producir ovulaciones espontáneas durante la lactancia, por lo que se corre riesgo de embarazo.

- Descripción:
 - Es un método temporal para las mujeres recién paridas que no hayan vuelto a menstruar, exige lactancia exclusiva día y noche de un recién nacido menor de 6 meses.

- **Cómo funciona:**
 - Impide que los ovarios liberen óvulos, la ovulación.
- **Eficacia para prevenir embarazos:**
 - 99 % si se aplica de manera correcta y sostenida.
- **Observaciones:**
 - Es un método temporal de planificación familiar, basado en el efecto natural de amamantamiento sobre la fecundidad.



Anticoncepción de urgencia: levonorgestrel 1,5 mg

No es un método anticonceptivo que se use habitualmente, se recomienda en casos de urgencia en los que no se ha utilizado algún otro o su utilización hubiera fallado. Recibe el nombre de anticoncepción postcoital y está preparado por hormona única, un gestágeno.

- **Descripción:**
 - Son pastillas de progestágeno que se toman para prevenir el embarazo hasta 5 días después de una relación sexual sin protección.
- **Cómo funciona:**
 - Evita la ovulación, a veces interfiere el proceso de anidación.
- **Eficacia para prevenir embarazos:**
 - Reduce en un 60 % a un 90 % el riesgo de embarazo.

- Observaciones:
 - No altera el embarazo si éste se ha producido.
 - Debe tomarse lo antes posible, después de haber mantenido una relación sexual insuficientemente protegida y nunca después de 72 horas.



6.2.2. Métodos tradicionales

Coito interrumpido

Popularmente conocido como método de la marcha atrás.

- Descripción:
 - El hombre retira el pene de la vagina y eyacula fuera de ésta, con lo que el semen no tiene contacto con los genitales externos de la mujer.
- Cómo funciona:
 - Evita que los espermatozoides penetren en la vagina, lo que impide la fecundación.
- Eficacia para prevenir embarazos:
 - 96 % si se aplica de manera correcta y sostenida.
 - 73 % de la manera como se utiliza comúnmente.

- Observaciones:
 - Es uno de los métodos menos eficaces porque a menudo resulta difícil determinar el momento preciso de la retirada.
 - Antes de la eyaculación se expulsan gotas cargadas de espermatozoides.



Métodos que requieren el conocimiento de la fecundidad. Planificación natural de la familia o abstinencia periódica

Métodos calificados como poco eficaces, que consisten en no tener relaciones sexuales los días fértiles o próximos a la ovulación. Hay que determinar los días “peligrosos”, para ello existen varias formas:

- Descripción:
 - Métodos que se basan en calendario y en síntomas.
- Métodos del calendario o de Ogino-Knaus:
 - Se vigilan los días fértiles en el ciclo menstrual.
- Métodos que se basan en síntomas:
 - Vigilancia del moco de cervical o método Billings.
 - Vigilancia de la temperatura corporal.
- Cómo funcionan:
 - Evitando el coito sin protección durante los días fértiles o mediante abstinencia.

- Eficacia para prevenir embarazos:
 - Entre el 95 % y el 97 % cuando se usa de modo correcto y regular.
 - 75 % del modo en que se utiliza comúnmente.
- Observaciones:
 - Puede servir para reconocer los días fértiles de las mujeres que pretenden quedar embarazadas y las que desean evitarlo.
 - El uso correcto y regular requiere cooperación de varón.

El método del calendario

La mujer, basándose en la duración de sus ciclos menstruales pasados, predice el comienzo y el final del período fértil para el ciclo actual. Antes de comenzar a utilizar el método del calendario, la mujer debe calcular la duración de los 12 ciclos previos. El período fértil se calcula restando 18 días del ciclo más corto, para establecer el día del comienzo del período fértil, y 11 del ciclo más largo, para determinar el último día de dicho período.

El método de la temperatura basal

Requiere una toma de temperatura diaria en reposo, antes de levantarse de la cama, para proceder a su anotación en un gráfico y de este modo detectar la elevación de la temperatura basal en los momentos posteriores a la ovulación. Entre 24-48 horas después de la ovulación se produce una elevación de los niveles plasmáticos de progesterona segregada por el cuerpo lúteo, que provocan un incremento de la temperatura basal de 0,3° C a 0,6° C, este aumento se mantiene durante al menos tres días, momento en el que el período fértil ha terminado.

El método del moco cervical o Billings

El moco y la humedad vaginal cambia durante el ciclo. El folículo ovárico segrega durante su desarrollo niveles cada vez más altos de estrógenos, que hacen que el moco cervical se haga progresivamente más abundante y menos viscoso. Tras la menstruación la mujer se siente seca, la secreción vaginal es escasa y espesa, las relaciones están permitidas. Dos días antes de la ovulación el moco será de tipo fértil: transparente, líquido, filante, elástico, como una clara de huevo cruda, a partir de que la mujer comienza a percibir humedad debería evitar el coito. Tras la ovulación el moco se vuelve de nuevo más escaso, espeso y turbio (ahora debido a la progesterona), la mujer vuelve a sentirse seca, a partir del día pico, debe evitar el coito hasta cuatro días después.

El método sintotérmico

Combina los métodos anteriores para identificar el período fértil: temperatura basal, moco cervical y método del calendario.

6.3. Por qué los preservativos cuentan para la prevención de embarazos no planificados, ITS y VIH/Sida

En las Jornadas Mundiales de Contracepción celebradas el año 2011 se puso de manifiesto que existe un aumento significativo, en los últimos años, en la frecuencia de relaciones sexuales sin uso de anticonceptivos por parte de los jóvenes occidentales. El aumento más acusado de esta incidencia se encontró en Francia y la menor en Gran Bretaña y Estados Unidos. El estudio comparativo se realizó en 29 países de nuestro entorno.

En España, el perfil de usuario de preservativo es aquel de edad comprendida entre 25 y 35 años, en estas edades se encuentran las tasas de prevalencia de uso más elevadas, tanto en relaciones esporádicas como en estables.

Los adolescentes jóvenes mantienen comportamientos más impulsivos respecto al uso de los métodos de protección contra embarazos no deseados e ITS, muchos de ellos se preocupan y son conscientes del riesgo una vez finalizado el intercambio sexual.

La transmisión de VIH y otras ITS se pueden evitar si se usan los preservativos de forma correcta y constante.

El uso de preservativo es necesario, tanto para prevenir enfermedades de transmisión sexual como para evitar embarazos no deseados. Según la Sociedad Española de Contracepción, en el año 2013 ha sido el anticonceptivo más utilizado en España, seguido a gran distancia de la píldora. En nuestro país nos enfrentamos a una relajación en su utilización, tan solo un 57 % de los españoles declara utilizarlo siempre o casi siempre. El 32 % de los españoles declara haber mantenido relaciones sin protección. El riesgo de contagio de ITS es demasiado elevado, existe un número significativo de población que no es consciente del daño que estas enfermedades pueden causar sobre su salud, ya que alguna de ellas no tiene tratamiento de cura. A modo de ejemplo, las infecciones víricas como el Papiloma Virus aumentan la incidencia de cáncer de cuello de útero entre las mujeres.

ABC de la prevención: abstinencia, fidelidad hacia la propia pareja y el uso de preservativos por las personas activas sexualmente.

Las infecciones de transmisión sexual en general, y de manera especial, el VIH/Sida en los adolescentes y jóvenes, constituyen un serio problema de salud y el riesgo de padecerlas está muy relacionado con el comportamiento sexual y las formas de protegerse, entre otros factores.

Los preservativos intactos son esencialmente impermeables a partículas del tamaño de los patógenos de las ITS, incluidos los virus más chicos. OMS.

Recomendaciones de prevención en la sexualidad adolescente:

- Desarrollo de la educación sexual en centros educativos.
- Información que contrarreste la imagen salvadora de la píldora del día siguiente.
- Información que contrarreste las expectativas sobre la disminución en la satisfacción masculina con el uso de preservativo.
- Fomento del papel activo de las jóvenes para que lleven preservativos en el bolsillo.
- Incrementar el acceso de los jóvenes al preservativo de calidad alternativos a la farmacia.
- Evitar mensajes de prohibición del mundo adulto:
 - El joven debe tomar las riendas de su propia sexualidad que no induzcan a la inhibición de adquisición de preservativos.
 - Debemos respetarlo y no negarle acceso a información o tecnologías que protejan su salud y su vida.
- Aportar información de los pasos a seguir en caso de rotura del preservativo y otros problemas similares.
- Las recomendaciones de uso de preservativo implican el sexo oral y el anal.

Cuarenta años de experiencia en planificación familiar y salud reproductiva nos demostraron que empoderando a las personas para tomar decisiones informadas es la única estrategia que funciona.

Preservativo. Características y uso

Actualmente en el mercado existen preservativos masculinos y femeninos de varios materiales, el preferido por los usuarios españoles es el preservativo masculino de látex.

Método eficaz para evitar embarazos no deseados e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS): VIH, Virus de la Hepatitis B (VHB).

Para que sea efectivo, el preservativo debe:

- Encontrarse homologado por las autoridades sanitarias.
- Usarse en todas las relaciones sexuales.
- Utilizarlo correctamente para evitar roturas y deslizamientos.

Las roturas y deslizamientos del preservativo suelen deberse a la manipulación incorrecta o a una lubricación inadecuada. El riesgo que implica la rotura está en función de los factores siguientes:

- Si la relación ha sido anal, vaginal u oral.
- Existencia o no de eyaculación.
- Presencia de lesiones genitales o ITS.
- La rotura lateral conlleva menos riesgo que la rotura delantera.
- El preservativo siempre protege incluso ante una posible rotura, es mejor usarlo que no hacerlo.

Durante el sexo oral también se debe usar el preservativo. Se pueden abrir en su longitud si es necesario, también se puede recurrir a toallitas de látex o protectores de plástico que no sean porosos.

- Colocar preservativo antes de cualquier contacto con genitales y/o penetración.
- La penetración anal constituye una práctica de riesgo, de transmisión de enfermedades si se realiza sin protección.

Recomendaciones generales para el uso del preservativo masculino o femenino:

- Leer las instrucciones de uso y fecha de caducidad.
- Desecharlo ante cualquier indicio de deterioro.
- Evitar guardarlos en lugares expuestos a cambios de temperatura (gantero del coche).
- Colocar el preservativo antes de cualquier contacto genital, ya que son frecuentes las secreciones pre-eyaculatorias de semen que puedan contener agentes infecciosos.
- Usarlo durante toda la penetración.
- Manejar el preservativo con cuidado para no dañarlo con uñas, sortijas etc. (no abrir el envoltorio con los dientes).
- Si hay heridas, evitar el contacto con el preservativo antes de su colocación.
- No utilizar más de un preservativo a la vez.
- No utilizar preservativo masculino y femenino al mismo tiempo: la fricción puede dañarlos.
- Lubricantes:
 - Facilitan la penetración reduciendo el riesgo de rotura del preservativo, con los preservativos de látex usar lubricantes solubles en agua.
 - Los lubricantes a base de aceite dañan el látex.
- **NO REUTILIZAR NUNCA.** Utilizar un preservativo nuevo en cada acto sexual o si cambia de pareja durante la misma relación.
- Tirar el preservativo a la basura, nunca al W.C.

Preservativo masculino

Colocación

- El pene debe mantenerse erecto para su correcta colocación.
- Expulsar aire comprimiendo el extremo.
- Desenrollar cuidadosamente, cubriendo la totalidad del pene, dejando espacio libre en la punta como depósito del líquido seminal.
- Retirar inmediatamente después de la eyaculación, antes de que haya desaparecido la erección.
- Sujetar el preservativo por su base para asegurar que no sale el semen durante su retirada.
- Usar solo lubricantes solubles al agua, en caso de preservativo de látex, colocarlo en exterior.



Preservativo femenino

Colocación

- Se inserta en vagina y cubre los genitales externos de la mujer.
- Puede insertarse hasta 8 horas antes de la relación sexual.
- No necesita retirarse inmediatamente después de la eyaculación. Al quitarlo, apretar y girar el anillo externo para asegurarse de que el semen permanece en el interior.

Ventajas

- Admite lubricantes solubles en agua o en aceite dentro del preservativo.
- Protege frente a los embarazos no deseados, ITS, VIH/Sida.
- No suelen romperse por su composición de material resistente.
- Permite mantener relaciones sexuales en cualquier posición sin que se produzcan deslizamientos.
- No existe la necesidad de interrumpir la relación sexual antes del coito, lo que permite juegos eróticos previos anteriores y posteriores sin paradas.
- Apto para personas alérgicas al látex.
- Aportan mayor lubricación a ambos componentes de la pareja.



Otros métodos anticonceptivos como la píldora, no protegen de ITS.

Bibliografía

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/>

Shepherd J, Frampton G, Harris P.
Intervenciones para la prevención del cáncer de cuello de útero mediante modificaciones de la conducta sexual. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 4.
Art. No.: CD001035. DOI: 10.1002/14651858.CD001035

Lopez L, Otterness C, Chen M, Steiner M, Gallo M.
Intervenciones conductuales para mejorar el uso de preservativos en la protección dual. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 10.
Art. No.: CD010662. DOI: 10.1002/14651858.CD010662

Polis C, Grimes D, Schaffer K, Blanchard K, Glasier A, Harper C.
Provisión por adelantado de anticoncepción de urgencia para la prevención de embarazos. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 7.
Art. No.: CD005497. DOI: 10.1002/14651858.CD005497

Carvalho F, Gonçalves T, Faria E, Shoveller J, Piccinini C, Ramos M, Medeiros L.
Intervenciones conductuales para promover el uso de preservativos entre las mujeres que viven con VIH. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 2.
Art. No.: CD007844. DOI: 10.1002/14651858.CD007844

Obiero J, Mwethera P, Wiysonge C.
Microbicidas tópicos para la prevención de infecciones de transmisión sexual. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 6.
Art. No.: CD007961. DOI: 10.1002/14651858.CD007961

Ng B, Butler L, Horvath T, Rutherford G.
Intervenciones biomédicas poblacionales de control de las infecciones de transmisión sexual para la reducción de la infección por VIH (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 3.
Art. No.: CD001220. DOI: 10.1002/14651858.CD001220

Declaración del 13º Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España. Revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) el 26 de agosto de 1999 en el XV Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular China.

Federación Española de Sociedades de Sexología, sitio Web:
<http://www.fess.org.es/conducta-sexual.php>

Sociedad Española de Contracepción (SEC), sitio Web: <http://www.sec.es/>

Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar.
Nota descriptiva, n° 351 Mayo de 2013, sitio Web:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

Organización Mundial de la Salud. Anticonceptivos, sitio Web:
<http://www.who.int/topics/contraception/es/>

Otros sitios Web:

<http://www.fess.org.es/salud-sexual.php>

<http://www.positive.org/DiQueSi/ets.html>

<http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/ets/sexo-mas-seguro-4263.htm>

http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2007/12/03/80181

http://www.investigadoresyprofesionales.org/drupal/sites/default/files/informe_ppe-_anteproyecto_ley_aborto.pdf

http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/Estructura%20Org%C3%A1nica/dg/3/3_5/3_5_2/manual_2006/bloque5.htm

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>

Edita: © Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos
Servicio de Recursos Documentales y Apoyo Institucional
Alcalá, 56 - 28014 - Madrid

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual pertenecen al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.
Se autoriza la reproducción total o parcial siempre que se cite explícitamente su procedencia.

NIPO en línea: 687-14-007-8
NIPO en papel: 687-14-008-3
D.L.: M-16858-2014
ISBN: 978-84-351-0415-9
Colección Editorial de Publicaciones de INGESA: 1.954
Catálogo General de Publicaciones Oficiales:
<http://publicacionesoficiales.boe.es>

En esta publicación se ha utilizado papel reciclado libre de cloro de acuerdo con los criterios medioambientales de la contratación pública

Diseño y maquetación: Why Not Comunicación S.L
Imprime: Advantia Comunicación Gráfica



Dirección Territorial de Ceuta