

MITOS Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



PROMSEX

Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

MITOS Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



Elaboración de contenidos: Tula Zegarra

Con los aportes de: Susana Chávez, Rossina Guerrero y Luis Távara

PROMSEX

Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

Mitos y métodos anticonceptivos

© Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX.

Av. José Pardo 601, Oficina 604, Miraflores, Lima 18, Perú.

Teléfono: (511) 447-8668 / Fax: (511) 243-0460.

www.promsex.org

Autora: Tula Zegarra

Con los aportes de: Susana Chávez, Rossina Guerrero y Luis Távara

Coordinación: Jorge Apolaya

Diseño y diagramación: Julissa Soriano

Impresión: CP Impresores E.I.R.L. / Jr. Rufino Torrico 559, Oficina 201, Lima 1

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°: 2011-03842

ISBN: 978-612-45897-9-9

Primera edición, marzo 2011.

Lima, Perú.

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de: UNFPA

ÍNDICE

5	INTRODUCCIÓN
9	I. CUANDO LOS MITOS SE CREAN Y SE PROMUEVEN
11	II. PRINCIPALES MITOS SOBRE LOS METODOS
15	III. COMPRENDIENDO LA FISIOLOGÍA, MECANISMO DE ACCIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: PASANDO DE LOS MITOS A LAS EVIDENCIAS
26	IV. LO QUE DICEN LAS EVIDENCIAS RESPECTO DE ALGUNOS TEMAS CLAVES SOBRE ANTICONCEPCION: ACLARANDO MITOS
45	V. PAUTAS CULTURALES Y MITOS SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: IMPACTO Y CADENA DE EFECTOS.
48	BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El presente documento es un esfuerzo por abordar el tema de anticoncepción, enfocado en las evidencias científicas disponibles, considerando que sobre esa base se ha construido conocimiento popular, mitos y prejuicios que también abarcan los aspectos relacionados a la reproducción y sexualidad, que continúan arraigados en diversos profesionales de la salud.

Entendiendo que la planificación familiar es un componente clave para el desarrollo social y económico de los países, su conocimiento científico y sobre todo el esclarecimiento de mitos relacionados con el uso de métodos anticonceptivos, es imprescindible. Por ello, se pone esta publicación a disposición de todo profesional interesado en el tema, con el fin de que, al término de su lectura, contribuya a la difusión de estos conocimientos y a la promoción y defensa de la planificación familiar en nuestro medio.

Los mitos forman parte de nuestra percepción del mundo y tratan de explicar aquellas cosas que no se conocen bien. Por lo general, los mitos son ampliamente compartidos, se suelen asumir como verdades no probadas y ante la falta de información se van extendiendo. Algunos mitos pueden estar basados en información científica, pero en el transcurso de tiempo se tergiversa o pierde ese origen y eso hace mucho más difícil cambiar las formas de pensar que se van generando a partir de la distorsión de la información original. Aunque los mitos pueden estar presentes en cualquier dimensión de la vida, suelen concentrarse más en el campo de la sexualidad y la reproducción, lo cual es originado principalmente por la ausencia de educación sexual.

En este sentido, los mitos no son prerrogativas solo de las personas que tienen bajo nivel educativo, también están presentes entre personas muy instruidas, y esto limita muchas veces la toma de decisiones acertadas que contribuyen de una manera significativa al cuidado de la salud y del bienestar. Un típico caso de mito, es la creencia de que los caldos, a los que se denominan “sustancias”, son altamente nutritivos, pero está demostrado que muchos de los nutrientes suelen perderse con la prolongada cocción y que dichos nutrientes no se encuentran en los líquidos, sino en los elementos sólidos.



La falta de conocimiento acerca del funcionamiento del cuerpo, y en particular de los órganos sexuales, la carga moral y los prejuicios respecto al sexo y la sexualidad, hacen que las personas tengan más dificultades de hablar del tema o de informarse, haciéndose más propicia la generación de mitos.

En ese contexto, la planificación familiar no es una excepción, pues aunque todos pueden saber que el embarazo, en la mayoría de los casos, es el resultado de una relación sexual entre un hombre y una mujer, la mayoría de personas conocen muy poco sobre cómo se produce en realidad, y por eso también les resulta muy difícil comprender la forma en que actúan los métodos anticonceptivos.

Numerosas investigaciones en el ámbito nacional han reportado que la consejería en planificación familiar que deja de lado la explicación de los mecanismos de acción de los anticonceptivos y no aborda sus posibles efectos colaterales con base científica; constituye el principal factor de abandono del método y el consiguiente refuerzo de los mitos existentes, constituyendo una barrera para el uso y prevalencia de los anticonceptivos.

Los efectos colaterales constituyen una gran preocupación para las mujeres y parejas. Quejas frecuente son el dolor de cabeza, reportado por usuarias de métodos hormonales, píldoras, inyectables e implantes; y las irregularidades menstruales presentadas por usuarias de dispositivos intrauterinos. No ofrecer un asesoramiento adecuado a estos efectos colaterales genera conceptos erróneos que limitan el uso de la planificación familiar moderna.

Este asesoramiento debe considerar el entorno familiar de la usuaria, ya que un hecho importante es que a menudo las mujeres no son las únicas que toman decisiones relativas al uso de anticonceptivos. En muchas culturas se considera que el uso de la anticoncepción está a cargo de las mujeres, no obstante, las decisiones relativas al tamaño de la familia y la elección del método anticonceptivo es influenciada por los hombres, y en algunos casos por otros familiares.

Los proveedores deben tomar en cuenta lo reportado por investigaciones cualitativas y estudios (1) (2) (3) como el realizado en Zimbawe por el Proyecto de Estudios de la Mujer (WSP) de Family Health International (FHI), donde hombres y mujeres opinaron a favor de la planificación familiar, afirmando que es un elemento importante para la calidad de vida, sin embargo, las mujeres también señalaron consecuencias negativas de la anticoncepción, como el fracaso del método, dolor de cabeza, aumento o pérdida de peso, fatiga, amenorrea y sangrado prolongado e irregular, dejando entrever que los proveedores no les informan de estos aspectos y que, en otros casos, minimizan la importancia de los mismos, pudiendo explicarles que éstos no constituyen signos de alarma, ni ponen en peligro la vida, pero que desde las perspectiva de la usuaria (o) tienen una consecuencia en su vida cotidiana. El asesoramiento a fondo puede ayudar a las usuarias a discriminar cuáles síntomas son causados verdaderamente por la anticoncepción y cuáles indican problemas de salud.

De otro lado, investigaciones como la llevada a cabo en El Alto, Bolivia (4), que incluyó charlas de grupos de opinión y entrevistas a fondo, reportó que existen mitos relacionados a la anticoncepción, menstruación, el aborto involuntario, enfermedades, sexualidad, etc., que generan temor y vergüenza y que estarían influyendo en el uso de la planificación familiar. Así, por ejemplo, los investigadores observaron que el temor a los anticonceptivos causa problemas psicosomáticos y altas tasas de discontinuación.

I. CUANDO LOS MITOS SE CREAN Y SE PROMUEVEN

Es importante señalar que los mitos no solo son el resultado de la cultura popular, también son creados o reforzados intencionalmente con el fin de sustentar determinadas posturas u opiniones. Hay pequeños grupos de la sociedad, especialmente vinculados a algunas religiones que consideran que las relaciones sexuales tienen que estar siempre orientadas a la reproducción y que deben darse únicamente dentro del matrimonio. En consecuencia, cualquier mecanismo que impida este mandato se asume como una ofensa o como algo que no debería ocurrir. Esto lleva a que pequeños sectores que asumen estos principios piensen que los métodos anticonceptivos atentan contra esta forma de mirar la vida y en función de ello desarrollan determinadas campañas que tergiversan la información basada en evidencias científicas.

Estas distorsiones están dirigidas a:

- a) Evitar el uso continuo de los métodos anticonceptivos. Esto se expresa en indicaciones médicas no justificadas, como por ejemplo el establecimiento de periodos de “descanso”, lo cual se indica especialmente en el caso de métodos que contienen hormonas, sin tomar en cuenta que muchas de estas hormonas compatibilizan muy bien con el cuerpo humano, que las puede degradar rápidamente y tiene una alta capacidad para procesarlas y eliminarlas, de allí que su uso continuo sea altamente seguro.
- b) Limitar su uso a personas adultas, promoviendo que no sean accesibles a las adolescentes, a pesar de las necesidades que tiene esta población de contar con métodos anticonceptivos seguros. En algunos grupos de interés existe preocupación por el inicio sexual temprano de las y los adolescentes y muchas veces por falta de información, o por garantizar que las relaciones sexuales sean realmente voluntarias, generan un temor infundado respecto de los métodos anticonceptivos durante la adolescencia, aduciendo efectos inexistentes. Sin embargo, no consideran los graves riesgos de una relación sexual no protegida, de un embarazo precoz y de un parto a edad temprana. En el Perú, el mayor grupo de mujeres que mueren por dar a luz son las adolescentes y son ellas quienes probablemente sufrirán daños por toda su vida como resultado de un embarazo y parto en un momento de su vida en que no están preparadas para ello. Todas las evidencias señalan que postergar el embarazo y el parto es fundamental no solo desde el punto de vista de la salud, sino también desde el enfoque social. Asimismo, está demostrada la total ineficacia de intervenciones sanitarias y educativas que solo promueven la abstinencia¹.

¹ K. Underhill, Montgomery P, Operario D. Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in high income countries: systematic review. Centre for Evidence-Based Intervention, University of Oxford, 2007.



- c) No usar ningún método, especialmente los denominados modernos. Desde su aparición, los métodos anticonceptivos han sido blanco de ataques infundados y se ha negado su acceso a miles de mujeres. Inicialmente los métodos anticonceptivos fueron culpabilizados de afectar la moral de las mujeres, de romper con los mandatos familiares de tener hijos, de promover las relaciones sexuales, entre otros aspectos. Y cuando los métodos anticonceptivos fueron apropiados por personas que querían más bien planear su futuro, brindar mejores oportunidades a sus hijos, cuidar su propia salud y asumir con responsabilidad su vida sexual, las restricciones se fueron orientando que los Estados no provean servicios básicos y elementales como el acceso a la planificación familiar. Pero como hay leyes que así lo mandan, entonces la estrategia fue restringir al máximo el acceso a los métodos anticonceptivos en los servicios públicos y generar así una barrera entre las personas que no pueden pagar dichos insumos y quienes pueden adquirirlos de manera particular. Como resultado de ello, las mujeres que pueden ir a un servicio privado o a una clínica podrán hallar una amplia gama de métodos anticonceptivos, mientras que las mujeres pobres dependerán solo de unos cuantos métodos que puedan recibir en los establecimientos públicos de salud, hecho que limita su capacidad y derecho de elegir.
- d) Atribuir a los anticonceptivos efectos adversos inexistentes o no comprobados. Este es el mecanismo que más se viene utilizando actualmente y que da origen a nuevos mitos, muchos de los cuales han sido descartados, pero a partir de su constante difusión y de presentarlos como “evidencias científicas” terminan por imponerse. El caso típico es el de la anticoncepción oral de emergencia y del DIU, que son acusados de evitar la implantación del huevo fecundado. En este caso son dos las concepciones que se promueven: la primera consiste en señalar un efecto que no ha sido demostrado por ninguna evidencia científica, tal como afirman distintos informes; la segunda es hacer creer que el huevo fecundado ya es un feto, y aún peor, que ya es una persona. La ciencia no discute desde qué momento se es persona, la ciencia solo ha señalado el proceso de desarrollo de un ser humano y que dicho proceso suele ser alterado por la propia naturaleza y no todo lo que empieza a desarrollarse, aunque complete su proceso, será necesariamente un ser humano. Por ejemplo, una complicación algo frecuente durante el embarazo es que no desarrolle el embrión, pero sí la placenta, o puede suceder que desarrolle el embrión, pero sin tener ninguna capacidad de sobrevivir y probablemente se pierda sin que la mujer que lo porta se de cuenta.
- e) Promover la maternidad como una necesidad biológica y sanitaria de las mujeres. Algunos todavía siguen viendo como único destino de la mujer tener hijos, y al estigma social que significa para muchas no tenerlos, se añaden conceptos erróneos referidos a que las mujeres necesitan tener hijos para completar su desarrollo e incluso garantizar su salud. Este argumento ha sido interpretado con algunos factores de riesgo que en realidad están en discusión –como por ejemplo el cáncer de mamas– y que son muy poco útiles si se evalúan de manera individual. Actualmente se viene demostrando la existencia de otros factores mucho más potentes y explicativos de enfermedades que antes se asumían como consecuencia de no tener hijos y cada vez, hay mayor asociación de que no es la falta de hijos lo que afecta la salud de la mujer, sino, al contrario, el tener familia numerosa, o la sanción social de ser infértil en una sociedad en donde la discriminación y falta de oportunidades para las mujeres son evidentes.

En el presente documento da cuenta de algunos mitos en torno a la planificación familiar, que han sido recogidos de diversas investigaciones y que deben ser analizados en base a evidencias científicas para desestructurarlos.

II. COMPRENDIENDO LA FISIOLÓGÍA, MECANISMO DE ACCIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: PASANDO DE LOS MITOS A LAS EVIDENCIAS

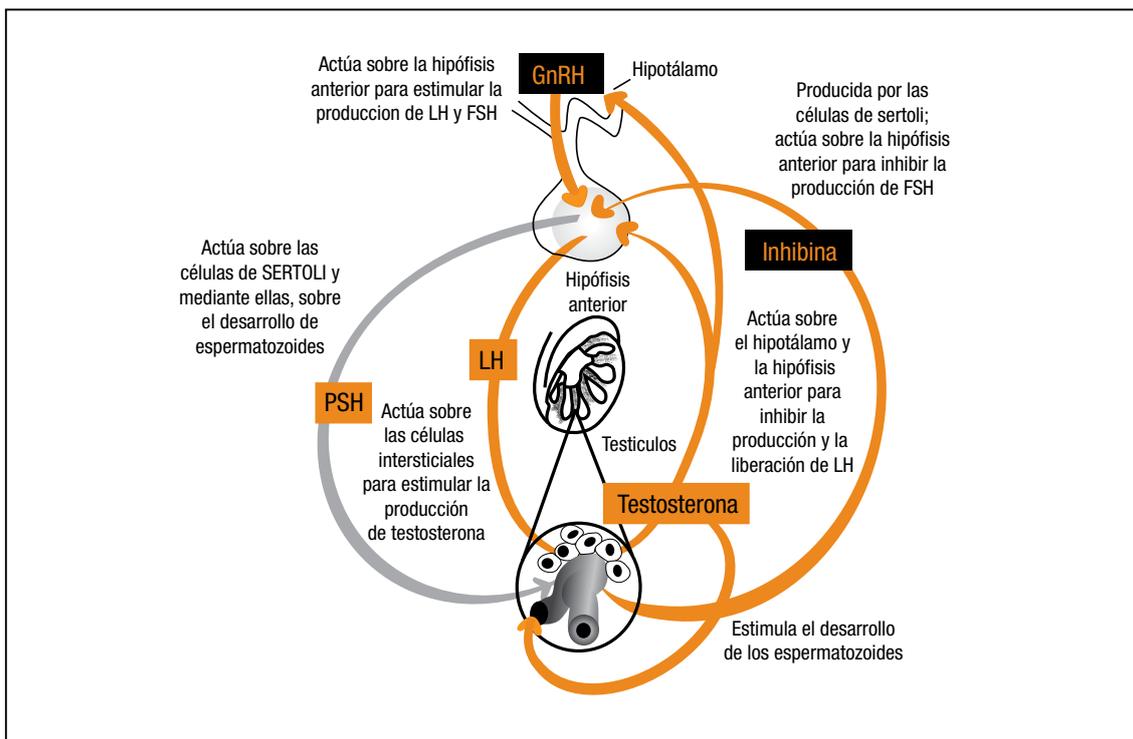
El abordaje de la planificación familiar requiere un conocimiento del ciclo reproductivo de la mujer y del hombre, para saber cómo se producen la menstruación, la ovulación y la fecundación. Así se hace posible comprender el mecanismo de acción de los anticonceptivos y sus posibles efectos colaterales. Estos conocimientos científicos nos permitirán un manejo acertado de las parejas y poder analizar los diversos mitos existentes, o los que surjan.

2.1 CICLO REPRODUCTIVO DEL VARÓN

La espermatogénesis se produce en todos los túbulos seminíferos durante la vida sexual activa. Empieza aproximadamente a los 13 años de edad, a consecuencia del estímulo de las hormonas gonadotróficas, y continúa durante el resto de la vida. (5)

La primera etapa de la espermatogénesis es el crecimiento de algunas espermatogonias, las cuales migran hacia el centro del tubo seminífero, entre las células de Sertoli. Cada espermatogonia se modifica progresivamente y aumenta de tamaño para formar el espermatocito primario. Cada espermatocito primario se divide para formar dos espermatocitos secundarios. Al cabo de unos días estos espermatocitos se dividen para formar espermátides que finalmente se convierten en espermatozoides (5).

Cuando los espermatozoides abandonan el epidídimo, su actividad es frenada por múltiples factores inhibidores



secretados por los epitelios de los conductos genitales, sin embargo, al entrar en contacto con los líquidos del aparato genital femenino se producen múltiples cambios que activan a los espermatozoides para los procesos finales de la fecundación. Este conjunto de cambios recibe el nombre de capacitación espermática. (5)

La fertilidad masculina está supeditada a los siguientes requerimientos: volumen eyaculado normal 1.5-6 ml, pH del semen 7,2-8,0, concentración espermática por ml 20 millones, conteo total 40 millones, movilidad lineal progresiva 50%, movilidad lineal rápida 25%, morfología normal 50%, siendo un criterio estricto 30%, viabilidad del 50% y aglutinaciones de 10%.(6)

2.2 CICLO SEXUAL FEMENINO

El ciclo sexual femenino tiene resultados importantes. En primer lugar la ovulación, y en segundo lugar el crecimiento del endometrio, ya sea para preparar la implantación de un huevo fertilizado, o en su defecto, para producir la menstruación.

Este ciclo sexual depende completamente de hormonas gonadotrópicas secretadas por la adenohipófisis. Los ovarios que no son estimulados por hormonas gonadotrópicas se conservan completamente inactivos, lo que ocurre durante toda la infancia.

La adenohipófisis secreta dos hormonas diferentes que se sabe, son esenciales para la plena función de los ovarios, la FSH (hormona estimulante de los folículos) y la LH (hormona luteinizante). El único efecto importante de estas dos hormonas ocurre en los ovarios, en el caso de la mujer y en los testículos, cuando se trata del varón. (5)

En cada ciclo sexual femenino hay un aumento y disminución periódicos de FSH y LH. Estas variaciones provocan a su vez cambios cíclicos de las hormonas ováricas.

Al principio de cada mes (primer día de la menstruación) aumentan las concentraciones de FSH y LH, provocando un crecimiento acelerado de las células de la teca y la granulosa de 6 a 12 folículos ováricos aproximadamente cada mes. Las células de la teca y la granulosa secretan un líquido folicular muy rico en estrógenos. El ritmo de secreción se acelera y cada uno de los folículos en crecimiento se transforma en un folículo vesicular. Después de una semana de crecimiento, uno de los folículos empieza a crecer más que los otros, que van involucionando y se vuelven atrésicos. El folículo que se desarrolla más intensamente que los otros secreta una cantidad de estrógenos suficiente para provocar por retroalimentación, la inhibición de la FSH. La falta de esta hormona no impide el crecimiento posterior del folículo mayor, porque la gran cantidad de estrógeno secretado localmente en el mismo hace que siga su crecimiento. Sin embargo, la falta de estímulo de FSH para los folículos menos desarrollados hace que éstos dejen de crecer e involucionen (5).

a) Ovulación

La hormona luteinizante es necesaria para el crecimiento final del folículo y la ovulación. Sin esta hormona, aunque se disponga de grandes cantidades de FSH no progresa la ovulación. El ritmo de secreción de la LH aumenta considerablemente unos dos días antes de la ovulación, al mismo tiempo la FSH, también aumenta al doble, y las dos hormonas actúan sinérgicamente provocando una hinchazón del folículo. La LH también tiene acción específica sobre las células de la teca y granulosa, cambiándolas en células luteínicas (cuerpo amarillo) que a su vez secretan progesterona, pero poco estrógeno (5).

En este ambiente de crecimiento muy rápido del folículo, de disminución de la secreción de estrógeno después de una fase prolongada e intensa de producción, y de comienzo de secreción de progesterona es que tiene lugar la ovulación. Sin el impulso pre-ovulatorio de la hormona luteinizante, la ovulación no tendría lugar.

Poco antes de la ovulación, la pared externa del folículo se hincha rápidamente, y una pequeña zona en el centro de la cápsula, llamada estigma, hace protrusión. Posteriormente empieza a exudar un líquido que sale del folículo a través del estigma. Cuando el folículo se vuelve más pequeño por la pérdida del líquido, el estigma se rompe y se elimina el líquido más viscoso que lleva consigo al huevo, rodeado de varias capas de células granulosas llamada corona radiada (5).

El cuerpo amarillo aumenta considerablemente de dimensiones y presenta inclusiones lipoides; más tarde empieza a involucionar y pierde sus funciones secretorias a los 12 días de la ovulación aproximadamente, transformándose en cuerpo albicans, que termina degenerándose y es sustituido por tejido conectivo. Durante la fase luteínica del ciclo ovárico, la cantidad de estrógenos, y quizá, en menor grado, también de progesterona, secretada por el cuerpo amarillo, origina una disminución por retroalimentación de la secreción de ambas, FSH y LH. Por lo tanto, en este periodo, ya no crecen nuevos folículos en el ovario. Sin embargo, cuando el cuerpo amarillo degenera completamente al final de los 12 días aproximadamente, la ausencia de secreción de la LH permite que se inicie un nuevo ciclo ovárico (5).

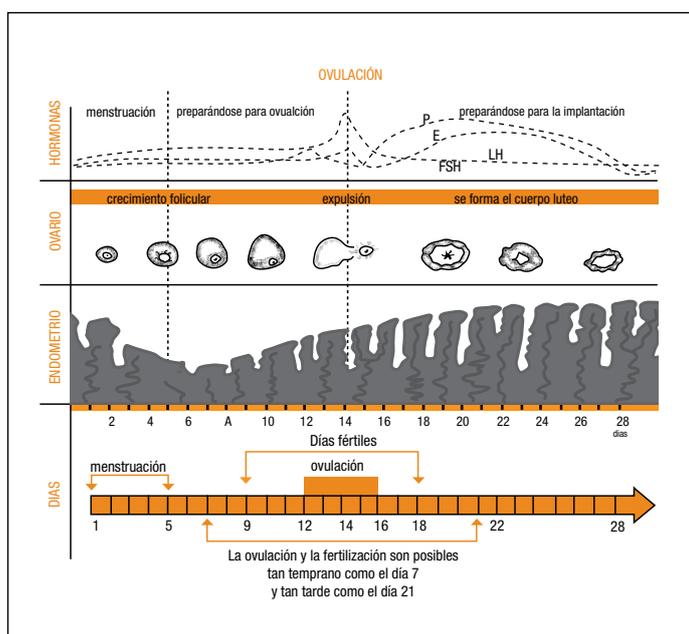
b) Ciclo endometrial - menstruación

La producción de estrógenos y progestágenos por el ovario está acompañada por un ciclo endometrial que pasa por las siguientes etapas: proliferación de endometrio, cambios secretorios del mismo, y descamación del endometrio, que se conoce como menstruación.

En la fase proliferativa, a partir de una delgada capa de estroma endometrial (capa basal), por la influencia de los estrógenos secretados por el ovario, las células epiteliales proliferan rápidamente, durante las dos primeras semanas del ciclo sexual, o sea, hasta el momento de la ovulación (7).

Durante la segunda mitad del ciclo sexual, estrógenos y progesterona son secretados en grandes cantidades por el cuerpo amarillo. Los estrógenos solo producen una ligera proliferación celular adicional del endometrio, pero la progesterona causa hinchazón considerable del mismo. Aparecen depósitos de lipoides y glucógeno en dichas células, y el riego sanguíneo aumenta más todavía y los vasos sanguíneos se hacen tortuosos (5).

Unos días antes de terminar el ciclo las hormonas gonadotrópicas y las hormonas ováricas disminuyen bruscamente, lo que origina la involución del endometrio, los vasos sanguíneos sufren un espasmo que origina una necrosis del endometrio. En consecuencia se generan zonas hemorrágicas, produciéndose una descamación, conocida como menstruación (7).



c) Fecundación

Se caracteriza por la entrada del espermatozoide dentro del óvulo y por la formación de la célula huevo. Los espermatozoides rodean al óvulo y producen la dispersión de la corona radiada, y uno de ellos penetra en el gameto femenino. Su ingreso desencadena la formación de la membrana de la fecundación, que impide la entrada de nuevos espermatozoides. El núcleo fecundante se hidrata y constituye el pronúcleo masculino. Como consecuencia de la penetración se produce la segunda división meiótica del ovocito y el segundo glóbulo polar (8).

Luego de constituido el huso acromático, se hacen evidentes los cromosomas de ambos pronúcleos. Como consecuencia de la fecundación se restaura la diploidía de la especie y el huevo recibe carga genética materna y paterna por igual (8).



PRINCIPALES MITOS SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

3.1 MITOS SOBRE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Mitos	Realidad
1. Se dice que las píldoras afectan los nervios de las mujeres y las vuelven renegonas.	1. No hay evidencias de estos efectos y aunque las hormonas pueden alterar en algo el estado emocional, no son determinantes en los cambios de estado de ánimo.
2. El inyectable produce infertilidad.	2. No es así. Está demostrado que algunas mujeres que lo usan pueden tomar un tiempo para restablecer su fecundidad, pero en la mayoría ésta retorna rápidamente.
3. Las mujeres que no menstrúan por el inyectable se vuelven locas porque la sangre “se les sube a la cabeza”.	3. Aunque en algunas culturas la menstruación es entendida como un “desfogue natural de las mujeres”, se trata de un efecto inexistente. La ausencia de la menstruación está explicada porque no se llega a formar suficiente capa de endometrio.
4. Los métodos anticonceptivos que contienen hormonas producen cáncer.	4. Está absolutamente comprobado que no es así, es más, los anticonceptivos hormonales previenen ciertos tipos de cáncer, como el de endometrio.



Mitos	Realidad
5. El implante puede producir cáncer de mama.	5. No hay ninguna evidencia científica, aunque se recomienda cuidado en el uso de anticonceptivos hormonales cuando hay una carga genética importante de cáncer de mama (cuando la madre o hermanas han presentado esta enfermedad).
6. Cuando la mujer no menstrúa por efecto de la inyección, la sangre forma un tumor en la matriz.	6. Este efecto no existe, forma parte de concepciones culturales.
7. La píldora y la inyección disminuyen el deseo sexual en la mujer.	7. Los anticonceptivos tienen distintos componentes hormonales y aunque algunos pueden estar relacionados con la disminución de la libido, sus efectos son muy limitados con respecto a otros factores que sí pueden disminuir el apetito sexual.
8. La píldora de emergencia es abortiva.	8. Está científicamente comprobado que no lo es.
9. Desde que uso la píldora soy más agresiva, pego a mis hijos, peleo con mi esposo por cualquier motivo.	9. Aunque ciertos métodos anticonceptivos en algunas mujeres pueden afectar el estado de ánimo, son otros factores los que podrían estar generando los problemas mencionados.
10. La píldora nos hace menos atractivas, nos engorda y produce acné.	10. En absoluto, al contrario, muchos anticonceptivos hormonales tienen un efecto beneficioso en afecciones de la piel.

3.2 MITOS SOBRE LOS DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

Mitos	Realidad
1. El DIU produce cáncer de cuello uterino.	1. No hay ninguna evidencia al respecto. Son otros los factores desencadenantes del cáncer de cuello uterino.
2. El DIU es abortivo.	2. No hay ninguna evidencia que señale este efecto.

Mitos	Realidad
3. Si sales gestando con el dispositivo intrauterino (DIU), éste se pega en el cuerpo del bebé, y le ocasiona daño.	3. No hay posibilidad de que ello ocurra por la protección que ofrecen la placenta y las membranas placentarias.
4. El DIU se puede mover y llegar a otros órganos, como el estómago.	4. No hay ninguna evidencia, el útero no establece este tipo de comunicación con los órganos mencionados.
5. El hombre siente el DIU cuando tiene relaciones sexuales.	5. No hay ninguna evidencia, a no ser que el DIU esté mal colocado.
6. El DIU incomoda al varón y le quita placer.	6. No hay ninguna evidencia.
7. Con el DIU la mujer se vuelve liberal, “calentona”.	7. No hay ninguna evidencia que así lo demuestre.
8. Cuando la T de cobre se queda por mucho tiempo, perfora el útero.	8. No hay ninguna evidencia que así lo demuestre. El pequeñísimo riesgo de perforación puede producirse en el momento de colocar el DIU, si se hace de manera inexperta.
9. La mujer nulípara no puede usar DIU.	9. No es real, los DIU pueden ser usados por mujeres que no tienen hijos.
10. Después de usar DIU se debe descansar.	10. No hay ninguna evidencia, el DIU se puede retirar por tiempo de expiración y colocar inmediatamente uno nuevo.
11. Solo se coloca el DIU si la mujer está menstruando.	11. No es real, en algunos lugares los proveedores ponen esta condición para asegurar que la mujer no está embarazada, lo que resulta relativo, pues puede haber embarazo y menstruación.
12. Después de un aborto no se recomienda un DIU, porque no se tiene la seguridad de que haya sido un aborto espontáneo.	12. No hay ninguna razón, la mujer puede usarlo si es que desea postergar un nuevo embarazo.



3.3 MITOS SOBRE LOS PRESERVATIVOS

Mitos	Realidad
1. El condón se puede utilizar varias veces.	1. Aunque en algunos lugares el condón femenino es reutilizable, no está recomendada esta forma de uso. En el caso del condón masculino no se recomienda de ninguna manera.
2. El condón disminuye el placer en el hombre.	2. No hay evidencia de esto. En hombres y mujeres que se han acostumbrado al uso del condón, no se afecta el placer.
3. La mujer que pide a su pareja que use condón es porque no confía en él.	3. Es muy importante difundir el valor de prevención tanto del embarazo no deseado como de la transmisión del VIH.
4. El condón es para personas promiscuas.	4. El condón es para cualquier persona que quiera tener relaciones sexuales protegidas.
5. El condón es para usarlo en relaciones sexuales fuera del matrimonio.	5. El condón también es un excelente método anticonceptivo y tiene la ventaja de ser utilizado solamente en el momento de la relación sexual.
6. Si el pene es muy grande o grueso rompe el condón.	6. Los condones tiene una buena capacidad de adaptación al tamaño del pene, así lo permite su textura de látex.

3.4 MITOS SOBRE LA LIGADURA DE TROMPAS

Mitos	Realidad
1. La ligadura de trompas produce locura con el tiempo.	1. No hay ninguna evidencia.
2. Las mujeres que se han practicado anticoncepción quirúrgica son infieles a sus maridos.	2. No hay ninguna evidencia, se trata de conceptos que buscan estigmatizar a las mujeres que usan métodos anticonceptivos.

Mitos	Realidad
3. Las mujeres con ligadura de trompas tienen menopausia prematura.	3. No hay ninguna evidencia, hay otros factores que pueden determinar la menopausia prematura.
4. La ligadura hace que la mujer engorde.	4. No hay ninguna evidencia, son otros los factores que determinan este cambio.

3.5 MITOS SOBRE LA VASECTOMÍA

Mitos	Realidad
1. Los hombres con vasectomía pierden su hombría.	1. No hay ninguna evidencia, son temores que se promueven para que los hombres no accedan a este método cuando ya no quieren tener más hijos.
2. El hombre vasectomizado pierde la capacidad de erección.	2. No hay ninguna evidencia, hay otros factores que pueden producir la impotencia.
3. Con la vasectomía el hombre pierde deseo sexual.	3. No hay ninguna evidencia, son otros los factores que pueden hacer disminuir el deseo sexual.
4. El hombre con vasectomía se vuelve homosexual.	4. No hay ninguna evidencia, la homosexualidad no es una enfermedad ni consecuencia de ningún tratamiento.



3.6 MITOS SOBRE LOS MÉTODOS DE ABSTINENCIA

Mitos	Realidad
<ol style="list-style-type: none">1. Sólo las parejas que se aman de verdad pueden optar por la abstinencia.	<ol style="list-style-type: none">1. No hay ninguna evidencia, esto depende de la forma en que cada pareja establece sus acuerdos y compromisos.
<ol style="list-style-type: none">2. El hombre no puede controlar sus deseos sexuales en los días de abstinencia.	<ol style="list-style-type: none">2. No hay ninguna evidencia, los hombres pueden controlar plenamente su actividad sexual.
<ol style="list-style-type: none">3. No es bueno estar revisándose y tocándose los genitales para ver el moco.	<ol style="list-style-type: none">3. Al contrario, es una buena práctica de salud.

3.7 MITOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

Mitos	Realidad
<ol style="list-style-type: none">1. Mientras se da de lactar no hay embarazo.	<ol style="list-style-type: none">1. La lactancia puede disminuir la fecundidad, pero no anularla. Su efecto se pierde cuando el parto ocurrió hace más de 6 meses y la lactancia ya no es exclusiva.
<ol style="list-style-type: none">2. Mientras se da de lactar no se deben usar anticonceptivos, pasan por la leche y dañan al bebé.	<ol style="list-style-type: none">2. Pueden pasar algunas hormonas, como ocurre usualmente con las hormonas naturales de la mujer, pero esto no tiene ningún efecto adverso.
<ol style="list-style-type: none">3. El esperma puede envenenar la leche materna, por lo que no se debe tener relaciones sexuales en el postparto.	<ol style="list-style-type: none">3. No hay ninguna evidencia, aunque sí se recomienda la no penetración en las relaciones sexuales para evitar la posibilidad de generar daños en la mujer.

3.8 MITOS SOBRE OTROS TEMAS RELACIONADOS

a) Respetto del ejercicio de la sexualidad

Mitos	Realidad
1. El sexo es solo para las mujeres menores de 30.	1. Esto no es cierto, ya que la actividad sexual depende de la actitud de cada persona y de las condiciones que tenga para ejercer su sexualidad.
2. Las mujeres normales alcanzan el orgasmo cada vez que tienen sexo.	2. No es cierto, el orgasmo en las mujeres puede producirse aun sin una relación sexual de por medio, sino, simplemente con la masturbación.
3. Las mujeres son más “frías” que los hombres, les interesa menos la relación sexual.	3. No es cierto, esto depende de la actitud de cada mujer con relación al sexo y de las condiciones que tenga para ejercer su sexualidad, especialmente en una sociedad que considera negativa la actividad sexual en las mujeres.
4. La sexualidad termina con la menopausia.	4. No es cierto, muchas mujeres pueden sentirse liberadas del riesgo del embarazo y ejercer su sexualidad con menos temor. Más bien sí pueden presentarse algunos cambios fisiológicos como sequedad en la vagina, por lo que se recomiendan los lubricantes, que se pueden encontrar en muchas farmacias.
5. La mujer debe ser sexualmente pasiva.	5. No es cierto, esto depende de la actitud de cada mujer y de las condiciones que tenga para ejercer su sexualidad.



b) Respeto de la menstruación

Mitos	Realidad
1. Cuando la mujer menstrúa ocasiona que se marchiten las flores.	1. No es cierto. Se trata de conceptos locales que se han formado con respecto a la menstruación.
2. Las emanaciones de la menstruación ahuyentan monstruos y espíritus, arruinan las cosechas y devastan los jardines.	2. No es cierto. Se trata de conceptos locales que se han formado con respecto a la menstruación.
3. Una mujer que menstrúa agria la leche y las cremas, corta la mayonesa, tiene poderes maléficos.	3. No es cierto. Se trata de conceptos locales que se han formado con respecto a la menstruación.
4. La menstruación debilita al varón, lo vuelve impotente.	4. No es cierto. Se trata de conceptos locales que se han formado con respecto a la menstruación.
5. Es un equivalente al orgasmo.	5. No es cierto, la menstruación es la eliminación del endometrio que ha alcanzado determinado desarrollo, mientras que el orgasmo está constituido por una serie de estímulos nerviosos que desencadenan la sensación de placer.
6. Da satisfacción sexual.	6. No es cierto, la necesidad del orgasmo puede tenerse en cualquier momento de la vida, frente a un estímulo placentero, mientras que la menstruación es un proceso fisiológico, independiente del deseo y del control de las personas.
7. Cuando una mujer deja de tenerla la menstruación (menopausia) queda inhabilitada para el placer sexual y debe finalizar su vida erótica.	7. No es cierto, esto depende de la actitud de las mujeres hacia el sexo y de las condiciones que tengan para ejercer su sexualidad.

c) Respetto de la infertilidad

Mitos	Realidad
1. El uso de anticonceptivos puede provocar infertilidad.	1. No hay evidencias que demuestren esta afirmación. Sí está probado que con el uso de algunos métodos anticonceptivos de depósito, como las inyecciones, puede demorar un determinado periodo de tiempo el retorno de la fecundidad.
2. Algunos alimentos pueden ser beneficiosos para lograr el embarazo..	2. Una dieta completa y balanceada contribuye a un mejor funcionamiento del cuerpo y de los procesos reproductivos, pero difícilmente la incorporación de un determinado producto, puede garantizar el incremento de la fecundidad.
3. La infertilidad se hereda.	3. Esto no está demostrado, a no ser que la infertilidad esté condicionada por alguna enfermedad hereditaria, lo cual, es absolutamente distinto a considerar que la infertilidad es hereditaria.
4. Las mujeres de avanzada edad no pueden quedar embarazadas.	4. La capacidad reproductiva de las mujeres dura un determinado tiempo, sin embargo, alrededor de la menopausia algunas mujeres pueden embarazarse, aun cuando la menstruación sea infrecuente.



d) Respetto del VIH- sida

Mitos	Realidad
1. No tengo que preocuparme por el VIH: Estoy casada.	1. Lamentablemente, la monogamia de la mujer no le impide contraer el VIH, si es que su pareja porta el virus. La única manera de prevenir la transmisión es que tanto el hombre como la mujer no tengan relaciones sexuales con otras personas.
2. No tengo que preocuparme por este asunto: mi novio me quiere y yo confío en él.	2. No me haría algo así. En la mayoría de los casos, la transmisión ocurre entre personas que no conocen su diagnóstico.
3. No puedo ser seropositiva: me siento bien y saludable.	3. Muchas personas que viven con VIH, pero que no tienen la enfermedad (sida), por lo general, no tienen ningún síntoma.
4. Solo las prostitutas y los homosexuales tienen el VIH. Como yo no soy ninguna de las dos cosas no puedo tenerlo.	4. Aunque la prevalencia de la enfermedad es mayor en hombres que tienen sexo con hombres y en especial en las personas trans y en las trabajadoras sexuales, todas las mujeres que tienen relaciones con una persona seropositiva tienen probabilidades de contraer el virus.
5. Solo personas provenientes de otros países tienen VIH: yo cuido mucho con quién tengo relaciones sexuales.	5. Es muy difícil conocer a simple vista si una persona vive o no con el virus, y hay personas que pueden tener el virus dentro de su cuerpo por mucho tiempo y esto puede generar una falsa confianza.

Mitos	Realidad
<p>6. Las personas con VIH son pecadoras: todo el mundo sabe que ese es el castigo de Dios para ellas.</p> <p>7. Una vez que contraes el VIH puedes darte por vencida, porque vas a morir.</p>	<p>6. El VIH es una enfermedad, en la mayoría de los casos, de transmisión sexual. No tiene que ver con pecados, ni culpas, sino con las condiciones que tienen las personas para la prevención y con la importancia que le brindan al cuidado de su propia salud.</p> <p>7. Los antirretrovirales, medicamentos para tratar el virus han demostrado una alta efectividad en la postergación del sida, y esto permite que las personas lleguen incluso a 20 años de vida con el virus, manteniendo buenas condiciones de salud.</p>

No cabe duda que las mujeres, como los hombres modifican sus percepciones y conductas a lo largo de sus vidas y ciclos sociales. La educación y el acceso a la información son la mejor manera de fomentar el cambio. Como profesionales de la salud debemos adaptarnos a estos cambios considerando que tanto el hombre como la mujer son seres que combinan emociones y razones, muchas veces bajo la influencia de sus propios términos y patrones culturales, para decidir en asuntos personales e influenciar sobre su entorno. Nunca dejemos de evaluar, medir y conocer a las usuarias y usuarios y al contexto en que se desenvuelven.

IV. LO QUE DICEN LAS EVIDENCIAS RESPECTO DE ALGUNOS TEMAS CLAVES SOBRE ANTICONCEPCION: ACLARANDO MITOS

4.1.- ANTICONCEPCIÓN E INFERTILIDAD

La infertilidad, definida (9)(10) como la incapacidad para procrear o llevar a término una gestación por un periodo mínimo de un año con relaciones sexuales regulares y sin empleo de métodos anticonceptivos, puede ser primaria, sin gestación previa comprobada, y secundaria, cuando ha habido gestación previa. La infertilidad en el mundo actual es un fenómeno generalizado que afecta a hombres y mujeres por igual. Las tasas de infertilidad difieren notablemente de una región a otra en el mundo, incluso varían entre países, y en algunos casos llega a alcanzar cifras considerables (10).

Entre las causas principales de infertilidad la OMS reporta el factor tubario, incluida la endometriosis en el 42% de los casos y los trastornos ovulatorios en el 33%, encontrándose distribución similar en Asia, América Latina y el Medio Oriente (11).

La investigadora Roa plantea determinantes directos, indirectos e intermedios de la fecundidad, que intentan explicar las posibles causas de la aparición de la infertilidad (10).

Indirectos	Intermedios	Directos
<p>Servicios de salud sexual y reproductiva poco accesibles a la población joven.</p> <p>Estrés.</p> <p>Maternidad postergada.</p> <p>Libertad sexual.</p> <p>Cáncer.</p> <p>Contaminación ambiental.</p>	<p>Descuido de la salud sexual y reproductiva.</p> <p>Factores del estilo de vida.</p> <p>Comportamientos sexuales de riesgo.</p> <p>Falta de conocimiento de la edad adecuada para gestar.</p> <p>El aborto.</p> <p>Falta de información de las secuelas del cáncer u otras enfermedades sobre la fertilidad.</p> <p>Poco interés de las autoridades respecto a la contaminación ambiental.</p>	<p>Factores femeninos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disfunción ovulatoria • Problemas anatómicos • Endometriosis • Defectos congénitos • Problemas inmunológicos. <p>Factores masculinos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de producción de esperma o producción deficiente, función anormal del esperma, desórdenes hormonales, defectos congénitos.

Fuente: Roa, Ysis. Determinantes de la infertilidad.

La infertilidad es un problema devastador para las mujeres de muchas culturas del mundo. En la zona rural, generalmente la comunidad estigmatiza a la mujer que no puede concebir.

La doctora Priscilla Ulin, consultora de FHI, afirma que en algunas culturas la mujer logra la condición plena de adulta solo cuando es madre. Los resultados del WSP indican claramente que en gran parte del mundo, las mujeres tienen un fuerte deseo de comprobar su fertilidad y proteger su capacidad de tener hijos (12).

4.2 MÉTODOS HORMONALES Y LA INFERTILIDAD

Los anticonceptivos hormonales se encuentran entre los más eficaces disponibles, pero la preocupación acerca de su efecto en la fertilidad puede hacer que algunas mujeres no lo usen. Incluso algunos proveedores temen erróneamente que los métodos hormonales como el acetato de medroxiprogesterona de depósito, puedan causar infertilidad.

Esta preocupación se basa en que estos métodos hormonales pueden causar perturbaciones del sangrado menstrual. Los proveedores deben calmar a las usuarias haciéndoles saber que esos son efectos secundarios previsibles y normales, y que ni su salud ni su fertilidad correrán peligro (13).

Algunos estudios han revelado que la fertilidad regresa rápidamente después de dejar de usar métodos hormonales. Las excepciones son las inyecciones solo de progestina, así como de medroxiprogesterona y enantato de noretisterona. El regreso de la fertilidad puede tardar entre seis y diez meses a partir de la fecha de la última inyección, pero no sufre daño permanente. En un estudio llevado a cabo en 1997, y en el que participaron 70 brasileñas, chilenas, colombianas y peruanas que usaban la inyección combinada mensual Cyclofem, se observó que la fertilidad había vuelto al mes de haber dejado de usar el método y que más de la mitad de las mujeres habían quedado embarazadas seis meses después de usar el método (14).

La ovulación también regresa poco después de dejar de usar los anticonceptivos orales. Los estudios revelan que el retorno es más rápido con las píldoras de dosis bajas y que puede ser igualmente rápido si la usuaria deja de usar las píldoras o si se olvida de tomarlas. Se dice (15) que las mujeres que no habían tomado una o más píldoras por ciclo tenían casi tres veces más probabilidades de tener un embarazo que aquellas que tomaron las píldoras sistemáticamente.

4.3 EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) Y LA FERTILIDAD

El DIU es un anticonceptivo reversible sumamente eficaz. Sin embargo, la última encuesta ENDES 2009 revela que su uso ha disminuido notablemente (16). Temores erróneos que lo asocian con problemas de salud como la infertilidad hacen que las mujeres no adopten este método, o que dejen de usarlo.

Algunas usuarias, e incluso proveedores de salud, asocian erróneamente el DIU con enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y la infertilidad posterior. Pero el DIU de cobre por sí mismo no plantea ningún riesgo considerable para la fertilidad de la mujer. Lo que puede ocurrir es que durante el procedimiento de inserción se movilicen bacterias que se encuentran en el tracto reproductivo, que son las causantes de la EPI y eventualmente de infertilidad asociada a esta condición.

Por esta razón, durante la consejería los proveedores deben determinar si las mujeres tienen infecciones cervicouterinas o si presentan alto riesgo de contraer una ITS. Los criterios médicos de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el uso seguro de anticonceptivos establecen que la presencia de una ITS en el momento en que se considera la inserción del DIU es una contraindicación su uso, como lo es toda infección pélvica anterior o ITS que no ha estado curada como mínimo en los tres meses anteriores (17).

Diferentes estudios revelan que las tasas de EPI clínica son muy bajas entre las usuarias del DIU. La OMS reportó que en 23,000 inserciones del DIU se encontró una tasa de EPI inmediata posterior de 9,7 por 1000 años-mujer. Después, por un máximo de 8 años más tarde, el riesgo de EPI entre las usuarias de DIU fue de 1,4 casos por 1000 mujeres por año. El riesgo de usuarias del DIU de desarrollar una EPI parece

aumentar solo en las tres o cuatro primeras semanas posteriores a la inserción. Después de este tiempo el riesgo es similar a las no usuarias del dispositivo (18).

Grimes (2000) señala que la EPI en una usuaria del DIU es causada por infecciones de transmisión sexual con los microorganismos de *chlamydia trachomatis* o gonococo, no por el propio DIU. En un estudio que analiza las relaciones entre la infertilidad, el uso del DIU, y las bacterias de transmisión sexual, el riesgo de infertilidad por daño tubárico *no* estaba asociado con el uso previo del DIU, sino a la exposición anterior a la *Chlamydia trachomatis* (Hubacher y col, 2001) (19) (20).

Aun entre las mujeres que han confirmado las ITS en el momento de la inserción del DIU las perspectivas de contraer una EPI son bajas. Un análisis reciente de estudios publicados comparó el riesgo de EPI en dos grupos de usuarias: aquellas con ITS en el momento de la inserción y las que no tenían ITS. El riesgo absoluto de EPI fue bajo para ambos grupos (0-5% para aquellas con ITS y 0-2 % para las que no tenían ITS (Mohllajee y col, 2006) (21).

Otro de los temores comunes relacionados con la fertilidad es la creencia de que el DIU podría incrustarse en el útero. Aunque esto es posible, rara vez ocurre. Al respecto el doctor Grimes manifestó que la leve malla de tejido en el recubrimiento de la superficie de la inserción, desaparece al extraerse el DIU y no tiene efecto posterior en la fertilidad (22).

Los proveedores capacitados en la remoción y extracción del DIU enfrentan esta situación con eficacia, sin necesidad de alarmar a la usuaria.

4.4 EL CONDÓN Y LA FERTILIDAD

Se sabe que el condón usado sistemática y correctamente, es eficaz. También protege contra la infección por VIH, gonorrea y otras ITS que pueden causar infertilidad.

Las probabilidades que tienen las mujeres de contraer gonorrea o sífilis de un compañero infectado son de aproximadamente 50% en cada acto sexual sin protección (23).

Por lo mencionado, se afirma que el condón preserva la fertilidad en mujeres y hombres con riesgo a ITS.

4.5 ANTICONCEPCIÓN Y EDAD

a) Anticoncepción en la adolescencia

La adolescencia es un periodo de la vida del ser humano donde los estilos de vida pueden ser impredecibles y giran alrededor de temas como la afirmación de su independencia, comodidad y aceptación por parte de su grupo. Los estilos de vida de las y los adolescentes los pueden exponer a embarazos no deseados y a contraer ITS.



La abstinencia total o periódica de relaciones sexuales ofrece a las y los adolescentes varias ventajas, en tanto son vulnerables al embarazo no planificado y a contraer ITS. Sin embargo, en países como el nuestro existen barreras para el acceso de esta población a servicios de salud sexual y reproductiva y, por consiguiente, a la obtención de métodos anticonceptivos (24).

Sin embargo, en la práctica, la abstinencia de relaciones sexuales tiende a ser menos eficaz que muchos métodos anticonceptivos, porque requiere conocimiento de la fisiología del ciclo menstrual y de fuerte motivación, autocontrol y compromiso.

En la actualidad los proveedores de salud tienen aún dudas acerca de promover la abstinencia, o de informar sobre los anticonceptivos modernos. La interrogante es cómo hacerlo.

Muchos respaldan una estrategia integral, es decir, promover la abstinencia e informar sobre los anticonceptivos en aquellos que tienen vida sexual activa. Otros apoyan solamente la promoción de la abstinencia, porque creen que enseñar a los jóvenes la abstinencia periódica y el uso del condón o de otros anticonceptivos es un mensaje contradictorio, que los anima a tener vida sexual temprana (24).

Un análisis del efecto de la educación sexual integral en el comportamiento sexual de jóvenes en Estados Unidos concluyó que la educación sexual integral no conduce a una mayor actividad sexual en los adolescentes, por el contrario, se encontró que este programa aumentó la edad de inicio de la vida sexual, redujo la frecuencia de relaciones sexuales y convenció a los jóvenes para que tuvieran menos parejas sexuales (25).

El Centro de Investigaciones de la Mujer (Washington) sugirió que los programas para adolescentes deben adaptarse a sus necesidades, distinguiendo tres situaciones diferentes: los que todavía no tienen actividad sexual, los que tienen vida sexual activa y no han sufrido consecuencias perjudiciales para su salud a causa de su actividad sexual; y los que han tenido experiencias sexuales con consecuencias perjudiciales para su salud, como complicaciones a causa de aborto o ITS (25).

La OMS establece que la edad por sí sola no constituye una razón médica para negarle un anticonceptivo a un adolescente (17).

La adolescencia es un periodo en el que se desarrollan rápidamente la densidad y la longitud ósea y al respecto se han planteado inquietudes teóricas en cuanto a la asociación del uso de inyecciones y/o anticonceptivos orales de sólo progestina con la disminución de la densidad ósea, que se debería a la reducción de concentraciones de estrógeno, el cual es necesario para el desarrollo y mantenimiento de huesos fuertes. Los estudios no son concluyentes, pero se conoce que este efecto es reversible cuando se deja de usar este anticonceptivo (26) (27).

Los efectos secundarios tales como las sangrados en manchas e irregulares, el acné y el incremento de peso pueden ser particularmente preocupantes y molestos para las adolescentes.

Los consejeros de planificación familiar deberán conocer estos aspectos y seguir las recomendaciones de la OMS respecto al uso de anticonceptivos hormonales en la adolescencia, que se pueden prescribir dos años después de la menarquia (17).

En lo que respecta al DIU en esta etapa de la vida, se seguirán los mismos cuidados y exigencias que en usuarias adultas. El dispositivo puede ser insertado en nulíparas, siempre que estas adolescentes no tengan riesgo alto de contraer una ITS (17).

b) Anticoncepción en la perimenopausia

La fertilidad de la mujer disminuye gradualmente desde la menarquia hasta la menopausia.

Después de los 35 años, el ovario disminuye en tamaño y en peso, ya que tiene menos folículos primordiales y más folículos atrésicos. Esto se asocia con un incremento en los niveles circulantes de FSH y una disminución de la concentración de estradiol y progesterona, mientras que la LH no cambia aún de manera significativa. Estos cambios se presentan con frecuencia en ciclos ovulatorios (5).

Si tenemos en cuenta que la mayoría de las mujeres entre los 40 y 50 años tienen vida sexual activa, sin la disminución de la libido (55%), con una frecuencia coital de 2 veces por semana (64%), respuesta orgásmica (94%), y que el 95% de mujeres con ciclos regulares ovulan y el 34% de las que tienen oligomenorreas, en quienes se ha documentado incremento de la hormona FSH, también ovulan, se recomienda que quienes pertenecen a este grupo usen anticoncepción hasta un año después de haber tenido el cese definitivo de la menstruación, ante la posibilidad de un embarazo (14).

De otro lado, el embarazo en este periodo tiene riesgos potenciales, como mayor morbilidad materna, anomalías fetales, tasas elevadas de abortos y mortalidad perinatal (14).

El uso de anticonceptivos después de los 35 años tiene riesgos y beneficios especiales, siendo muy importante que el proveedor junto con la usuaria, hagan un balance entre estos dos aspectos para la mejor selección de un anticonceptivo. La mujer presenta antes de la menopausia síntomas y problemas de salud que deben ser atendidos simultáneamente con la administración de anticonceptivos (24).

Desde que se comercializan los anticonceptivos hormonales orales de bajas dosis, se despejó el riesgo asociado al uso de éstos con enfermedad cardiovascular. Las evidencias solo han demostrado que el riesgo se mantiene en mujeres mayores de 35 años y en fumadoras (17).

Es importante referir que muchas mujeres inician terapia de remplazo hormonal, pero este tratamiento no da una protección contraceptiva, solo mejora la sintomatología del climaterio.

Son numerosos los beneficios no contraceptivos de los anticonceptivos orales, así por ejemplo, se ha encontrado que usados en mujeres por encima de 40 años disminuyen el riesgo de fractura y regularizan la menstruación. Además, su uso a largo plazo reduce el riesgo de cáncer de ovario y endometrio (14).

En un estudio multicéntrico randomizado (14) doble ciego controlado, usando placebo, se evaluaron 201 mujeres con metrorragias, menometrorragias, oligomenorreas o polimenorreas, a quienes se les dio de manera randomizada anticonceptivos orales trifásicos (norgestimato/35 ug etinil estradiol) o placebo por 3 ciclos, observándose una notable mejoría en el sangrado. Estas evidencias han demostrado que en el tratamiento de la hemorragia uterina disfuncional, (frecuente en este grupo etáreo) los anticonceptivos orales representan una alternativa terapéutica de primera línea.



Se ha reportado que los anticonceptivos trifásicos producen un aumento de las lipoproteínas de alta densidad (HDL fracción 2) y de apoproteínas A-1, y que igualmente reduce los síntomas vasomotores, mejorando la calidad de vida de este grupo de mujeres (14).

En base a estas evidencias se debe considerar que la mujer perimenopáusica puede usar los anticonceptivos hormonales orales. Para la suspensión de éstos se deberá considerar hasta un año después de diagnosticada la menopausia; dos años después de su última menstruación con anticoncepción no hormonal, y por último, cuando se observan desniveles de FSH con intervalo mínimo de 3 meses, o si el nivel hormonal persiste alto, pueden suspenderse los anticonceptivos hormonales (14).

En cuanto a los anticonceptivos de sólo progestágenos, no se ha demostrado que su uso implique riesgo de hipoestrogenismo, ni de osteoporosis. Sin embargo, tienen menos efectos sobre los síntomas del climaterio.

Con el implante de levonorgestrel puede presentarse un crecimiento folicular excesivo, cuya naturaleza es eminentemente funcional, lo cual debe tenerse en cuenta para evitar una intervención quirúrgica innecesaria.

Las mujeres perimenopáusicas para quienes el estrógeno está contraindicado, como las que fuman y las que tienen factores de riesgo cardiovasculares, pueden usar sin peligro anticonceptivos de solo progestágenos. Sin embargo, las características de sangrado imprevisible asociado con estos métodos pueden ser intolerables por algunas mujeres (27).

El dispositivo intrauterino es un anticonceptivo de largo plazo. Se puede prolongar su uso más allá de la menopausia, tanto en el caso de los liberadores de cobre como en el de los que liberan levonorgestrel (17).

Un estudio realizado en 306 mujeres con inserción de DIU después de los 35 años reveló que al 25.4% de las usuarias de T de cobre se les tuvo que retirar el dispositivo por sangrado vaginal, lo cual ocurrió solo en el 9% de los DIU con levonorgestrel (28).

En cuanto al uso de espermicidas en esta etapa de la vida, pueden ayudar en casos de resequedad vaginal. Su baja eficacia podría ser contrarrestada por la disminución de la fecundidad (24).

El uso del condón puede representar dificultad en el varón por los problemas de erección, los cuales son frecuentes en hombres mayores de 45 años (29).

Los métodos naturales son menos seguros debido a las irregularidades en las menstruaciones, a la anovulación y a la falta de moco cervical, pero mujeres perimenopáusicas con experiencia previa podrían usarlo con un asesoramiento adecuado (24).

En conclusión, los métodos anticonceptivos en esta etapa de vida dependerán de las características y necesidades de las parejas y de la eficacia y beneficios adicionales que ofrezcan estos métodos.

4.6 ANTICONCEPCIÓN Y EL PATRÓN DE SANGRADO MENSTRUAL

Todos los anticonceptivos modernos: DIU, píldoras, inyecciones e implantes hormonales, afectan el patrón de sangrado menstrual, en lo que se refiere al número de días de sangrado/mancha, el número de períodos de sangrado/manchas, o a una combinación de ambos (15) (18) (26).

Debido a la asociación directa que existe entre los patrones de sangrado vaginal y las razones por las que se interrumpe el uso de un anticonceptivo, y el surgimiento de mitos al respecto, es importante tener una comprensión amplia de los tipos de cambios que se producen en el sangrado, para aconsejar en forma adecuada a las usuarias.

Existen 5 tipos de cambios clínicamente importantes en el sangrado reportado por las mujeres usuarias de anticonceptivos: amenorrea, sangrado infrecuente, sangrado frecuente, sangrado irregular y sangrado prolongado (14).

4.7 ANTICONCEPTIVOS HORMONALES Y PATRÓN DE SANGRADO MENSTRUAL

Los anticonceptivos hormonales combinados tienen un mecanismo de acción sobre el ovario, causando que no se produzca la ovulación por la alteración de la secreción normal de gonadotropinas. El componente progestacional suprime la secreción de LH y el estrogénico inhibe la FSH. Aunque existe desarrollo folicular no se produce el pico de LH capaz de desencadenar la ovulación (15) (17) (26) (27).

En el caso de los anticonceptivos hormonales de solo progestágenos, su principal mecanismo de acción es sobre el moco cervical, produciendo la alteración de la calidad y cantidad del mismo y creando un medio hostil para el ascenso de los espermatozoides. El efecto anovulatorio solo se ve en el 60% de mujeres que lo utilizan.

Lo cierto es que en ambos anticonceptivos (combinados y de sólo progestágeno) también se producen cambios a nivel del endometrio, en la motilidad de las trompas y a nivel del moco cervical. Con estos métodos es frecuente la reducción del sangrado menstrual y las usuarias tienen ciclos regulares (14).

En la actualidad se dispone de anticonceptivos hormonales combinados de bajas dosis, que según los estudios reportan menos efectos colaterales. Sin embargo, una desventaja posible al disminuir la dosis de estrógenos es la pérdida del control del ciclo menstrual, reportándose trastornos de manchado y sangrado persistente durante los primeros ciclos de uso. Las investigaciones también demuestran que el cambio del tipo de progestina y del régimen de la dosis puede mejorar el control del ciclo (26).



Las píldoras anticonceptivas de solo progestina son levemente menos eficaces en la prevención del embarazo que las píldoras combinadas y tienen más probabilidad de causar sangrado intermenstrual (14). El uso de inyecciones de depósito de solo progestina está asociado con interrupciones del ciclo menstrual, incluso amenorrea, menstruaciones prolongadas, manchado entre periodos y sangrado abundante. El efecto colateral más común es la amenorrea, y su ocurrencia aumenta con la duración del uso: afecta a alrededor de 50% de las usuarias del acetato de medroxiprogesterona (DMPA) al final del primer año de uso, y al 80% al final de 5 años (14).

Teniendo en cuenta que la amenorrea es uno de los efectos esperados, y constituye una preocupación por parte de las usuarias que desean conservar su fertilidad, es necesario indicar que ésta no queda perjudicada permanentemente; después de su discontinuación el retorno de la fertilidad puede demorar. El tiempo promedio entre la última inyección de DMPA y la concepción es de aproximadamente 9 meses; más del 80% de las mujeres quedan embarazadas dentro de un año después de discontinuarla y 90% dentro de los dos años.

De otro lado, ensayos clínicos sobre las inyecciones hormonales combinadas reportan como efecto colateral sangrado irregular, abundante o prolongado, sin embargo, son menos comunes que en el caso de las inyecciones de solo progestina. Asimismo, el retorno de la fertilidad es notablemente más rápido, así, más del 50% de las mujeres quedan embarazadas dentro de los 6 meses después de suprimir las inyecciones combinadas y 80% dentro de un año (14).

4.8 DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS Y PATRÓN DE SANGRADO

El DIU de cobre impide la fecundación, principalmente al interferir con la capacidad de los espermatozoides de sobrevivir y subir por las trompas de Falopio, donde ocurriría la fecundación (18) (20).

Un efecto colateral esperado en usuarias de DIU es el incremento del sangrado menstrual, que no pone en riesgo la salud de las mujeres, así como los cólicos menstruales. (17)

El sangrado intermenstrual y el cólico son las quejas más comunes durante los primeros meses de uso del dispositivo. Un estudio realizado por FHI en Tailandia observó que durante los primeros 12 meses de uso, el sangrado intermenstrual y los periodos dolorosos eran los efectos secundarios que más notificaron las usuarias del DIU (20).

Cuando hay un cuerpo extraño en el útero, el endometrio reacciona liberando glóbulos blancos, enzimas y prostaglandinas, estas últimas serían las responsables de los cólicos menstruales y del sangrado aumentado o intermenstrual que es frecuente en estas usuarias (22).

Los proveedores pueden ayudar a estas mujeres a manejar los efectos secundarios recetándoles medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, como el ibuprofeno, hasta que el sangrado cese, o hasta que el dolor se controle (27).

Se sabe que el DIU de levonorgestrel no solo es un anticonceptivo eficaz, sino que está demostrado que ofrece varios beneficios, entre los que figuran una disminución considerable del dolor y de la pérdida de sangre durante la menstruación (30).

El levonorgestrel también tiene efectos en el endometrio, manteniéndolo delgado; puesto que se suprime su desarrollo, las usuarias pueden experimentar una reducción del sangrado. En un principio, el dispositivo tiende a aumentar el número de días de sangrado o manchado, pero después de unos meses disminuye tanto la cantidad como la duración del mismo. Después de un año, muchas mujeres experimentan poco o ningún sangrado (amenorrea) (26).

Algunas mujeres consideran que la amenorrea relacionada al DIU de progestina constituye una ventaja, sin embargo, para otras esto no es tolerable. Un estudio multicéntrico realizado por la OMS determinó que la tasa de extracción debida al dolor o al sangrado fue de 17% para el DIU de progestina y de 11% para el DIU de cobre. Mientras la deserción por causa de amenorrea fue de 27% con el DIU de progestina, frente al 0,2% con el DIU de cobre (18) (20).

Un asesoramiento sobre estos aspectos puede incrementar la tasa de continuidad del método, siendo mensajes claves que el sangrado menstrual no desempeña ninguna función útil y que la amenorrea no es un signo de enfermedad.

4.9 ANTICONCEPTIVOS Y CÁNCER

El cáncer es un problema de salud que puede afectar a hombres y mujeres de todas las edades, incluso a fetos. Causa el 13% de todas las muertes. De acuerdo con la Sociedad Americana del Cáncer 7,6 millones de personas murieron de cáncer en el mundo durante 2007.

Se sabe que en pacientes con cáncer existen anormalidades en el material genético de las células, y que estas anormalidades pueden ser provocadas por agentes carcinógenos como la radiación, productos químicos o agentes infecciosos.

Estas anormalidades genéticas cancerígenas son heredadas o adquiridas durante la replicación normal del ADN, por consiguiente, se presentan en todas las células desde el nacimiento.

Existen complejas interacciones entre el material genético y los carcinógenos, lo que explica por qué algunos individuos desarrollan cáncer después de estar expuestos a carcinógenos y otros no.

El cáncer ginecológico es un problema de salud pública. A pesar de los múltiples esfuerzos encaminados a disminuir la mortalidad por cáncer en todo el mundo, las cifras tanto de incidencia como de muertes por cáncer de origen ginecológico continúan encabezando las listas.

Así tenemos, que a inicios del siglo XXI, el cáncer de cuello uterino ocupa el segundo lugar en incidencia en el mundo, siendo el más frecuente en las mujeres de países en desarrollo. Las tasas más altas se han encontrado en el África Subsahariana, Asia del Sur, el Caribe y América Latina (31).



En la región de América Latina y el Caribe se pronosticaron 92,136 casos y 37,640 defunciones, con incidencias muy altas como la de Haití con 93 casos nuevos por 100,000, Bolivia con 59 por 100,000 y Ecuador 44 por 100,000 habitantes. En el Perú la incidencia se calcula en 40 por 100,000, ocupando el primer lugar a nivel nacional con una tasa de mortalidad de 15.8 por 100,000 habitantes (31).

Zur Hausen identificó el ADN del PVH en cáncer de cuello uterino, iniciándose una serie de estudios que buscaban establecer la relación entre ambos. La asociación quedó establecida en el año 80. Hoy en día se sabe que el cáncer de cuello uterino tiene factores de riesgo relacionados a la salud sexual. Así tenemos: infección por Papiloma Virus Humano (PVH), inicio de relaciones coitales a edad temprana (antes de los 18 años), múltiples compañeros sexuales, pareja promiscua, cervicitis crónica, infección por HIV y otras infecciones de transmisión sexual; tabaquismo, bajo nivel socio económico, pobreza y extrema pobreza, entre otros (31).

En cuanto al cáncer de mama, según el registro de cáncer en Lima Metropolitana 1994 – 1997, ocupa el primer lugar en incidencia y también en mortalidad. De acuerdo a la información del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, que representa el registro hospitalario, la neoplasia maligna más común en mujeres es el cáncer de cuello uterino, luego de la cual se ubica el cáncer de mama (32).

A igual que el cáncer de cuello uterino, la historia natural del cáncer de mama evidencia que sigue un largo proceso para llegar a ser invasor.

Los factores de riesgo se pueden resumir como sigue (32):

Factores de riesgo mayores: mujeres de edad mayor de 40 años, cáncer en la otra mama, antecedente familiar directo de cáncer mamario.

Factores de riesgo menores: obesidad definida como el índice de masa corporal igual o mayor a 25, raza (es más frecuente en mujeres de raza blanca), menarquia temprana (antes de los 12 años), menopausia tardía (mayor de los 50 años), exposición a radiaciones (después de los 10 años y antes de los 20), sedentarismo, consumo de alcohol, tabaquismo, alto consumo de grasas y calorías, uso prolongado de anticonceptivos hormonales en la perimenopausia, uso prolongado de hormonas de reemplazo en la postmenopausia, no haber dado de lactar, nuliparidad, edad al primer embarazo después de los 30 años (14) (32).

Debido al temor entre las usuarias de planificación familiar por la posible asociación de los anticonceptivos con el cáncer, es necesario explicar el comportamiento de los mismos, puntualizando la real dimensión de los riesgos y las precauciones en su uso.

4.10 ANTICONCEPTIVOS HORMONALES Y CÁNCER

Se suele considerar que el uso continuado de anticonceptivos hormonales que contienen estrógeno es un factor que predispone al cáncer. Algunas investigaciones pretenden dar explicación a esta relación al asociar los anticonceptivos hormonales con la adquisición de las ITS, y relacionar a éstas con el cáncer ginecológico. Tal relación es posible por razones biológicas y conductuales.

Los mecanismos biológicos posibles incluyen: mayor ectopia cervicouterina, condición en la cual el recubrimiento que generalmente se encuentra dentro del canal cervicouterino se extiende sobre la superficie exterior del cuello uterino, donde la exposición a agentes patógenos de transmisión sexual como el PVH es mayor (33).

Otro mecanismo biológico es la presentación de cambios en el sistema inmunitario, relacionados con el uso de esteroides. Igualmente, la influencia directa de las hormonas sexuales en la virulencia de agentes patógenos, que hace aumentar la susceptibilidad a la infección (34).

Asimismo, el efecto hipoestrogénico relacionado con el uso del DMPA, que puede producir cambios en la flora microbiana vaginal o en el epitelio vaginal (35).

En lo concerniente a factores conductuales, las mujeres que eligen diversos métodos anticonceptivos pueden diferenciarse en cuanto a los riesgos sexuales a los que se exponen. Su comportamiento de exposición a riesgos sexuales también puede cambiar después de empezar a usar anticonceptivos. Estos aspectos deben tomarse en cuenta durante la consejería en planificación familiar.

De las evidencias publicadas se desprende que las usuarias actuales o recientes de anticonceptivos orales combinados (AOC) por tiempo prolongado tienen un riesgo levemente mayor de cáncer cervicouterino invasor, especialmente de tipo adenocarcinoma (14).

Un estudio del Royal College of General Practitioners (RCOGP) sobre anticoncepción oral en el Reino Unido mostró una asociación entre cáncer cérvico-uterino invasor y uso de AOC por tiempo prolongado. Así, 11 casos por 25000 años –mujer se encontraron entre las usuarias de más de 10 años de uso, mientras que 16 casos por 160000 años –mujer se encontraron en el grupo de las no usuarias (RR 4,8) (14).

Sin embargo, otros estudios de cohortes no demuestran ninguna relación y se considera que los resultados pueden estar afectados por posibles fuentes de sesgo, entre ellos factores sexuales, hábito de fumar y la presencia de PVH (14).

Por lo tanto, hasta hoy se sabe que el cáncer de cuello uterino está asociado más con la adquisición de una ITS y con otros factores conductuales.



En un metanálisis publicado en Cochrane (36) donde se analizaron 30 estudios para evaluar el efecto de las intervenciones en salud sobre el comportamiento sexual de alto riesgo, se concluye que las intervenciones educativas pueden promover una reducción en el comportamiento sexual de riesgo a corto plazo, lo cual se podría ver reflejado en la incidencia de cáncer de cuello uterino.

Si se demuestra más concluyentemente que un método anticonceptivo dado hace aumentar el riesgo de adquirir una ITS, las estrategias de asesoramiento deben hacer que las mujeres comprendan dicha relación y animar a aquellas usuarias que corren riesgo de infección a usar anticonceptivos sumamente eficaces junto con condones, o a cambiar estilos de vida, para ayudar a prevenir la ITS. Lo que no debe hacerse es causar una inquietud inmotivada, que pueda reforzar o dar lugar a mitos, con el consiguiente abandono de los anticonceptivos o el rechazo a los mismos.

Los riesgos y beneficios asociados con el uso de cualquier método anticonceptivo deben ser evaluados cuidadosamente por los proveedores y los usuarios.

Con respecto al cáncer de mama, los estudios epidemiológicos han entregado evidencias suficientes para afirmar que los anticonceptivos hormonales no causan esta dolencia.

El grupo colaborativo en factores hormonales y cáncer de seno, reporta datos de 54 estudios en 26 países con los siguientes resultados (37):

- Usuarias actuales y aquellas que han usado AOC en los últimos 10 años, tienen un incremento en el riesgo de ser diagnosticadas con cáncer de seno RR, para usuarias actuales = 1.24 99% IC, 1.20 -1.28
- Después de 10 o más años de haber dejado los AOC, no existe un riesgo significativo de ser diagnosticada cáncer de seno RR=1.0 99% IC, 0.91 -1.07

Asimismo, mujeres que habían usado inyecciones de progestágeno solo en el pasado, pero que dejaron de usarlas más de 10 años atrás, no corren un riesgo mayor de cáncer de mama. No obstante, al parecer las usuarias actuales y recientes corren un riesgo ligeramente más alto (37).

Lo mismo que en el caso de los AOC, es improbable que los progestágenos causen cáncer. La explicación está en que puede haber una mejor detección de tumores de la mama, o una aceleración del crecimiento de tumores pre-existentes.

Por otro lado las evidencias demuestran que las mujeres con patología benigna del seno pueden utilizar AOC sin temor a incremento del riesgo de cáncer mamario (38).

Si revisamos las evidencias disponibles sobre anticoncepción hormonal y otros tipos de cáncer ginecológico, vemos numerosos estudios que demuestran un considerable beneficio de los AOC en la reducción del riesgo de cáncer de ovario y de endometrio. La protección para ambos tipos se inicia desde el primer año de uso, se incrementa con la duración del uso y persiste por 15 a 20 años posteriores a la suspensión de la píldora (14).

El cáncer de ovario es el más agresivo dentro del campo ginecológico, sus tasas de supervivencia a 5 años se sitúan por debajo del 50%. Al momento del diagnóstico solo una cuarta parte de este tipo de cáncer está localizado. La mayoría son de tipo germinal (45%), seguido por los epiteliales (37.5%) y los estromales (10%) y es clara su influencia hereditaria: las portadoras de la mutación genética BRCA 1 y BRCA 2 tienen un incremento de riesgo de sufrir cáncer de ovario en 45% y 25% respectivamente (39).

El efecto beneficioso de los AOC en la reducción del riesgo de cáncer anteriormente mencionado, lleva a considerar su uso como quimioprotección para cáncer del ovario en mujeres con riesgo incrementado basados en historia familiar o mutaciones genéticas. En 22 investigaciones de usuarias previas de AOC la estimación del RR fue inferior a 1. Algunos estudios también han sugerido que este efecto protector puede verse con los nuevos preparados de bajas dosis y anticonceptivos de solo progestinas (14).

Un metanálisis que incluyó 20 estudios de casos y controles y 3 de cohortes, mostró un riesgo de cáncer de ovario 30 - 40% menor en usuarias de AOC para los estudios de casos y controles; y 60% menor para los estudios de cohortes (RR 0.4; 95% IC. 0.3 -0.8) (40).

El cáncer de endometrio es la neoplasia ginecológica que por fortuna es generalmente curable, con tasas de supervivencia a 5 años del 86% en mujeres blancas y 55% en mujeres de raza negra. Con metástasis a distancias, esta supervivencia se reduce al 27% (14).

Es conocido que los factores de riesgo incluyen obesidad, nuliparidad y exposición a estrógenos no antagonizada por progestágenos. Los AOC protegerían contra esta neoplasia por la supresión de la actividad miótica endometrial que ofrece el componente prostaglandina (14).

En un metanálisis publicado en 1997, que incluyó 10 estudios casos –controles y uno de cohortes, se observó disminución del riesgo del 50% con el consumo de AOC. Después de 4 años de ingesta, la protección fue del 56%, incrementándose al 72% al cabo de 12 años de uso. Se observó la persistencia del efecto después de la suspensión del anticonceptivo, dato importante, ya que al igual que el cáncer de ovario, la presentación del cáncer endometrial es más común en la peri y postmenopausia (41) (42).

Igualmente se demostró que el efecto protector involucraba los tres tipos histológicos más comunes de cáncer de endometrio, esto es, adenocarcinoma, adenoacantoma y adenoescamoso (14).

Sobre el cáncer de colon y recto se sabe que existen receptores de estrógeno en las células epiteliales del colon y que sirven para inhibir la proliferación celular. También se sabe que los AOC reducen la incidencia de poliposis adenomatosa del colon, una entidad premaligna (14).

Un estudio evidenció una reducción del 37% en la incidencia de cáncer de colon en las usuarias de AOC (OR 0,63: 95% IC, 0.45 – 0.87) (43).

Una explicación a este efecto benéfico serían los cambios favorables que producen los estrógenos en la síntesis y excreción de la bilis al disminuir la concentración de ácidos biliares en el colon (14).

4.11 ANTICONCEPTIVOS NO HORMONALES Y CÁNCER

Un estudio de casos y controles realizado con más de 2000 hombres de Nueva Zelanda, concluyó que la vasectomía, método anticonceptivo de más de 40 millones de parejas en el mundo, no hace aumentar el riesgo de cáncer a la próstata, incluso 25 o más años después de la operación. Se escogió Nueva Zelanda por ser el país que tiene una tasa elevada de vasectomía y exige que todos los casos nuevos de cáncer se notifiquen al Registro Nacional de Cáncer del país.

Resultados de estudios anteriores relativos a una posible asociación entre la vasectomía y cáncer de próstata no fueron homogéneos y han causado preocupación en los hombres que se habían realizado esta operación o estaban considerando hacérsela. Los resultados de este amplio estudio no encontraron asociación significativa entre vasectomía y cáncer de próstata. Todavía está por determinarse la causa principal de este tipo de cáncer (44).

Con respecto a la ligadura de trompas, se ha asociado con un riesgo menor de cáncer de ovario. Así, un metanálisis (45) estima que la ligadura de trompas reduce el riesgo de presentar este tipo de cáncer en un 40% (RR 0.6 95% IC; 0.4 – 0.9).

De otro lado, se encontró una reducción sustancial en el riesgo de cáncer de cuello uterino entre usuarias de condón (OR 0.4 -0.8 20 a 60% de reducción en el riesgo) y usuarias de diafragma (OR 0.2 -0.7) (40).

En un estudio de casos y controles (14) se demuestra una protección estadísticamente significativa para usuarias de condón de corto tiempo (OR 0.5, 95% IC 0.3 – 0.9) y de largo tiempo (OR 0.4 95% IC 0.2 – 0.9), asociándose la mayor duración en el tiempo de uso con una mayor protección contra el cáncer de cérvix. En tres de los estudios se encontró una protección para espermicidas y gel anticonceptivos tan significativa como para condones y diafragma. Sin embargo, resulta difícil probar el efecto protector independiente de los espermicidas debido a que frecuentemente son usados en conjunto con los condones (40).

La lactancia materna es una práctica que ha demostrado disminuir el cáncer de mama y cáncer de ovario. En un análisis de 12 estudios de casos y controles (45) las mujeres que habían dado de lactar alguna vez, tuvieron un riesgo 20% menor de cáncer de ovario (OR 0.8 95% IC 0.7 -1.0) que las mujeres con hijos que nunca habían dado de lactar. Cada mes de lactancia fue asociado con una reducción de un 1% en el riesgo general.

Con respecto al DIU no hay trabajos de investigación que lo vinculen con el cáncer de cérvix, por el contrario, se habla de una protección contra el cáncer de endometrio en usuarias de DIU (17).

Es un hecho que los procedimientos de control del DIU y una atención integral que contemple acciones preventivas contra el cáncer ginecológico, dan la oportunidad de detectar lesiones premalignas de cérvix. Sin embargo, para no dejar una puerta abierta a la generación de mitos y barreras, el proveedor debe informar claramente que estas acciones también se dan en usuarias de otros métodos y en las que no usan anticonceptivos. Hablar de los factores de riesgo para el cáncer de cérvix y de otros tipos de cáncer permitirá a las usuarias tener un conocimiento claro de su situación con respecto al DIU (17) (18) (20) (30).

Los DIU seguirán siendo subutilizados en muchos países hasta que los trabajadores de salud no estén capacitados en tres aspectos esenciales: la información científica más reciente respecto al dispositivo, los métodos apropiados de inserción y las buenas técnicas de asesoramiento (30).

4.12 ANTICONCEPTIVOS Y OTROS PROBLEMAS MÉDICOS

a) anticoncepción hormonal y problemas cardiovasculares

Se sabe que el efecto del Etinil Estradiol EE en las lipoproteínas implica un incremento en la lipoproteína de alta densidad (HDL), especialmente de la subfracción 2. También se ha visto el mismo efecto en las de muy baja densidad (VLDL) y secundariamente en los triglicéridos. En cuanto a las lipoproteínas de baja densidad (LDL) se ha visto una disminución de los niveles plasmáticos en las usuarias (14).

Los progestágenos tienen acciones opuestas: reducen los niveles de VLDL y HDL y aumentan los de LDL, acciones que en el caso de gestodeno y desogestrel y ciproterona son de menor impacto, dando un equilibrio lipídico más favorable (14).

En la actualidad se ha encontrado que los anticonceptivos orales combinados ayudan a prevenir la formación de la placa arterioesclerótica (14). Esto se ha comprobado al ver que la mayoría de los eventos cardiovasculares en las usuarias de anticonceptivos orales combinados son trombóticos antes que aterogénicos.

La OMS confirma que los AOC de baja dosis no causan accidentes cerebro-vasculares (ACV) entre mujeres sanas (46). Sin embargo, existen otros factores de riesgo a tener en cuenta, como el hábito de fumar, que incrementaría el riesgo para ACV hemorrágico, mas no para el accidente isquémico. El reporte dice que el odds ratio para ACV hemorrágico es 3.6 (CI 0.95 – 13.9) entre fumadoras usuarias de AOC comparado con 0.8 (IC 0.4 – 1,7) entre las no fumadoras (14).

De otro lado, datos recientes reafirman que el uso de AOC es seguro respecto al infarto cardiaco. Mujeres no fumadoras, libres de factores de riesgo cardiovascular y con tensión arterial monitorizada antes y durante la toma de anticonceptivos no tienen incremento de riesgo de infarto (47).

Con respecto a los AOC que contienen desogestrel y gestodeno, pueden llevar a un ligero incremento del riesgo de trombosis venosa profunda (TVP), pero en todo caso éste es la mitad del riesgo de TVP durante el embarazo (14).

Sobre los anticonceptivos de solo progetina, como el acetato de medroxiprogesterona, se tienen insuficientes estudios que indiquen su asociación con complicaciones cardiovasculares. La ciencia ha revelado que el DMPA y el NET-EN aumentan el colesterol lipoproteico de baja densidad (LDL-C) y disminuye los niveles de colesterol de alta densidad (HLD-C); no obstante, la magnitud de estos cambios carece de relevancia clínica (14).

Los progestágenos no producen los cambios en los factores de coagulación que en usuarias de AOC se observan, y que están asociados a accidentes cardiovasculares. Igualmente, no se ha demostrado un cambio en la presión sanguínea sistólica o diastólica en mujeres que usan DMPA (48).

b) Anticoncepción hormonal y diabetes

Estudios prospectivos han encontrado que los AOC no aumentan en la mujer el riesgo de desarrollar diabetes mellitus. El estudio del Royal College of General Practitioners (RCGP) da las siguientes cifras de riesgo relativo (RR): para usuarias actuales igual a 0.8; CI 0.5 – 1.3, aun en mujeres con 10 años de uso. Para usuarias anteriores el RR fue de 0.8; IC 0.6 – 1.1 (14).

En cuanto al riesgo para usuarias de AOC que tengan antecedentes de diabetes gestacional, el estudio de Kjos y col demostró que el tipo de diabetes gestacional tiene mayor impacto sobre la tolerancia a los carbohidratos que el uso de los anticonceptivos orales (49). Estos resultados se vieron usando anticonceptivos combinados de bajas dosis que contienen etinilestradiol y progestágeno noretindrona o levonorgestrel.

Asimismo, los estudios de Klein y Garg reportan que el uso de anticonceptivos orales combinados no entraña riesgo adicional en la mujer diabética para que desarrolle más tempranamente retinopatía o nefropatía diabética (14).

c) anticoncepción hormonal y epilepsia

Los anticonceptivos hormonales pueden ser usados por pacientes epilépticas, pero se debe tener en cuenta que ciertos anticonvulsivantes como fenitoina, fenobarbital, carbamazepina y primidona, pueden incrementar el metabolismo hepático de los esteroides sexuales y reducir su eficacia de los anticonceptivos (14) (17) (50).

d) anticoncepción hormonal y cefalea y migraña

La cefalea es uno de los síntomas más frecuentes para negar el uso de anticonceptivos hormonales. La OMS recomienda que en aquellas mujeres con serios dolores de cabeza y/o migraña con compromiso neurológico focal, se debe tener cautela en su uso. En general, en mujeres con migraña común, es decir, sin aura, el uso de anticonceptivos hormonales trae más beneficios que riesgos (14) (17).

e) anticoncepción y la condición de VIH – sida

La investigación dirigida por FHI (51) realizada entre usuarias de planificación familiar en Uganda, Zimbabue y Tailandia, no ha encontrado ninguna relación general entre el uso de las píldoras anticonceptivas orales combinadas o el acetato de medroxiprogesterona de depósito y la adquisición de VIH. Las usuarias de anticonceptivos hormonales que son VIH negativas no necesitan cambiar este método anticonceptivo por otro.

No se sabe con certeza si el uso de la anticoncepción hormonal por parte de las mujeres VIH positivas tiene efectos en la infectividad respecto a sus compañeros sexuales o en el avance de la enfermedad hacia el sida. En el grupo de usuarias seropositivas se aconsejaría que sigan usando los anticonceptivos hormonales, incorporando adicionalmente el uso de condones de manera sistemática y correcta (51).

Los condones masculinos y femeninos son los únicos métodos anticonceptivos que pueden prevenir la transmisión de las ITS incluido el VIH. El uso de condón masculino reduce la incidencia de infección por VIH entre 80 y 97%, pero solo si se usa correctamente en cada acto sexual con una pareja infectada (52). Hasta el momento ningún ensayo clínico se ha realizado para determinar si los condones femeninos protegen contra el VIH. Pero los cálculos basados en la prevención del embarazo y la capacidad de protección contra agentes patógenos, concluyen que tiene probabilidad de ser tan eficaz como el condón masculino en la reducción del riesgo de adquirir VIH (53) (54).

Actualmente la OMS eliminó la mayoría de las restricciones recomendadas acerca del uso del DIU por mujeres portadoras del virus VIH (17). Estas reservas, basadas en inquietudes teóricas acerca del mayor riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria e infectividad del VIH, se eliminaron después de que los estudios demostraron que las complicaciones del uso de DIU no son más comunes entre las usuarias del DIU infectadas por el VIH que entre las usuarias del DIU no infectadas, y que al parecer el uso del DIU no hace aumentar la infectividad del VIH (55).

Según las normas revisadas de la OMS, las mujeres infectadas por VIH en general pueden usar DIU (TCu 380-A y liberadores de progestina) (17). Las únicas excepciones tienen que ver con el uso por parte de las mujeres que han contraído el sida y que no están recibiendo medicamentos antirretrovirales (ARV) o las mujeres con sida que no están respondiendo bien al tratamiento con ARV. No se recomienda la inserción en estas pacientes porque pueden tener sistemas inmunitarios suprimidos, lo cual, las haría más vulnerables a una enfermedad pélvica inflamatoria (51).

Con respecto al uso de espermicidas, la OMS no los recomienda a las mujeres infectadas por el VIH (17). El uso frecuente de espermicidas que contienen nonoxinol - 9 (N-9) puede aumentar el riesgo de reinfección con otras cepas del VIH, porque el N-9 puede trastornar el recubrimiento de la vagina, haciéndola más vulnerable a la infección (51).

4.13 ANTICONCEPTIVOS Y SEXUALIDAD

La OMS define la salud sexual (56) como la “integración de los aspectos físicos, emocionales, intelectuales y sociales de los seres humanos en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor.” Además, la OMS afirma que son fundamentales para este concepto el derecho a la información sexual y el derecho al placer.

Las creencias y mitos en torno a la sexualidad y los anticonceptivos son barreras para la salud sexual de hombres y mujeres en todo el mundo.

Al respecto se debe indicar que los anticonceptivos hormonales, dependiendo del ciclo de vida de la mujer, pueden tener efectos sobre los órganos que intervienen en la respuesta sexual (14) (25).

Se sabe, por ejemplo, que los estrógenos incrementan la síntesis de óxido nítrico y contribuyen a incrementar el flujo sanguíneo hacia el clítoris, sin embargo, los estrógenos pueden incrementar la sensación vulvar pero no la libido (14).

Resulta difícil definir la libido. No cabe duda de que el cerebro es un órgano sexual. No solo procesa las



sensaciones táctiles, visuales u orales, sino que también enfoca el origen de estas sensaciones. El término *normalidad* es tan amplio que puede incluir todas las formas de sexualidad (14).

Dado que una de las interrogantes de las usuarias de anticonceptivos es si éstos alteran su respuesta sexual, es importante que el proveedor ayude a abordar en forma respetuosa, aspectos de la vida de las usuarias que puedan impedirles lograr una sexualidad óptima.

La pérdida del deseo sexual puede tener causas interpersonales como la atracción reducida de la pareja, la rutina sexual, disturbios situacionales y problemas de pareja. El uso de anticonceptivos podría disminuir el estrés ocasionado por la preocupación de la posibilidad de un embarazo (14) (17).

Conversar sobre estos aspectos de la sexualidad puede promover en las usuarias la adopción de un anticonceptivo basado en preferencias y por consiguiente, satisfacción y mayor gozo de las relaciones sexuales.

V. PAUTAS CULTURALES Y MITOS SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: IMPACTO Y CADENA DE EFECTOS.

En base a la teoría estructuralista, la cultura entraña mensajes que pueden ser decodificados tanto en sus contenidos como en sus reglas. El mensaje de la cultura habla de la concepción del grupo social que la crea, habla de sus relaciones internas y externas.

La relación entre mito y cultura puede abordarse desde diversas ópticas, pero se puede anticipar que la cultura debe cumplir una tarea desmitificadora. Sin embargo, tanto el mito como la cultura se hallan prisioneros de los intereses, es decir, no pueden remontar vuelo porque se encuentran demasiado ligados a las materialidades del orden social.

Todas las actividades de nuestra vida cotidiana están condicionadas culturalmente. La cultura modela nuestras conductas homogenizando comportamientos sociales.

La cultura es un constructo social, y por lo tanto también es posible que cambien los hábitos que se constituyen como pautas culturales y socialmente aceptadas.

Las creencias culturales se pueden dividir en: útiles, dañinas y ni útiles ni dañinas (23),

Existen mitos carentes de maldad que pueden ser preservados; pero cuando el mito paraliza el pensamiento crítico y el accionar de los individuos en un área de su vida, a modo de prejuicio o afirmación sin fundamento, cuando obstruye el crecimiento cultural, se convierte en elemento desventajoso para la salud.

Así, las normas socioculturales y creencias religiosas también influyen en las decisiones de salud reproductiva de la gente. En un estudio llevado a cabo en Paquistán, los investigadores concluyeron que el 76% de los maridos y el 66% de las esposas temían que Dios pueda enojarse si practicaban la planificación familiar (3).

De otro lado, los métodos anticonceptivos pueden poner en entredicho las creencias bioculturales, por ejemplo, las mujeres en algunas sociedades creen que es saludable menstruar todos los meses y por ello se oponen a los anticonceptivos que producen amenorrea (23).

Los mitos y creencias sobre planificación familiar pueden impedir que las mujeres busquen estos servicios. Muchas parejas en el mundo emplean rituales, métodos con hierbas y prácticas análogas para regular la fertilidad por razones culturales, económicas o personales. Si bien es cierto que muchas de estas creencias y prácticas son completamente ineficaces como anticonceptivos, y en algunos casos son incluso nocivas, algunos aspectos de estas creencias autóctonas pueden utilizarse para promover mejor la planificación familiar (23).

Las prácticas que no son nocivas pueden ofrecer formas innovadoras de enseñar cómo funciona el cuerpo humano e informar sobre la anticoncepción moderna. Así en algunas culturas, las joyas han representado una función importante en las relaciones sexuales, incluidas las creencias acerca de la fertilidad. Durante siglos se han usado amuletos y dijes para promover el romance y también para evitar el embarazo. Una forma innovadora que lanzó el Instituto de Salud Reproductiva de la Universidad de Georgetown, fue el uso de un collar de 28 cuentas para ayudar a las mujeres a estar al corriente de su ciclo menstrual y saber cuando existe riesgo de concebir (23).

Algunas costumbres y prácticas pueden ser peligrosas y contraproducentes y deben frenarse. Por ejemplo, la práctica de duchas vaginales con agua caliente, sal, vinagre, limón o potasio después del coito es común en África y no debe fomentarse. Este método puede introducir agentes infecciosos en el útero de la mujer y causar daño permanente, como la infertilidad.

Otra tradición negativa es comer arsénico y semillas de ricino, beber agua que se ha usado para lavar cadáveres, y empapar algodón en rama en pimienta e insertarlo en la vagina como método de barrera (57).

El coito interrumpido es un método popular en algunas regiones, sin embargo, son pocas las investigaciones al respecto que reportan altas tasas de embarazos. En la información que existe sobre el coito interrumpido se puede identificar aspectos positivos y dañinos, e intentar dar una contrapropuesta. Así, la doctora Menna Cabral de la OMS, disiente en cuanto a la importancia que los programas de planificación familiar moderna otorgan al coito interrumpido. Ella afirma que los proveedores no deben animar a los usuarios para quienes el coito interrumpido ha sido eficaz, a que cambien ese método por otro moderno (23).

Rogow destaca la comunicación que existe en una pareja que usa el coito interrumpido y considera un aspecto positivo que el hombre asuma mayor responsabilidad y respeto por la mujer. En este grupo se podría plantear el uso sistemático y eficaz del condón como propuesta para mejorar la eficacia (3).

Otra pauta cultural es la encontrada por FHI en Zimbabwe, en donde en la mayoría de las mujeres el uso de anticonceptivos por primera vez no ocurrió antes del primer nacimiento. Solo el 11% de las mujeres notificaron haber usado la planificación familiar cuando tuvieron su primera relación sexual, y el porcentaje de uso bajó al 9% cuando se casaron. Sin embargo, la proporción pasó al 58% después del primer nacimiento (58).

La necesidad de comprobar la fertilidad antes de usar un anticonceptivo es muy frecuente y se observa en varias culturas. Esto, unido a la falta de información sobre los mecanismos de acción de los métodos anticonceptivos, determina conductas y toma de decisiones en la vida de pareja (23).

De otro lado, las expectativas de lo que significa ser hombre o mujer, que forman parte de la sociabilización de la mayoría de los niños y niñas, dejan a muchos adultos mal preparados para disfrutar de su sexualidad y proteger su salud sexual. Así, el género tiene una influencia poderosa sobre el comportamiento sexual y sobre el uso de la planificación familiar (3).

En sociedades sumamente patriarcales, donde a menudo se valora la fertilidad elevada, la introducción de la planificación familiar puede causar desequilibrios de poder en las relaciones entre los hombres y mujeres. Por ello, el asesoramiento debe incluir un análisis de las relaciones de pareja, y fomentar un diálogo entre sus miembros. La comunicación de pareja se ha asociado a un mayor uso de la anticoncepción (60). En función a lo mencionado, podemos afirmar que uno de los principios a considerar es que hay mucho de positivo en todas las culturas y que el hecho de que sean diferentes a las nuestras, no necesariamente quiere decir que sean malas. Los proveedores de salud necesitan comprender bien las creencias de los demás, evaluarlas y llevar a cabo cambios significativos, cuando sea necesario.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Mutambirwa J., Utete V., Mutambirwa C., et al. Zimbabwe: The Consequences of Family Planning for Women's Quality of Life. *Draft Women's Studies Reports*, Research Triangle Park NC: Family Health International and University of Zimbabwe, 1998.
- 2 Mbitvo MT., Adamchak DJ. Family Planning knowledge, attitudes and practices of men in Zimbabwe. *Stud Fam Plann* 1991;22(1)
- 3 Network en español. La planificación familiar y la vida de las mujeres. *Family Health International*, vol. 18, n° 4, 1998.
- 4 Velasco C., De la Quintana C., Jové G., et al. *Calidad en los servicios de anticoncepción de El Alto Bolivia*. La Paz: Promujer and Family Health International, 1997.
- 5 Guyton, Hall. *Tratado de Fisiología Médica*. 10ª edición. México: Mc Graw Hill Interamericana, 2001.
- 6 Vásquez, F. Vásquez, D. Espermograma y su utilidad clínica. *Salud Uninorte*, Barranquilla, 2007; 23(2): 220-230.
- 7 Córdova, A. *Fisiología Dinámica*. Barcelona: Editorial Masson, 2003.
- 8 Schwarcz R, Duverges, C, Gonzalo Díaz, Fescina, R. *Obstetricia*. 5ª Edición. Buenos Aires, 1995.
- 9 Healy D, Trounson A, Andersen AN. Female infertility: causes and treatment. *Lancet* 1994. 343: 1539-44
- 10 Roa Meggo Ysis. *La infertilidad en el Perú. Nuevos criterios para un enfoque preventivo de salud pública*. 1ª edición. Lima: Fondo Editorial USMP, 2009.
- 11 Lindsay D, Osborne, A, Nyboe, A. Female Infertility: causes and treatment. *Lancet* 1994. 343: 890-4
- 12 Network en español. Protección de la Fertilidad: La anticoncepción no plantea ningún peligro pero la ITS sí. *Family Health Internacional*, vol. 22, N° 1, 2002.
- 13 Network en español. Mejoras en la calidad de los servicios. *Family Health International*, Vol. 19, n° 1, 1998.
- 14 Rodrigo Cifuentes B. *Ginecología y Obstetricia Basada en Evidencia*. Bogotá, 2002.
- 15 Network en español. Anticonceptivos orales. *Family Health International*, Vol. 16, n° 4, 1996.

- 16 INEI. Identificadores de resultados identificados en los Programas Estratégicos 2000 – 2009. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES*. Disponible en <http://www1.inei.gob.pe/BibliolNEIPub/BancoPub/Est/Lib0816/libro.pdf>.
- 17 Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR) y Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/ Center for Communication Programs (CCP), Project INFO. Planificación familiar: Un Manual Mundial para Proveedores. *Orientación basada en las evidencias desarrolladas gracias a la colaboración mundial*. Baltimore y Ginebra: CCP y OMS, 2007.
- 18 Network en español. Dispositivos intrauterinos. *Family Health International*, Vol. 20, n°1, 2000.
- 19 Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor DJ, et al. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *New England J Med* 2001; 345(8):561-67.
- 20 FHI. Dispositivos intrauterinos: seguros, eficaces y subutilizados. Disponible en <http://www.fhi.org/sp/Rh/Pubs/Briefs/lud+safe+effective+underused.htm>
- 21 Mohllajee AP, Curtis KM, Peterson HB. Does insertion and use of an intrauterine device increase the risk of pelvic inflammatory disease among women with sexually transmitted infection? A systematic review. *Contraception* 2006; 73: 145-53.
- 22 Rivera R, Jacobstein R, Mc Ginn E, Shelton J, Salem R and Hubacher D. Conocimientos esenciales acerca del DIU. January 2006. Disponible en <http://www.profamilia.org.do>
- 23 Network en español. Conciencia de la propia fertilidad. *Family Health International*, vol. 17, n° 1, 1996.
- 24 Network en español. Etapas de la vida reproductiva. *Family Health International*, vol. 22, n° 1, 2002.
- 25 Network en español. Salud Reproductiva de los Adolescentes. *Family Health International*, vol. 20, n° 3, 2000
- 26 Network en español. Métodos anticonceptivos hormonales. *Family Health Internacional*, vol. 22, N° 3, 2003.
- 27 Lo esencial de la Tecnología Anticonceptiva. Manual para personal clínico. Baltimore: Programa de información en población. Centro para Programas de Comunicación. Facultad de Salud Pública. Universidad Johns Hopkins, 1999
- 28 Rudolf K. Contraception in the perimenopause. *Ther Umsch* 1994 Nov, 51 (11): 778-83.
- 29 Network en español. Métodos de Barrera. *Family Health International*, vol. 22, n° 4, 2003.
- 30 Network en español. Dispositivos intrauterinos. *Family Health International*, vol. 16, n° 2, 1996.
- 31 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. *Norma Técnico – Oncológica para la prevención, detección y manejo de las lesiones premalignas del cuello uterino a nivel nacional*. Lima: INEN, 2008.
- 32 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. *Norma Técnico – Oncológica para la prevención, detección y diagnóstico temprano del cáncer de mama a nivel nacional*. Lima: INEN, 2008.

- 33 Louv, Bright PIL. *A longitudinal investigation of cervical ectopy (dissertation)*. University of North Carolina at Chapel Hill, 2003.
- 34 Sonnex C, Influence of ovarian hormones on urogenital infection. *Sex. Transm Infect* 1998;74 (1): 11 -19
- 35 Miller L, Patton DL, Meier A, et al. Depomedroxy-progesterone-induced hypoestrogenism and changes in vaginal flora and epithelium. *Obstet Gynecol* 2000; 96 (3): 431-439.
- 36 Shepherd J, Weston R. Interventions for encouraging sexual lifestyles and behaviours intended to prevent cervical cancer. *The Cochrane library*, 2001; 3.
- 37 Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast Cancer and hormonal contraceptives: further results. *Contraception* 1996; 54: 1S -106S.
- 38 Schlesselman J J. Oral Contraceptives and breast cancer. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163 (pt 1) 1379-87.
- 39 Boulay R, Podczaski E. Ovarian cancer complicating pregnancy. *Obstet Gynecol*, 1998; 25:385.
- 40 Grimes D. Economy K Primary Prevention Of gynecologic cancers. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172 (1): 227 -223.
- 41 Schlesselman JJ. Risk endometrial cancer in relation to use of combined oral contraceptives. A practitioner's guide to meta-analysis. *Hum Reprod*. 1997; 12, 1851 -1863.
- 42 Jensen JT. Health benefits of oral contraceptives. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000; 27(4): 705-21
- 43 Franceschi S, La Vecchia C. Oral contraceptives and colorectal tumors. A review of epidemiologic studies. *Contraception* 1998; 58: 335-343.
- 44 Network en español. Investigación cualitativa. *Family Health International*, vol. 22, nº 2, 2002.
- 45 U.S. Preventive Services Task Force. *Guidelines from Guide to Clinical Preventive Services*. 2ª edición. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.
- 46 WHO. Colaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Ischaemic stroke and combined oral contraceptives, results of an international, multicentre , case –control study. *Lancet* 1996; 34: 498 – 505.
- 47 WHO. Scientific Group meeting on cardiovascular disease and steroid hormone contraceptives. *Wkly Epidemiol Rec* 1997; nº 48: 361-63.
- 48 WHO. Organization collaborative study of cardiovascular disease and steroid hormone contraception. Cardiovascular disease and use of oral and injectable progestogen – only contraceptives and combined injectable contraceptive. Results of an international, multicenter, case – control study. *Contraception* 1998; 57: 315 -324.
- 49 Stampfer MJ, Willett WC, Colditz GA. et al. Past use of oral contraceptives and cardiovascular disease: a meta-analysis in the context or the Nurses Health Study. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 285-91.
- 50 Mattson RH. Rebar RW. Contraceptive methods for women with neurologic disorders. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 2027-32.

- 51 Network en español. Anticoncepción Hormonal y el VIH. *Family Health International*, vol. 24, nº 1, 2007.
- 52 Weller S, Davis, K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2002*. Issue 1, Oxford UK, Update Software 2002.
- 53 Trussell J, Sturgen K, Stickler J, et al. Comparative contraceptive efficacy of the female condom and other barrier methods. *Fam Plann Perspect* 1994; 26 (2) 66-72.
- 54 Minnis AM, Padian NS. Effectiveness of female barrier methods in preventing sexually transmitted infections and HIV; current evidence and future research directions. *Sex Transm Infect* 2005; 81 (3) 193-200.
- 55 Morrison C, Sekadde –Kigundu C, Sinei S. et al. Is the intrauterine device appropriate contraception for HIV-1 infected women? *Br J Obstet Gynecol* 2001; 108 (8); 784-90.
- 56 Network en español. Salud Sexual. *Family Health International*, vol. 21, nº 4, 2002.
- 57 *Regional Conference on Increasing Access and Improving the Quality of Family Planning and Selected Reproductive Health Services in Francophone Sub-Saharan Africa*, Ouagadougou, Burkina Faso, March 12-17, 1995. Durham: Family Health International, 1995.
- 58 Network en español. Nuevos usuarios de anticonceptivos. *Family Health International*, vol. 19, nº 4, 1999.
- 60 Network en español. Esterilización masculina y femenina. *Family Health International*, vol. 18, nº 1, 1997.

Figuras del documento:

elsitiodemoda.blogspot.com/2009/06/reproducci...

www.saluddealtura.com/uploads/pics/ANAT6.jpg

PROMSEX

Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

ISBN: 978-612-45897-9-9



9 786124 589799



PROMSEX

Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos



Fondo de Población
de las Naciones Unidas