

LA PILDORA POS-COITAL:USO Y ABUSO EN LOS ADOLESCENTES

The post-coital pill: use and abuse in teenagers.



Autora: Esther López Prieto.

Directora del Trabajo: Aroa Delgado Uría.

Fecha de presentación: junio 2014.Trabajo fin de grado.

Departamento de enfermería. Universidad de Cantabria.

ÍNDICE

	Página
Resumen	2
Abstract	2
Introducción	3
I.Estado actual del tema	3
II.Motivo de elección del tema.....	5
III.Objetivos	5
IV.Metodología.....	5
V.Estructura del trabajo	7
Capítulo 1: Marco legislativo	8
1.1. Salud sexual y reproductiva	8
1.2. El menor maduro.....	11
Capítulo 2: Adolescencia	13
2.1. Cambios físicos y psicológicos	13
2.2. Factores, conductas y conocimientos sexuales	13
Capítulo 3: Anticoncepción	18
3.1. Tipos de métodos anticonceptivos	18
3.2. Anticoncepción de urgencia.....	21
Capítulo 4: Intervenciones	26
4.1.Rol del profesional enfermero en Educación para la Salud.....	26
Conclusiones	28
Anexos	29
Bibliografía	35

RESUMEN

Es esencial que la sociedad reconozca el derecho de los adolescentes a ser sexualmente activos y los prepare para que tengan conductas responsables. Según la Ley, el menor a partir de los 13 años, tiene capacidad para establecer relaciones sexuales y adoptar medidas anticonceptivas.

En las relaciones afectivo-sexuales de los adolescentes; el debut sexual precoz, el déficit de conocimientos sexuales y reproductivos, la baja susceptibilidad y el deseo de experimentar, desembocan en conductas de riesgo. Se refleja una baja tendencia en la utilización de los métodos anticonceptivos seguros, lo que nos lleva a tasas elevadas de embarazos no deseados e interrupciones voluntarias del embarazo (IVES) en estas edades, así como el aumento de algunas enfermedades de transmisión sexual (ETS).

A pesar de la prevención, siempre cabe la posibilidad de un error o accidente, que haga necesario la utilización de un método de anticoncepción de urgencia (AU). Según los datos revisados, el uso de este método no ha aumentado en los últimos años, sino que ha descendido entre los más jóvenes.

Los Profesionales de la Salud somos un elemento clave y debemos conseguir que los adolescentes mejoren sus conocimientos y habilidades, así su actitud frente a la sexualidad será más saludable.

Palabras clave (DeCs): Embarazo no Deseado; Adolescente; Anticoncepción; Anticoncepción Postcoital; Sexualidad.

ABSTRACT

It is essential that society recognizes the right of adolescents to be sexually active and prepared to have responsible behavior. By the Law, the child from the age of 13 has the ability to have sexual relationships and take contraceptive measures.

In the affective- sexual relationships of adolescents, earlier sexual debut, the deficit in sexual and reproductive knowledge, low susceptibility and the desire to experience, lead to risky behavior. A low tendency is reflected in the use of safe contraceptive methods, which leads to high rates of unwanted pregnancies and voluntary interruptions of pregnancy (VIPS) in this age, and the increase of some sexually transmitted diseases (STDs).

In spite of prevention, there is always the possibility of mistake or accident, which necessitates the use of a method of emergency contraception (EC). According to the revised data, the use of this method has not increased in the last years, but has fallen among the younger.

Health Professionals are a key element and we must get teenagers improve their knowledge and skills so their attitude towards sexuality will be healthier.

Key Word (MeSH): Pregnancy, Unwanted; Adolescent; Contraception; Contraception, Postcoital; Sexuality.

INTRODUCCIÓN

1. Estado actual del tema.

De entre todos los métodos anticonceptivos, la píldora postcoital, merece una mención especial. A lo largo del tiempo ha sido denominada de diferentes formas; píldora del día después, tratamiento postcoital, píldora de emergencia... El término que mejor la define según la Sociedad Española de Contracepción es “anticoncepción de urgencia” (AU) (1).

Su uso es de carácter extraordinario, después de haber mantenido una relación sexual sin protección; puede considerarse como una “segunda oportunidad”, para evitar un embarazo no deseado. Hay que recordar que la píldora postcoital, no protege de las ETS (1).

La vivencia de la sexualidad en nuestro país ha experimentado cambios, respecto a la conducta, los hábitos y las actitudes. La sociedad, incluyendo los medios de comunicación, incita a consumir sexualidad continuamente. Sin embargo, no se reconoce ese derecho a los adolescentes; ni la familia, ni el sistema educativo están ejerciendo un buen papel para ayudarlos a aceptar los cambios, experimentar con su cuerpo, alcanzar cierta independencia y buscar su identidad personal; en definitiva, para madurar sexualmente y hacerse responsables (2).

La mayor permisividad de las familia, ha contribuido a que los adolescentes tomen conductas de riesgo, al tener más libertad para otros aspectos del ocio como: horarios, lugares que frecuentan, etc. El sistema educativo se ciñe a enseñar los aspectos fisiológicos de las relaciones sexuales, pero la educación sexual es mucho más que la mera reproducción. Incluso algunos Profesionales de la Salud, dificultan el acceso al asesoramiento de los métodos anticonceptivos, así como su dispensación (3).

Todo ello lo vemos reflejado de la siguiente manera (4,5):

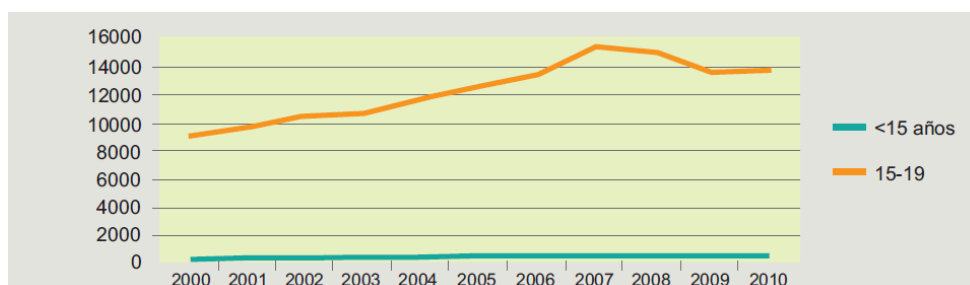
- El inicio de las relaciones sexuales es cada vez más temprana. Desde el año 2004 se observa un ligero descenso; mientras el informe de Juventud 2012(INJUVE) sitúa la edad media de inicio de las relaciones sexuales en 17 años, otros estudios la sitúan en torno a los 15. La diferencia por sexos no es significativa; lo que sí es reseñable, es que las relaciones antes de los 15 años han pasado de un 5% a un 12% en el 2012. Las prácticas de mayor riesgo son al inicio de las primeras relaciones sexuales; una de las razones es que estos encuentros son imprevistos y no planificados. Sin embargo, en relaciones más tardías, estas son más estables y responsables, con menor frecuencia de prácticas de riesgo.
- El déficit de conocimientos. Según datos estadísticos del INJUVE, un 14% de los adolescentes dicen no disponer de información sexual suficiente y el uso del preservativo ha descendido un 10% entre los jóvenes de 15 a 29 años; los temas más deficitarios son el manejo de los anticonceptivos y los conocimientos en torno al embarazo y las ETS.

Estos hechos, provocan conductas de riesgo que como consecuencia, favorecen la aparición de embarazos no deseados en los adolescentes, IVES y el contagio de ETS.

Como ejemplo de la incidencia de las ETS, destacamos que desde el año 2000 son seguidas epidemiológicamente y el Centro Nacional de Epidemiología confirma la tendencia continua de crecimiento del gonococo, la clamidia y el herpes. Reseñar el importante crecimiento en la incidencia de la sífilis que a partir del 2004 superó a la infección gonocócica (6).

Los adolescentes, ocupan un 9,43% de la población; en concreto, los de edades comprendidas entre 15-19 años representan el 4.7% de la población española. El número de embarazos no deseados en adolescentes de menos de 17 años en España, ha descendido del 28 al 25%, así los IVEs tuvieron un crecimiento gradual hasta el 2007 en la población de 15 a 19 años y en las menores de 15 años, donde desde entonces hasta el 2010, ha descendido paulatinamente. Aun así, en Cantabria en el año 2012, de 1108 IVEs que se realizaron, 128 eran menores de 19 años (el 11.5%) **(Gráfico 1)** (4,5).

Gráfico 1. Evolución del IVE. España, 2000-2010, población 15-19 años.



Fuente: Monero Mínguez A, Rodríguez San Julián E. Informe juventud en España 2012.

El embarazo en el adolescente se considera de riesgo y supone un cambio para el estado físico y psicológico de la menor, que puede ejercer un impacto negativo en ella. La adolescencia es el periodo en el que los jóvenes adquieren la capacidad reproductiva y consolidan su independencia socioeconómica; ser madre, puede alterar el desarrollo de esta etapa, suponiendo no solo un problema desde el punto de vista médico, sino también desde el punto de vista social (7).

El debate actual, con los cambios que se proponen en la Ley del Aborto y la edad en que se considera a un menor autónomo y maduro en temas de sexualidad, siempre plantea controversia entre los Profesionales de la Salud.

La demanda de la AU por una chica adolescente, es un buen momento para valorar conductas de riesgo, informar y animar al uso correcto. Si todos los adolescentes que necesitan AU la conocen, tienen facilidad para el acceso a ella y si los profesionales favorecemos su uso cuando sea necesario, evitaremos muchos embarazos no deseados, así como todas sus consecuencias (1).

2. Motivo de elección del tema.

La razón de que éste sea el tema de la monografía, se debe a que los adolescentes son susceptibles de ser usuarios de la AU y bien por desconocimiento o bajo nivel de percepción de riesgo, no la usan o en ocasiones hacen un uso inadecuado.

Necesitamos que la sociedad reconozca a los adolescentes como individuos sexualmente activos y que se lleven a cabo intervenciones en los diferentes ámbitos (familia, educación, y sistema sanitario), donde cuenten con una preparación y orientación para conseguir una conducta sana y responsable. Nuestra línea de actuación en primer término, es la prevención primaria por medio de la educación y garantizar la accesibilidad de los recursos.

3. Objetivos.

➤ Objetivo principal:

- ✓ Describir aquellos aspectos más relevantes relacionados con la AU, destacando el importante papel que los Profesionales de Enfermería tienen en el desarrollo de programas de Educación para la Salud, con el fin de conseguir conductas sexuales saludables, minimizando los riesgos.

➤ Objetivos específicos:

- ✓ Conocer la legislación vigente relacionada con el tema.
- ✓ Identificar cambios físicos y psicológicos que se producen en la adolescencia.
- ✓ Estudiar los diferentes métodos anticonceptivos.
- ✓ Identificar los factores que influyen en las conductas de riesgo.
- ✓ Identificar los conocimientos deficientes sobre sexualidad de los adolescentes.

La respuesta a los objetivos se desarrollará a lo largo de los capítulos de la monografía.

4. Metodología.

La búsqueda bibliográfica se realizó de la siguiente manera; se delimitó en el tiempo, desde el año 2006 a la actualidad, realizándose diferentes combinaciones de los términos DeCS y MeSH, utilizando el operador booleano “and”, y utilizando todos aquellos documentos que se referían al desarrollo de los objetivos.

➤ MOTIVOS DE EXCLUSIÓN:

- ✓ Estudios realizados fuera del rango de edad de la adolescencia.
- ✓ Los de acceso sujeto a pago.
- ✓ Encontrarse en otro idioma diferente del español o el inglés.

No se excluyó ningún trabajo por el tipo de publicación.

La búsqueda permitió encontrar unos 130 documentos, de los cuales se seleccionaron 29 que reunían los criterios de inclusión para la realización de esta monografía; todos los utilizados, están descritos en la bibliografía del trabajo.

Se consultaron las siguientes bases de datos:

- Dialnet
- Cuiden plus
- Cochrane
- Google académico
- Pubmed

También se obtuvieron documentos a través de páginas oficiales como:

- www.injuve.es : Instituto de la Juventud-Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- www.ine.es : Instituto Nacional de Estadística.
- <http://www.saludcantabria.es/>: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- www.inmujer.es : Instituto de la Mujer- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- www.msssi.gob.es : Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- www.sec.es: Sociedad Española de Contracepción.

Se utilizaron los siguientes descriptores:

- MeSH
 - Pregnancy, Unwanted
 - Adolescent
 - Contraception
 - Contraception, Postcoital
 - Sexuality
- DeCS
 - Embarazo no Deseado
 - Adolescente
 - Anticoncepción
 - Anticoncepción Postcoital
 - Sexualidad

Por último, se enumeran en la bibliografía las referencias utilizadas, redactadas según Vancouver, utilizándose el programa Refworks para su organización.

5. Estructura del trabajo.

En primer lugar, se hace una breve introducción para reflejar la importancia de tema.

A continuación, el cuerpo del trabajo está dividido en 4 capítulos, que a su vez se subdividen en subcapítulos:

- **Capítulo 1. Marco legislativo.** Se hace una contextualización desde el punto de vista legal, nombrando las principales leyes relacionadas con el tema y detallando aquellos aspectos más relevantes de cada una de ellas.
- **Capítulo 2. Adolescencia.** Se realiza una descripción de los cambios que se producen en la adolescencia, los factores que motivan a tomar decisiones en la conducta, el uso de métodos anticonceptivos, las principales vías de información y los conocimientos sobre sexualidad en los adolescentes.
- **Capítulo 3. Anticoncepción.** Se describen los diferentes tipos de métodos anticonceptivos disponibles; los de uso regular y los de urgencia haciendo una mención especial, a los métodos alternativos, la llamada “anticoncepción de urgencia”.
- **Capítulo 4. Intervenciones.** Se describe el rol del profesional enfermero en Educación para la Salud.

Por último, una breve conclusión de las ideas principales del trabajo.

CAPÍTULO 1. MARCO LEGISLATIVO

1.1. Salud sexual y reproductiva.

Para comenzar este capítulo es indispensable definir algunos de los términos principales (8):

- ✓ *Salud*: según la OMS es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad.
- ✓ *Salud sexual*: es el estado de bienestar relacionado con la sexualidad en los aspectos físico, psicológico y sociocultural, que hace necesario un ámbito libre de violencia, discriminación y coerción.
- ✓ *Salud reproductiva*: implica la condición de salud sexual en relación a la capacidad reproductiva y el derecho a una vida sexual segura y libre, donde se pueda decidir cuándo tener hijos.

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

El desarrollo de la personalidad del individuo abarca, la sexualidad y la reproducción como derechos fundamentales. Se debe proteger la autonomía de las personas, que en el caso de las mujeres supone entre otras, decisiones en el embarazo o maternidad. Decidir cuándo tener hijos es algo que pertenece a la estricta intimidad (8).

En la IV Conferencia de Naciones Unidas sobre la mujer en 1995, se reconocen *“los derechos humanos de las mujeres, incluyen el derecho a tener el control y a decidir libre y responsablemente sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, libre de presiones, discriminación y violencia”*; pero en el ámbito del Parlamento Europeo se constatan las enormes desigualdades al acceso entre los distintos países miembros en tema de anticoncepción, embarazos no deseados y educación afectiva sexual (1,8).

La despenalización del aborto en nuestro país, comenzó con la Ley orgánica 9/1985 del 5 julio, pero más tarde, con la ley del 2010 se suplieron las deficiencias: modificando aspectos de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), actuaciones destinadas a incrementar la información, dando formación sobre anticonceptivos, salud sexual y reproductiva.

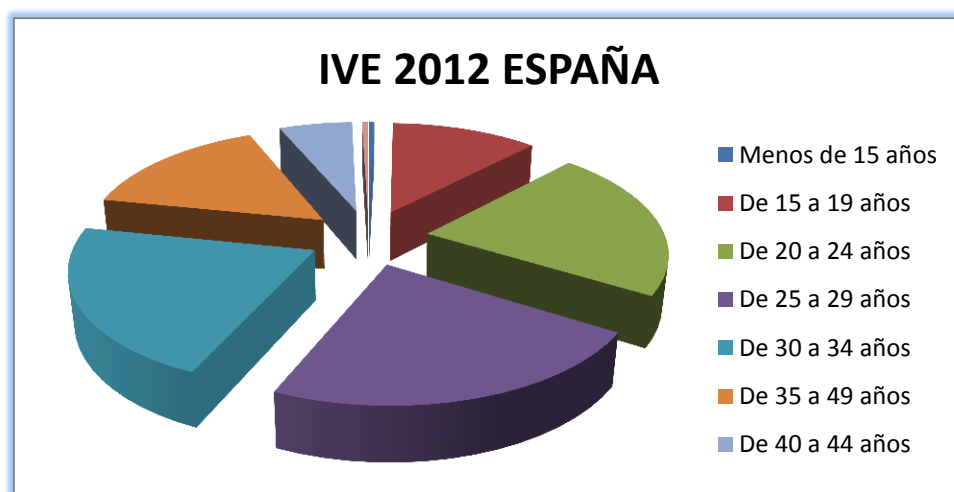
La presente Ley reconoce el derecho a que la última decisión, de recurrir o no a un aborto, corresponda a la mujer interesada. La decisión inicial sobre su embarazo debe ser responsable, consciente y respetada. El consentimiento será expreso y por escrito, se realizará en un centro público o privado acreditado y lo llevará a cabo un médico especialista (8).

- **Supuestos de interrupción voluntaria del embarazo permitidos por la Ley:**
 - ✓ El legislador deja un plazo establecido de 14 semanas, donde existe la posibilidad de que, a **petición de la mujer** embarazada se interrumpa el embarazo, pero ha de cumplir unos requisitos(8);
 - Que la mujer haya recibido información sobre prestaciones, ayudas públicas y derechos.
 - Que hayan transcurrido por lo menos 3 días desde que la mujer es informada hasta la interrupción.
 - ✓ De manera excepcional, **por causas médicas** siempre que se den una de las siguientes circunstancias(8):
 - No deben superarse las 22 semanas de gestación, si existe grave riesgo para la vida o salud de la embarazada. En el caso de existir un riesgo grave por encima de la semana 22, se practicaría un parto inducido.
 - No deben superarse las 22 semanas de gestación, si existe riesgo de graves anomalías para el feto.
 - Las anomalías fetales incompatibles con la vida o las enfermedades extremadamente graves o incurables, podrán superar las 22 semanas, realizando la inducción del parto.

En el artículo 13, se nombra el consentimiento para el IVE; en mujeres de 16 y 17 años, es exclusivo de ellas, como veremos más adelante en la Ley de Autonomía del Paciente. Se deberá informar al menos a uno de los padres o tutores siempre y cuando esto, no suponga un conflicto familiar grave para la adolescente (8).

En la estadística sobre IVE del año 2012, según publica el Ministerio de Sanidad y Consumo, de los 112.390 realizados en España, la mayor tasa se presenta en mujeres de 25 a 29 años, seguida de las de 20 a 24 años. El quinto puesto lo ocupan las edades de 15 a 19 años (**Gráfico 2**) (9).

Grafico 2. Interrupción voluntaria del embarazo según grupos de edad, año 2012, España.



Fuente: Elaboración propia a través de datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Interrupción voluntaria del embarazo.

El 54% de los abortos provocados en España, se realizan sobre población inmigrante o mujeres extranjeras que acuden a abortar y tan solo el 12% del total de la población, pertenece a dicho sector (1).

El IVE es un recurso excepcional; para ello son necesarias medidas de educación sexual, conocimientos de la anticoncepción y garantizar el acceso a estos recursos. Estas medidas previas de anticoncepción, son el pilar fundamental de la EPS.

El objeto principal de esta Ley, es disminuir al mínimo el número de embarazos no deseados (1).

▪ **Objetivos formales de la Ley (8):**

- ✓ Acceso universal e igualitario. No discriminación.
- ✓ Información, educación afectiva sexual y reproductiva en el sistema educativo.
- ✓ Acciones formativas y de sensibilización a través de los medios de comunicación.
- ✓ Formación de los Profesionales de la Salud.

En el capítulo II de la Ley, se garantiza el acceso a la prestación del IVE, incluida en la cartera de servicios del SNS, ya sea en la red de centros públicos o en centros privados acreditados. Asimismo, se garantiza la confidencialidad y respeto a la intimidad de sus datos. Los profesionales podrán realizar la objeción de conciencia, de manera individual y no colectiva, previa manifestación por escrito, siempre que no se comprometa la asistencia a la mujer (1,8).

❖ **Anteproyecto de Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada.**

Esta reforma de la Ley aún no está vigente. Retomaría un sistema de supuestos parecidos a los que se basaba la Ley del Aborto de 1985. Incluye los siguientes cambios (10) **(Ver Anexo 1):**

- ✓ La malformación no será motivo de aborto como supuesto, pero esto no quiere decir que ninguna mujer embarazada de un feto con problemas de salud (del grado que sean), vaya a poder abortar; podrá hacerlo, si alega que eso supone un “grave peligro” para su salud psíquica. El Gobierno recupera el supuesto de daño psicológico para la embarazada de la ley de 1985, al que se acogía la inmensa mayoría de las mujeres.
- ✓ El procedimiento tendrá que ser firmado por dos médicos (ahora uno).
- ✓ Pasar de 3 a 7 días el plazo para dar su consentimiento tras recibir información y asesoramiento; esto supondría un retraso en los procedimientos y podría aumentar los abortos tardíos.
- ✓ Vulneración de los derechos del menor maduro. Las chicas de 16 y 17 años volverán a requerir el permiso de sus padres para abortar. En caso de conflicto familiar grave, un juez decidirá.
- ✓ Los abortos realizados fuera de los supuestos, serán punibles para el médico pero no para la mujer.
- ✓ Derecho de objeción de conciencia, para todos los profesionales vinculados con el procedimiento.

1.2. El menor maduro.

La primera idea que debemos olvidar, es que el menor es un individuo con incapacidad legal. El menor tiene plena autonomía en ciertos ámbitos, que decide por sí mismo; es un sujeto de derechos y los obtiene de forma progresiva. Solo en determinados casos necesitará la aprobación de sus representantes legales (1).

Aplicado al ámbito sanitario, explicaremos cuales son las situaciones en las que el menor es autónomo y en cuales es necesaria su representación (1).

Menor de edad, es todo aquel por debajo de los 18 años; a pesar de tener su capacidad de obrar limitada, puede legalmente realizar determinados actos con plena trascendencia jurídica (1).

En la **Constitución Española**, el artículo 10.1, nos habla de los derechos de todos los seres humanos al libre desarrollo de la personalidad, sin diferenciar si es necesaria la mayoría de edad, incluyéndose a los menores de edad como individuos con plena libertad y autonomía en relación a cualquier tema que tenga que ver con el desarrollo de su personalidad, entre otros la sexualidad (1).

Por lo tanto, los adolescentes menores de edad tienen libertad para acudir por ejemplo, a los servicios sanitarios y demandar consejo anticonceptivo, sin necesidad del consentimiento de sus padres (1).

En el **Código Civil**, destacamos tres artículos (1):

- **Artículo 29:** expone que el “nacimiento determina la personalidad”. Así pues, la personalidad va ligada a la persona desde su nacimiento.
- **Artículo 162:** establece que, a pesar de que los padres tienen la representación legal de sus hijos menores no emancipados, exceptúa “los actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo”.
- **Artículo 154:** establece que los hijos no emancipados que viven con sus padres, siempre que tengan suficiente juicio, serán oídos antes de tomar una decisión que les afecte.

Una niña que ha mantenido una relación sexual con 12 años o menos, se considera siempre un abuso sexual según el código penal. La autodeterminación sexual es a partir de los 13 años; por encima de esta edad, tiene legalmente capacidad para establecer relaciones sexuales consentidas y adoptar medidas anticonceptivas (1).

De todo esto, deducimos que la representación de los padres o tutores no es completa y el menor tiene cierta capacidad para obrar de manera autónoma (1).

❖ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Esta Ley es complementaria a la Ley General de Sanidad, ya que refuerza y enfatiza el derecho de autonomía del paciente. Los principios básicos de esta Ley son: la dignidad de la persona, el respeto de la autonomía y la protección de su intimidad (confidencialidad). Establece como el titular del derecho de la información, al paciente (11).

El respeto de la autonomía, en el capítulo IV artículo 9.3, otorga el consentimiento por representación (11):

- *“Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos.”*
 - Los menores de 12 años, siempre precisarán el consentimiento de los padres.
 - A los menores entre 13 y 15 años, se les aplicará el criterio del “menor maduro”.

Los Menores entre 16 y 17 años son autónomos, en cuanto a su salud se refiere. *“Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.”*

Debemos exceptuar dos supuestos en los que los menores de 18 años no tienen autonomía, contemplados en el artículo 9.4; la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción asistida (11).

De esto deducimos, que la madurez del menor depende de la capacidad intelectual y emocional de comprender la información. El facultativo será el que decida esta capacidad; solo habrá que determinarla en edades entre los 13 y los 15 años. A pesar de que el menor no sea lo suficientemente maduro, deberá ser oído y serán sus representantes legales, quienes tomen la decisión. El consentimiento de los padres, en mayores de 16 años en contra de su opinión o si el menor es maduro, no es válido; si se utiliza, se está incumpliendo la Ley y vulnerando el derecho a la intimidad (1).

El legislador, al utilizar el criterio “madurez”, ya que es un término no jurídico, trae como consecuencia, confusión y miedo. Los Profesionales Sanitarios son los responsables de decidir y delimitar el término. Y lo que acarrea es que el médico acaba recurriendo a la autorización judicial o a la decisión de los padres. La Ley pretende otorgar derechos a los adolescentes y lo que consigue es “quitárselos” (1) (**Ver Anexo 2**).

CAPÍTULO 2. ADOLESCENCIA

2.1 Cambios físicos y psicológicos.

La OMS delimita la adolescencia entre los 10 años y los 19 años, con dos fases diferenciadas; la adolescencia inicial, de 10 a 14 años y la adolescencia tardía, de 15 a 19 años. En este periodo se producen grandes cambios en: la identidad, la imagen corporal, la orientación sexual y la actividad sexual (deseo, atracción y enamoramiento). Generalmente, en la adolescencia inicial aparecen los caracteres sexuales secundarios, hay deseo sexual y preocupación por el aspecto físico; y en la adolescencia tardía, se comienza a experimentar con la sexualidad (2).

Es una etapa de cambio con mucho riesgo, supone la transición a la etapa adulta y los aprendizajes son cruciales para las futuras conductas; de ahí, la importancia de la educación sexual en este periodo. El desarrollo es característico por la curiosidad, la inquietud y cierta prisa. La habilidad en la toma de decisiones dependerá, de la confianza en sí mismos y de sus habilidades. Aprenderán a ser responsables, independientes y formar su identidad personal (2,12).

A grandes rasgos podemos incluir en dos grupos los diferentes cambios (2):

- Los **corporales**, en una sociedad que rinde el culto al cuerpo, son en ocasiones difíciles de aceptar por los adolescentes. La aparición más tarde o más temprano de la **pubertad**, provoca diferentes actitudes. El desarrollo más temprano, es mejor vivido por los chicos que por las chicas. La aparición de la menstruación y las primeras eyaculaciones condicionan la vivencia del cuerpo. Los mitos y creencias pueden hacer que surjan sentimientos de culpa o vergüenza.
- Los **psicológicos**, con la aparición de sentimientos sexuales; experimentan el **deseo sexual** ya que sienten como su cuerpo sufre cambios en determinadas situaciones, sintiendo la necesidad de satisfacer esos impulsos sexuales. La **orientación** del deseo sexual comienza a consolidarse, pudiéndose ser heterosexual, homosexual, bisexual o patológica. El **enamoramiento** es un sentimiento fuerte y nuevo, que en ocasiones idealizan y les provoca emociones positivas e intensas como: alegría, entusiasmo o euforia, pero también emociones negativas: celos, desengaño o tristeza.

2.2. Factores, conductas y conocimientos sexuales.

❖ Factores asociados a un mayor uso de la píldora postcoital.

En jóvenes con edades entre 14-18años, según un estudio realizado en Barcelona, son los siguientes (13):

1. No haber trabajado temas de sexualidad en el aula, expone a los jóvenes al doble de probabilidad.
2. El consumo abusivo de alcohol, se ha impuesto como un mediador de ocio que ocasiona desinhibición y menor control de la conducta sexual.
3. Consumo de cannabis por las chicas, en los últimos 30 días.
4. Consumo de tabaco.

5. Absentismo escolar.
6. Tener relaciones sexuales con penetración semanales.
7. Tener un mayor número de parejas, medido como: relaciones con más de una persona en los últimos 3 meses.

Las intervenciones preventivas relacionadas con el consumo de drogas, deberán incluir debido a su asociación, las intervenciones sexuales de riesgo (13).

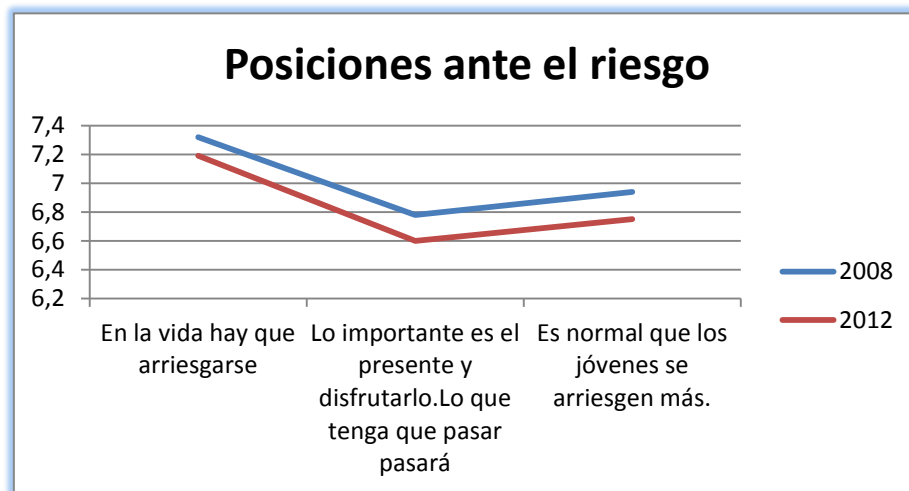
De esto se deduce que la falta de educación-información, el consumo de sustancias, el bajo rendimiento académico y la promiscuidad son factores de riesgo para el uso de la píldora postcoital.

❖ Conducta sexual.

Exposición al riesgo

Los datos que obtenemos en encuestas sobre su comportamiento, muestran una exposición al riesgo de embarazo no deseado, IVE o ETS importante. Según un estudio realizado en Toledo, un elevado porcentaje de adolescentes se arriesgaría (sobre todo sexo masculino) a mantener coito sin protección, lo que lleva a que la percepción de riesgo es baja. A pesar del ligero descenso que el INJUVE establece, comparando los datos del 2008 con los del 2012, sigue siendo elevado, como podemos ver en el **Gráfico 3** (4, 14, 15):

Gráfico 3. Posiciones ante el riesgo. España, 2008-2012(media 1-10).



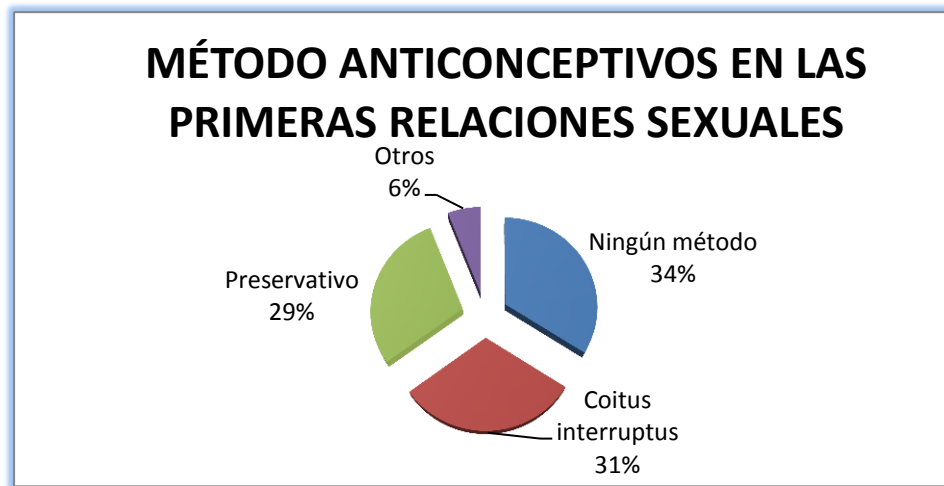
Fuente: Adaptación de Monero Mínguez A, Rodríguez San Julián E. Informe juventud en España 2012.

El rango de edad que se utilizó en 2004 fue de 15-24 años y en el 2012 de 15-29años (4).

Uso de métodos anticonceptivos

En general, el uso del preservativo es más bien utilizado por el miedo al embarazo, que para protegerse de las ETS; utilizan el preservativo más en las relaciones coito-vaginales que en el coito-anal o el sexo buco-genital. En las primeras relaciones sexuales de los adolescentes, el 34% no utiliza ningún método, el 31% el coito interrumpido y en tercer lugar el preservativo sólo un 29% (**Gráfico 4**) (16,17).

Gráfico 4. Métodos anticonceptivos utilizados en las primeras relaciones sexuales de los adolescentes.



Fuente: Elaboración propia a través de datos de Del Pliego Pilo G, Díaz Jiménez E, Alarcón Diana MP, Martínez Serrano P. Autonomía del Menor Maduro en su salud reproductiva. Index Enferm.2006; 15(54): 39-43.

El 17,3% de los jóvenes de 15 a 29 años, dice no haber usado ningún método de protección en su última relación sexual. Esta práctica de riesgo ha crecido y está más acusada en los jóvenes con menor estatus social, inmigrantes sin nacionalidad y los de menor nivel educativo (4).

El método de protección más utilizado entre los jóvenes es el preservativo con casi un 70%, seguido de la píldora con un 19%; debemos destacar el descenso del uso del preservativo desde el 2004 donde se alcanzaba el 80%, a favor de la píldora anticonceptiva (4).

Se observa un uso mayor del preservativo cuando tienen menos de 18 años o cuando la relación sexual es con pareja ocasional (17).

El descenso en el uso del preservativo, puede deberse a diferentes factores (3,17):

- ✓ La relación pasa a ser más estable y optan por usar anticonceptivos hormonales.
- ✓ Desconocimientos de sus beneficios.
- ✓ la falta de percepción de riesgo de embarazo o de contagio de enfermedades en las primeras relaciones.
- ✓ Los inconvenientes que encuentran al uso del preservativo como: disminución de sensibilidad, ruptura de la espontaneidad de la relación, dificultad para negociar su uso, inexperiencia o vergüenza.

Edad de debut sexual

El inicio de las relaciones sexuales es cada vez más temprana. En un estudio donde se compararon los adolescentes autóctonos con los inmigrantes latinoamericanos residentes en España, se obtuvo una edad media aproximada de unos 15 años para ambos grupos. Sin embargo, en otros estudios realizados fuera de España, por ejemplo, el publicado por Prado et al. (2006) concluye que el 8,3% de los latinos, se inicia antes de los 13 años (18).

Las variables que influyen en el debut sexual, según el estudio realizado en Granada son (4,18):

1. Origen cultural. Aunque tienen más probabilidades de tener relaciones con penetración los adolescentes inmigrantes, los autóctonos ejercen influencia, haciendo que estos imiten sus conductas, siendo prácticamente de la misma edad. En el caso de los jóvenes que no tienen la nacionalidad, la edad de debut es algo más precoz.
2. Sexo. A pesar de la creencia de que el hombre debe iniciarse antes que la mujer en las relaciones sexuales, en las mujeres ha descendido la edad media hasta los 14.8, mientras que en los hombres se ha mantenido en los 15 años.
3. Variables de carácter personal, como la baja autoestima.
4. Factor académico. La adaptación escolar, el bajo rendimiento académico o las faltas reiteradas y las expulsiones, se relaciona con un inicio más temprano.
5. Discriminación percibida; en el caso de los inmigrantes, relacionada con la baja autoestima.

Aquellos que se inician antes en las relaciones sexuales, muestran una menor autoeficacia en el uso del preservativo. Y por lógica, los adolescentes que comienzan a mantener relaciones sexuales antes, están más tiempo expuestos al riesgo (18).

❖ Información.

La mayoría, casi el 84% de los jóvenes, considera que dispone de una información adecuada sobre sexualidad (4).

Los conocimientos de los adolescentes en algunas ocasiones son erróneos; en un estudio en Toledo, se observó que la mitad de los alumnos creían, que la toma de una única dosis de AU, les protegía del embarazo durante todo el ciclo menstrual; también un 20 % pensaba que protegía frente a las ETS y muchos adolescentes la consideraban como método anticonceptivo habitual o que su función era abortiva y tomarla podía producir un riesgo importante sobre la salud (1,15).

Tanto el uso único y mensual de protección, como no usarla porque es mala para la salud; son creencias que pueden derivar en embarazos no deseados y contagio de ETS.

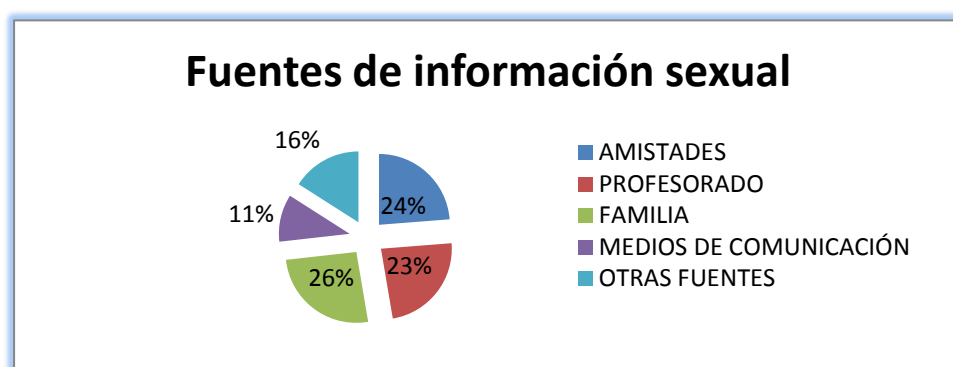
En un estudio realizado en 3 institutos de Valencia, el 13% de los adolescentes desconocía la función del preservativo en la prevención de las ETS en las prácticas de sexo vaginal y un 43% en las anales, así como un desconocimiento en las vías de contagio y los síntomas de estas enfermedades (19).

Resulta también preocupante, el desconocimiento sobre la funcionalidad del preservativo de proteger de ETS, al existir adolescentes con la idea de que el preservativo solo sirve para evitar un embarazo.

Vías de información sexual

La principal vía de obtención de información sexual según los adolescentes son: los amigos, el profesorado, el entorno familiar (principalmente la madre o el padre) y los medios de comunicación. Ahora, la mitad de los adolescentes entre 15-18 años, tiene televisión en su cuarto; las conductas que observan en películas, publicidad o programas de televisión, ejercen gran influencia e intentan imitarlas; tienen mucha información pero no la adecuada, los papeles asignados al hombre y la mujer son roles muy estereotipados y tradicionales, que les incitan a consumir sexo constantemente; exclusivamente carnal, donde el componente emocional está muy idealizado y donde se muestran unos primeros encuentros idílicos, con una imagen divertida y graciosa obviando los riesgos de salud. La información que reciben de sus iguales, sus amigos, parte de un conociendo similar, con una visión reduccionista y poco real, perpetuando los mitos y asumiendo los modelos que predominan en la sociedad. En el **Gráfico 5** vemos representadas las fuentes más representativas (3,4).

Gráfico 5. Principales vías de información sexual en los adolescentes.



Fuente: Adaptación de Monero Mínguez A, Rodríguez San Julián E. Informe juventud en España 2012.

Resaltar que los Profesionales de la Salud, ocupan un papel deficitario, correspondiendo a una parte del 16% restante, que equivale a otras fuentes; a pesar de que la gran mayoría de los adolescentes, desearía recibir la información sexual a través de estos (4,15).

La diferencia por sexos es importante; mientras que en las chicas la madre es la principal vía de información, en los chicos son las amistades (**Ver Anexo 3**).

El papel que juegan las familias y el centro educativo es principal y parece escaso, casi el 80% de los jóvenes dice no haber tenido conversación sobre temas de salud sexual durante la infancia en su domicilio y un 71% dice lo mismo de la escuela. El hecho de que las amistades sea una vía de información tan importante, hace necesario que sus iguales adquieran información veraz y segura, para evitar falsas creencias (4).

CAPÍTULO 3. ANTICONCEPCIÓN

Los métodos anticonceptivos evitan que la reproducción y que las relaciones coitales estén unidas. Los anticonceptivos en la adolescencia deben reunir varios requisitos: deben ser efectivos, de fácil adquisición, baratos, de uso sencillo, reversibles y adecuados a la actividad sexual (20).

Según la Federación Internacional de Ginecología y obstetricia (FIGO) los métodos habituales de mejor elección para los adolescentes son el uso conjunto del preservativo y de la anticoncepción hormonal; es lo que denominamos doble protección y como método de emergencia la píldora postcoital. En la adolescencia debemos hacer hincapié en el uso de la doble protección: para prevenir las ETS y los embarazos no deseados (20).

3.1. Tipos de métodos anticonceptivos.

A continuación, se muestra un resumen de todos los métodos anticonceptivos existentes en la actualidad (21):

❖ Métodos de barrera.

Preservativo o condón

El preservativo masculino es una funda generalmente de látex que en la punta tiene un reservorio para acumular el semen. Se coloca con el pene en erección, apretando la punta para facilitar que se acumule el semen tras la eyaculación y desenrollándolo posteriormente; tras la eyaculación lo retiraremos cuando el pene continúe erecto. Debemos desecharlo comprobando la integridad del mismo. Es de un solo uso, su eficacia ronda el 97% y es el único anticonceptivo que protege de las ETS, junto con el preservativo femenino.

Es importante conservar en lugar seco y fresco y comprobar la fecha de caducidad.

Preservativo femenino

Es una funda de poliuretano, que recubre vagina y vulva, de un solo uso que protege de las ETS y es eficaz en un 96%. Consta de dos anillos, uno se coloca en el interior de la vagina y el otro en el exterior, cubriendo los labios.

Diafragma

El diafragma es un dispositivo cilíndrico, en forma de caperuza que se coloca en el interior de la vagina antes del coito, aplicando una crema espermicida con él por las dos caras. Se retira unas 6 horas después del coito, puede utilizarse varias veces; el tamaño depende del cuello uterino. El personal sanitario indicará la talla que corresponde. Puede alcanzar una eficacia del 96%.

❖ Métodos hormonales.

Píldora combinada

Está compuesta por dos hormonas muy similares a las humanas; estrógenos y progesterona. Su función es suprimir la ovulación, tiene una alta eficacia cercana al 100%; las hay de diferentes dosis y pautas. Se debe de tomar una pastilla todos los días y en la semana de descanso dependiendo del preparado, se continuará tomando pastillas o no.

Mini píldora

Más novedosa en España, contiene solamente gestágenos, lo que la hace ideal para las personas que toleran mal los efectos secundarios de la píldora. Es algo menos eficaz que la combinada. Actúa también inhibiendo la ovulación; recomendada en mujeres en periodo de lactancia.

Anillo vaginal

Uso mensual, durante 21 días y una semana de descanso; es de forma cilíndrica y se coloca en el interior de la vagina. Actúa similar a la píldora.

Parche

Uso semanal de un adhesivo color carne, que se coloca en diferentes partes del cuerpo, libera hormonas de forma progresiva a través de la absorción de la piel y su actuación y eficacia es similar a la pastilla.

Implante subdérmico

Es una pequeña varilla de unos 4 cm que contiene solo gestágenos, al ser una liberación muy lenta puede durar de 3 a 5 años. Tanto su inserción como su retirada, debe ser realizada por personal cualificado.

Inyectable

Puede ser mensual (dos hormonas como la píldora combinada) o trimestral (solo gestágenos como la mini píldora).

Dispositivo intrauterino (DIU)

Es un dispositivo de metal con forma de ancla, que se aloja en el útero por el ginecólogo; su actuación es a varios niveles. Está compuesto de cobre principalmente y también los hay con hormonas (gestágenos) para evitar el sangrado excesivo; su función principal es modificar el endometrio para evitar un embarazo, así como dificultar el paso de los espermatozoides. No es muy recomendable en mujeres nulíparas o con varias parejas sexuales. La duración es de unos 5 años, debiéndose acudir a controles periódicos para su revisión.

❖ Métodos irreversibles.

Ligadura de trompas en la mujer o vasectomía en el hombre.

Esterilización voluntaria mediante la interrupción quirúrgica e irreversible de las vías de reproducción. En el caso de la vasectomía, se cortan los conductos deferentes y en la mujer se ligan u obstruyen las trompas.

❖ Métodos naturales.

Son métodos menos eficaces. Se basan en mantener la abstinencia en los periodos fértiles de la mujer. Para saber cuándo son estos días, hay diferentes métodos:

Ogino

Llamado también método del calendario; se basa en el estudio de la regularidad de los ciclos menstruales para calcular los días de fertilidad y así, abstenerse de practicar el coito. Solo es válido para mujeres con reglas muy regulares.

Billings

Consiste en la observación del moco vaginal, para evitar los días de mayor cantidad que corresponderían con los de ovulación.

Temperatura basal

Controlando la temperatura siempre antes de levantarnos de la cama, podemos comprobar que en la ovulación se produce un aumento.

Sintotérmico

Es la combinación de los métodos anteriores.

❖ Métodos poco eficaces.

Coitus interruptus

Comúnmente conocido como la marcha atrás. Consiste en la retirada del pene de la vagina antes de la eyaculación. Poco eficaz, puesto que antes de la eyaculación se expulsan gotas que también contiene espermatozoides.

Cremas y óvulos

Son sustancias químicas que destruyen los espermatozoides; debemos colocarlas en la vagina 10 minutos antes del coito. Su eficacia aumenta combinadas con otros dispositivos como el diafragma, DIU o el preservativo.

Lactancia materna

La lactancia materna impide la ovulación en la mayoría de los casos y la mujer no tiene reglas, pero no siempre es así; puede producirse una ovulación espontánea y por tanto hay riesgo de embarazo.

3.2. Anticoncepción de urgencia.

La utilización de un fármaco, sustancia o dispositivo, con el fin de prevenir un embarazo después de una relación coital desprotegida, es a lo que denominamos anticoncepción de urgencia (22).

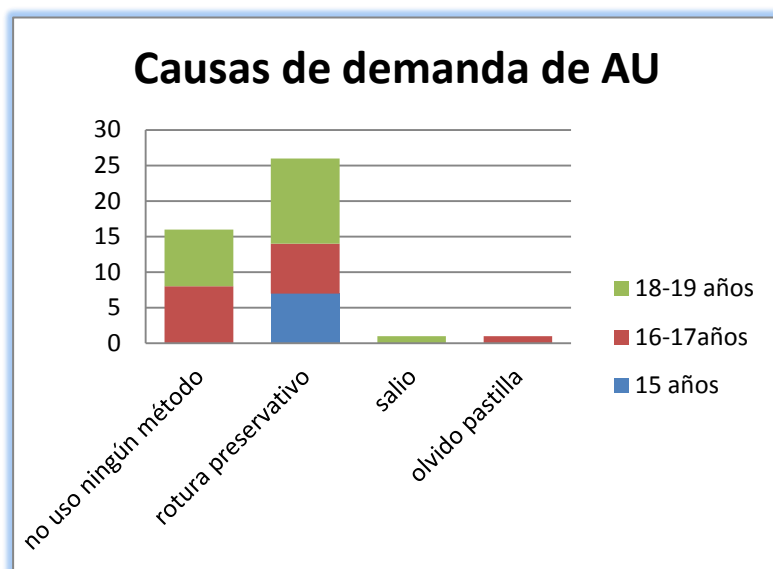
Indicaciones (1,23):

- ✓ Haber mantenido relaciones coitales sin la utilización de método anticonceptivo.
- ✓ Haber sufrido una agresión sexual con penetración, en una mujer que carece de método anticonceptivo seguro.
- ✓ Uso incorrecto o fallo de método anticonceptivo:
 - Rotura de preservativo, retención en la vagina o mal uso.
 - Olvido de la toma de píldora anticonceptiva.
 - Coitus interruptus, con eyaculación anticipada.
 - Expulsión del diafragma o DIU durante la relación sexual.
 - En el método de la abstinencia, cálculo erróneo de los días fértiles.
 - Retirada tardía o retraso en la utilización de parche o anillo.

En general, está indicado en toda mujer que acude a solicitar la píldora tras tener relación sexual no protegida y que no desee quedarse embarazada (1).

La federación de Planificación Familiar de España constata que aproximadamente unas 40.000 jóvenes al año, hacen uso de la AU. La principal causa de demanda de AU, es la rotura del preservativo, seguida del no uso de ningún método anticonceptivo, como vemos reflejado en los datos recogidos del Centro de Salud Sexual y Reproductiva de Cantabria (la Cagiga) en el **Gráfico 6** (24,25):

Gráfico 6. Principales motivos de utilización de la AU por adolescentes que acudieron a la Cagiga en 2011-2012.



Fuente: Elaboración propia a través de datos del Centro de Salud Sexual y Reproductiva. Datos de la memoria de la Cagiga, Cantabria 2003-2012.

La historia de la AU abarca unos 100 años, pero no fue hasta los años 60 cuando se comenzó a utilizar con humanos. Al principio se emplearon anticonceptivos orales combinados (etinilestradiol y levonorgestrel) en dos dosis, la primera antes de las 72 horas después del coito y la segunda a las 12 horas de tomar la primera(método Yuzpe) (22).

Ahora, los tipos de anticonceptivos de urgencia disponibles en España son (1):

1. Levonorgestrel.
2. Acetato de ulipristal.
3. Dispositivo intrauterino.

1. Levonorgestrel

Desde el año 2001, el Ministerio de Sanidad y Consumo autorizó la comercialización de levonorgestrel (LNG) como AU. Al principio se administraban dos comprimidos de 750 mg que debían tomarse con un margen de 12 horas y actualmente se administra en un comprimido, una única toma de 1500 mg. Los dos preparados comerciales son: Norvelo® (Chiesi España, S.A.) y Postinor® (Schering España, S.A.) (23).

La utilización de este medicamento se debe realizar en las primeras 72 horas, tras la relación sexual de riesgo. La eficacia del mismo, depende del tiempo transcurrido desde el coito sin protección, hasta la toma de la AU (1,23):

- ✓ Durante las primeras 24 horas la eficacia es del 95%.
- ✓ De 25-48 horas disminuye a 85%.
- ✓ De 49-72 horas solo es eficaz en un 58%.

De ahí, la importancia de facilitar el acceso como recurso, para la administración de la AU lo antes posible.

▪ El mecanismo de acción

Debemos recordar que el embarazo no tiene lugar inmediatamente después del coito, sino que es un proceso progresivo. La fecundación dura alrededor de 24 horas y el transporte del óvulo fecundado puede durar entre 5-7 días; es en este margen de tiempo donde podemos actuar. Si el embarazo se inicia con la implantación, aumentará la hormona luteinizante (LH) y la AU no actuará (26).

Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) Y el Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia (IEC), actúa sobre dos mecanismos de acción (1):

- ✓ Acción sobre la ovulación: es el principal y posiblemente el único efecto, impidiendo o retrasando la ovulación. Si se toma antes de la ovulación, impide que se produzca el pico de la LH y por tanto, no se produce la liberación del óvulo maduro.
- ✓ Acción sobre los espermatozoides: puede impedir el paso de los espermatozoides, espesando el moco cervical, interfiriendo en su motilidad y en la capacidad para unirse al óvulo, aunque esta acción según los estudios, no es del todo concluyente.

No tiene acción una vez iniciado el proceso de la implantación, por eso no es una medicación abortiva (23).

▪ **Contraindicaciones**

Según la OMS, no hay ninguna contraindicación absoluta, pero la Agencia Española del Medicamento y Productos establece la hipersensibilidad al principio activo o sus excipientes (contiene lactosa). No está recomendado en mujeres con insuficiencia hepática grave o embarazadas, ya que no es efectivo y en los síndromes de mala absorción, como el Crohn, porque puede disminuir su eficacia. Puede ser utilizado por madres que estén lactando, pero se recomienda tomar justo después de la toma (1,23).

▪ **Efectos secundarios**

No se han registrado reacciones adversas graves. Los efectos secundarios más frecuentes son: náuseas y vómitos, cefalea, mareos, fatiga, aumento de la sensibilidad mamaria y dolor en hipogastrio. En el caso de vómitos en las tres primeras horas tras la toma de la AU, se recomienda tomar un nuevo comprimido. Las alteraciones del ciclo menstrual son las más comunes; adelantándose o retrasándose la regla y el sangrado irregular en ese ciclo (1).

▪ **Interacciones farmacológicas**

Los inductores de enzimas hepáticas incrementan el metabolismo, pudiendo disminuir la eficacia; entre estos fármacos se encuentran: antiepilépticos (carbamazepina, fenitoina, fenobarbital...), plantas medicinales como la Hierba de San Juan, antibióticos (rifampicina, rifabutina) y antirretrovirales. A las mujeres que toman estos fármacos se les aconseja doblar la dosis (1).

Según la OMS, el uso repetido de la AU no está restringido, pero si se aconseja dar información a la mujer e indicarle otras opciones contraceptivas. Un nuevo coito de riesgo dentro de las 12 horas siguientes a la toma de la AU, no requiere de un nuevo tratamiento (1).

2. Acetato de ulipristal

El acetato de ulipristal (AUP) es un modulador de la progesterona, su indicación está dentro de las 120 horas (5 días) siguientes a la relación coital de riesgo. Consta de la administración de un único comprimido de 30 mg vía oral (1).

El principal mecanismo, es la inhibición o retraso de la ovulación; las contraindicaciones son las mismas que la LNG, añadiendo la mujer asmática grave que esté tomando glucocorticoides, a la que no se le recomienda el uso. Contiene lactosa y su uso en la lactancia materna recomienda interrumpirla durante 36 horas. Los efectos secundarios pueden ser los mismos (1).

Las interacciones farmacológicas son más amplias; los fármacos que reducen la eficacia son: inductores o inhibidores de las enzimas hepáticas, los medicamentos que aumentan el PH gástrico y los anticonceptivos hormonales que contienen gestágenos (1).

3. DIU

El DIU con un alto contenido en cobre, se utiliza hasta las 120 horas tras el coito de riesgo. Su eficacia es alta, tasas de fallos inferiores al 1%. No existe evidencia concluyente sobre el mecanismo de acción del DIU, se cree que ejerce fundamentalmente una acción espermicida. Si la fecundación ya se ha producido, su principal acción es evitar la implantación. No se conoce ningún fármaco que disminuya la eficacia del DIU como AU, es el método de elección en mujeres que toman fármacos inductores enzimáticos (1).

Para reanudar la anticoncepción habitual tras haber utilizado anticoncepción de urgencia, deberemos tener en cuenta algunas características importantes (**Ver Anexo 4**).

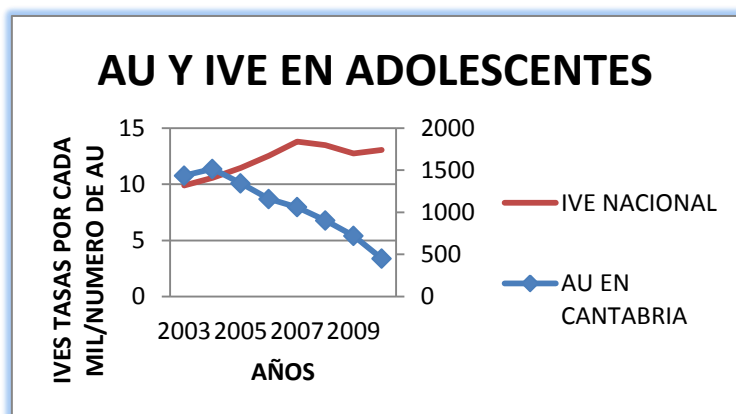
❖ Consumo de la anticoncepción de urgencia.

Hasta la libre dispensación de la AU en 2009 en Cantabria, los centros de atención primaria eran los que más píldoras dispensaban, seguidos muy de cerca por la Cagiga (27).

La libre adquisición de la AU en las farmacias; sin necesidad de receta, lo hizo más accesible como recurso, pero alejó a los jóvenes de la red preventiva asistencial, donde podían recibir consejo y formación por parte del Profesional de la Salud.

Hasta entonces, una gran cantidad de postcoitales se dispensaron en la Cagiga y cómo podemos observar a continuación, el uso de la AU por parte de los adolescentes fue en descenso desde el año 2004 (**Gráfico 7**) (9,25).

Gráfico 7. Comparación de uso de la AU en Cantabria e IVES en España entre los adolescentes.

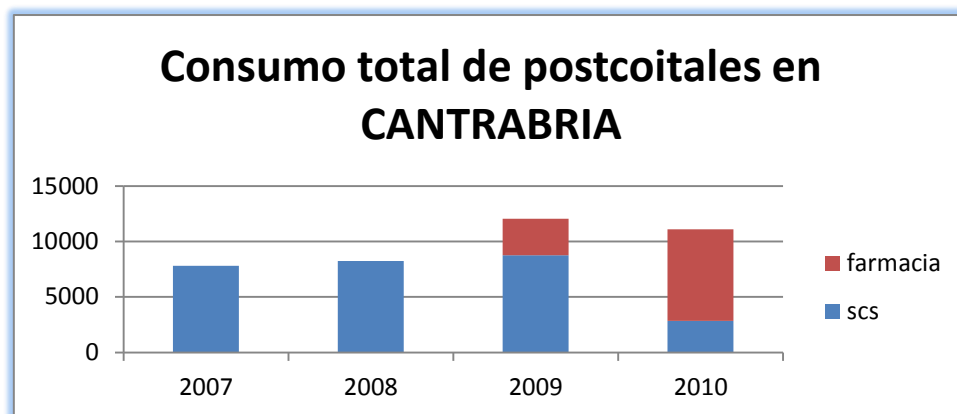


Fuente: Adaptación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Interrupción voluntaria del embarazo y el Centro de Salud Sexual y Reproductiva. Datos de la memoria de la Cagiga, Cantabria 2003-2012.

Los adolescentes menores de 19 años en Cantabria, fueron disminuyendo el consumo de AU, a la vez que la tasa de IVES a nivel nacional ha continuado creciendo. Hemos de destacar que en Cantabria siempre se ha mantenido la tasa de IVES por debajo de la media nacional, pero con tendencia muy similar (9,25).

Llama la atención que al incluir todos los rangos de edad de la mujer, el consumo de la AU en Cantabria aumenta; sin embargo, en el año 2010 se consumieron casi 1000 postcoitales menos que en el 2009 (**Gráfico 8**) (27).

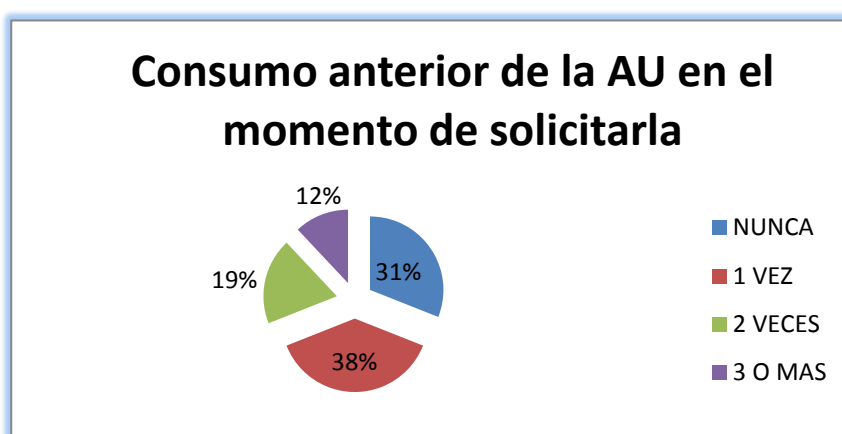
Gráfico 8. Consumo de postcoitales en Cantabria.



Fuente: Adaptación de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 2011.Demanda de anticoncepción postcoital.

Entre los adolescentes entre 15-19 años que demandaron la píldora postcoital en la Cagiga en los años 2011-2012, observamos que el consumo no es abusivo. (**Gráfico 9**) (25).

Gráfico 9. Consumo anterior de AU al solicitarla en la Cagiga entre adolescentes de 15 a 19 años, 2010-2011.



Fuente: Elaboración propia a través de datos del Centro de Salud Sexual y Reproductiva. Datos de la memoria de la Cagiga, Cantabria 2003-2012.

Si la AU supone un excelente recurso para evitar un embarazo no deseado, su uso entre la población fértil debería ser amplio, sin embargo, es un método poco utilizado (22).

Cabe la posibilidad de interpretar que los adolescentes son los que menos usan la AU en Cantabria. Y el efecto rebote, es el alto índice de IVES que se siguen practicando cada año (**Ver Anexo 5**).

CAPÍTULO 4. INTERVENCIONES

Hoy en día, tenemos un nuevo modelo de sexualidad que incluye: el inicio más precoz de las relaciones sexuales, un concepto más igualitario y diferente de la sexualidad y la pareja, el deseo de percibir situaciones de riesgo, nuevas creencias y mitos sobre anticoncepción y sexo, diferentes y variadas prácticas sexuales y mejor aceptación de la homosexualidad y del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (2).

La cultura de este modelo, hace necesario facilitar la educación sexual y reproductiva a todos los niveles; a pesar de que los estudios señalan que los adolescentes tienen, en general una conducta prudente, en ocasiones encontramos conocimientos deficientes y conductas de riesgo (2).

4.1. Rol del profesional enfermero en Educación para la Salud.

Las intervenciones en los distintos campos de actuación, han de ser complementarias para ser efectivas. La prevención de las conductas de riesgo sexual en adolescentes, es el resultado de la combinación de acciones en los medios de comunicación, la educación, la comunidad y la atención sanitaria (14).

Esto implica, que todos los grupos en todo su contexto (familia, amigos, entorno social, políticos, Profesionales de la Salud, entorno escolar, etc.), deberán contribuir a desarrollar estrategias que ayuden a los adolescentes a tomar decisiones responsables (14).

Las intervenciones educativas deben obtener como resultado, la mejora de conocimientos, habilidades, actitudes y reducir los comportamientos sexuales de riesgo (14).

Las estrategias de prevención y promoción de la salud sexual en la adolescencia, se realizarán mediante actividades grupales en el ámbito escolar y comunitario, así como asesoramiento individualizado desde los servicios de salud o la mejora de la accesibilidad a los métodos anticonceptivos y de protección (14).

Muchas de estas intervenciones corresponden al ámbito familiar, comunitario y escolar. Sin embargo, los Profesionales Sanitarios tenemos un papel fundamental apoyando a estos, con funciones específicas tanto desde los centros sanitarios de atención primaria o especializada, como desplazándonos a las escuelas o al ámbito familiar (14).

La educación sexual debe hacerse gradualmente desde que el niño nace, adecuando los conceptos a su edad, tanto en la escuela como en la consulta de atención primaria, en las diferentes visitas rutinarias (3).

El impacto esperado de intervenciones adecuadas, sería desarrollar estrategias para promover las relaciones sexuales entre adolescentes en tiempo y forma adecuadas, es decir, un retraso en el inicio de las relaciones sexuales, una reducción de la actividad sexual sin protección, incrementando el uso del preservativo, anticoncepción y reducir los embarazos no deseados. Así, los adolescentes aprenderían a satisfacer sus necesidades con el menor riesgo posible (28) **(Ver Anexo 6)**.

La Educación para la Salud (EPS), es una herramienta que forma parte del pilar fundamental de la salud sexual en los adolescentes, siendo capaz de contribuir a cambios en las actitudes, las habilidades y comportamientos.

El **diseño de las intervenciones** debe ir enfocado a (20, 28,29):

- ✓ Aumentar la susceptibilidad; si la gravedad percibida de contraer una ETS o un embarazo no deseado es mayor, evitara conductas de riesgo.
- ✓ Mejorar los conocimientos; facilitando información sobre los diferentes métodos anticonceptivos, promoviendo la utilización de la doble protección.
- ✓ Mejorar las habilidades; impartiendo clases de simulaciones donde por ejemplo; aprendan el uso correcto del preservativo.
- ✓ Aumentar la autoeficacia; mediante talleres de asertividad, para ayudarles a negociar el uso de anticonceptivos con su pareja, como los juegos de rol o de implicación, para conseguir que tanto los chicos como las chicas estén igual de dispuestos al uso del preservativo.
- ✓ Disminuir la presión social; desterrar mitos y creencias sobre el sexo y la AU.
- ✓ Eliminar las barreras; mejorar la accesibilidad de anticonceptivos y de la AU.

La utilización de encuestas y la valoración de datos acerca de los índices de IVE o ETS, nos servirán para evaluar la eficacia de nuestras intervenciones.

El desarrollo de la personalidad de las personas se forma a medida que crecemos. Es importante ayudar a los adolescentes a que tengan conductas sexuales saludables, para ello, han de tomar decisiones responsables y necesitan nuestra ayuda. La educación es un derecho del adolescente y el Profesional Sanitario tiene el instrumento para desarrollar la prevención y fomentar la promoción de la salud.

CONCLUSIONES

- ✓ Desde el punto de vista legislativo, el menor maduro es un sujeto con plena autonomía en el desarrollo de su sexualidad, pero muchas veces se vulnera este derecho; los Profesionales de la Salud debemos velar por preservarlo.
- ✓ Los factores que influyen en las conductas de riesgo de los adolescentes son: un debut sexual temprano, el consumo de tabaco, cannabis o alcohol, el bajo rendimiento académico o absentismo escolar y la falta de educación sexual.
- ✓ El método anticonceptivo más adecuado para los adolescentes, es el uso de la doble protección. Sin embargo, los jóvenes utilizan cada vez menos el preservativo, y la AU es poco demandada, lo que vemos reflejado en el alto índice de IVES y el contagio de ETS.
- ✓ A pesar de que los cambios deben ser en todos los campos (familia, escuela, políticos, sanidad, etc.), el rol del Profesional Enfermero es clave en el papel de la EPS; si realizamos intervenciones sobre la sexualidad, los adolescentes no tendrán conocimientos deficientes, su actitud será más responsable y sus conductas serán más saludables.

ANEXOS

ANEXO 1.- Legislación sobre Salud Sexual.

SITUACIÓN REGULADA /SUPUESTOS	1ª Ley de 1985	Ley de 2010 (la actual)	Anteproyecto
Por violación denunciada	12 semanas	No se considera, plazo libre de 14 semanas	12 semanas
Riesgo grave o anomalía fetal	22 semanas, previo dictamen de 1 especialistas.	22 semanas previo dictamen de 2 especialistas.	No se contempla, se acogerían a daño psíquico
Por grave riesgo para la vida o la salud de la mujer.	22 semanas, previo dictamen de 1 especialistas.	22 semanas, previo dictamen de 1 especialista. - Por encima de 22 semanas- parto inducido.	22 semanas, previo dictamen 2 médicos. - Por encima de 22 semanas- inducción del parto
Anomalía fetal incompatible con la vida		Por encima de 22 semanas, previo dictamen de 1 médico.	Por encima de 22 semanas, previo dictamen de 2 especialistas.
Periodo de libre elección de la mujer		3 días tras recibir información	7 días tras recibir información
Edad legal para decidir libremente	Desde los 18 años	Desde los 16 años	*de 16-18, con consentimiento paterno.
Código penal	Prisión y multa	multa	Se elimina
Objeción de conciencia de los profesionales	No está regulada	Solo los médicos	Todos profesionales vinculados con el proceso.

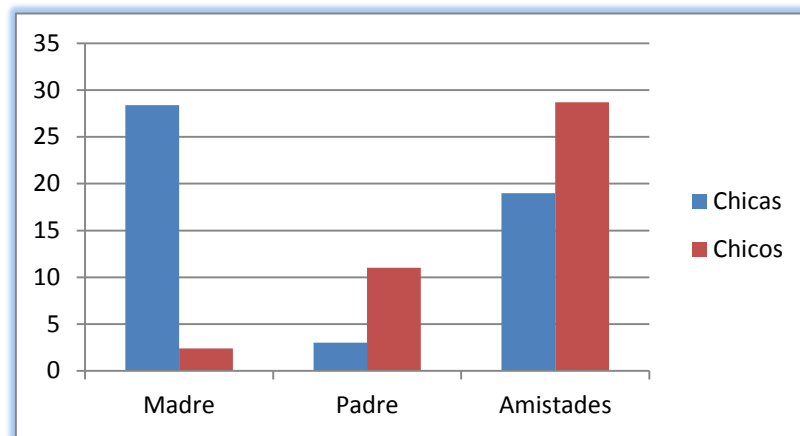
Fuente: Elaboración propia a través de la Ley de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo. Boletín Oficial del Estado nº 55, (4-3-2010) y el Anteproyecto de Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada. Congreso de los diputados (20-12-2013).

ANEXO 2.- Tipos de consentimientos por representación.

EDAD	CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACION	
Menores de 12 años o menos	Si Siempre, sus tutores o padres	Si tiene 12 años cumplidos se le escuchará.
Menores entre 13-15 años	No, salvo que no sea “Menor maduro”.	
Menores entre 16-17 años	No, en materia de salud, son autónomos, salvo: ❖ Técnicas de reproducción asistida ❖ Prácticas de ensayos clínicos	Los padres serán informados en el caso del IVE o actuación de grave riesgo, salvo que suponga conflicto grave.
Mayores de edad con 18 años	Nunca, pleno derecho.	

Fuente: Elaboración propia a través de la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado nº274, (15-11-2002).

ANEXO 3.- Vía de obtención de información sexual diferenciada por sexo.



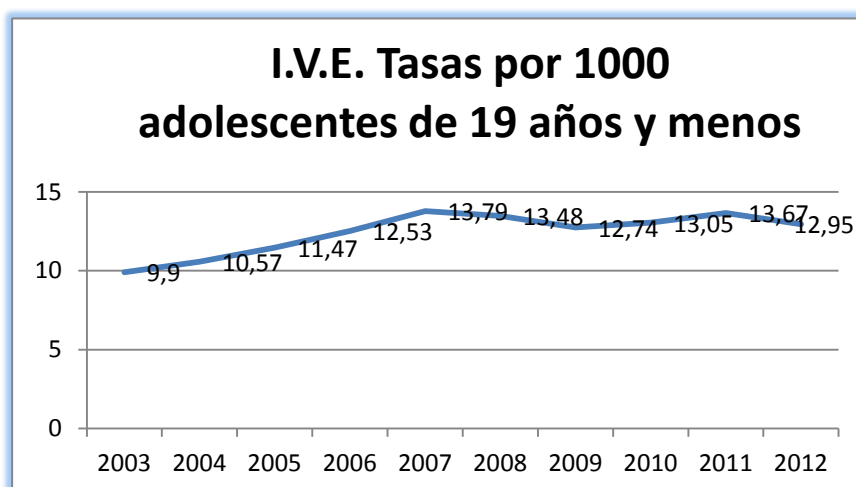
Fuente: Elaboración propia a través de datos de Monero Mínguez A, Rodríguez San Julián E. Informe juventud en España 2012.

ANEXO 4.- Anticoncepción tras la AU.

MÉTODO	SI CONTUNÚA EL MÉTODO EN USO	SI COMIENZA UN MÉTODO NUEVO	CUÁNDO COMENZAR
Preservativo	X	X	Se puede usar inmediatamente
diafragma	X	X	Se puede usar inmediatamente
espermicida	X	X	Se puede usar inmediatamente
Anticonceptivos orales	X		El día siguiente al tratamiento empezar con un nuevo paquete y tomar una píldora por día. Usar preservativo hasta el próximo periodo (7 días de uso de cualquier píldora impiden la ovulación).
		X	Esperar al próximo periodo y comenzar entonces un nuevo paquete el 1º día de la menstruación. Usar preservativo hasta el siguiente periodo.
Píldora que contiene solo progestina	X		El día siguiente al tratamiento empezar con un nuevo paquete y tomar una píldora por día. Usar preservativo hasta el próximo periodo
		X	Esperar al próximo periodo y comenzar entonces un nuevo paquete el 1º día de la menstruación. Usar preservativo hasta el siguiente periodo.
Inyecciones trimestrales	X	X	Empezar el día que finaliza el tratamiento de AE o durante los 5 días siguientes al comienzo del próximo periodo menstrual. Usar preservativo hasta el siguiente periodo.
Parche y anillo vaginal anticonceptivo	X		Empezar el día del tratamiento de AE. Usar preservativo hasta el siguiente periodo.
		X	Esperar al próximo periodo y comenzar entonces un nuevo paquete el 1º día de la menstruación. Usar preservativo hasta el siguiente periodo.

Fuente: Adaptación de Álvarez González D, Bustamante Estébanez E, Camus Fernández N, Fernández Lerones MJ, González García J, Mora Sáez E et al. Anticoncepción de emergencia. Protocolo de dispensación.

ANEXO5.- IVE total nacional en adolescentes.



Fuente: Elaboración propia a través de datos del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Interrupción voluntaria del embarazo.

ANEXO 6.- Efectos de la intervención educativa para la prevención del embarazo en la adolescencia.



Fuente: Colomer Revuelta J, Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Prevención del embarazo en la adolescencia. *Pediatr Aten Primaria*.2013; 15: 261-269.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Sociedad Española de Contracepción [internet]. Madrid: sec.es; 10 de mayo 2011[acceso 19 de enero de 2014] Álvarez Gonzales JD, Gómez Martínez MA, González Navarro JV, Parera Junyent N, Pérez Campos EF, Sierra Lavilla M et al. Manual de anticoncepción de urgencia. Disponible en: <http://sec.es/area-cientifica/documentacion-cientifica/manual-de-anticoncepcion-de-urgencia/>
- (2) Quintana Pantaleón C. Sexualidad y anticoncepción en la adolescencia. *Pediatr Integral*. 2013; XVII (3):171-184.
- (3) Observatorio de Salud de la Mujer [Internet]. Madrid: msssi.gob.es; 2012[acceso el 3 de febrero de 2014]. Informe elaborado por CIMOP. La educación y promoción de la salud sexual. Problemas y pautas de intervención con vistas a reducir embarazos no deseados. El punto de vista de los profesionales. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IVES_Juventud_Monografico_Profesionales_Educadores_Sanitarios.pdf
- (4) Instituto de la juventud [internet].Madrid: Injuve; 2012 [acceso el 21 de enero de 2014] Monero Mínguez A, Rodríguez San Julián E. Informe juventud en España 2012. Disponible en: http://www.injuve.es/sites/default/files/2013/26/publicaciones/IJE2012_0.pdf
- (5) Rodríguez Carrión J, Traverso Blanco CI. Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. *Gac Sanit*.2012; 26(6): 519-524.
- (6) Centro Nacional de Epidemiología. Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. [Internet].Madrid: Instituto Carlos III; 2013[acceso 28 de mayo de 2014] Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual 1995-2010. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/Vigilancia ITS 1995 2011 Web.pdf>
- (7) Triviño Rodríguez M, Muñoz-Santanach D, Trenchs Saiz de La Maza V, Valls Lafon A, Luaces Cubells C. Evolución de la incidencia de test de embarazo positivo en adolescentes atendidas en un servicio de urgencias. *An Pediatr (Barc)*. 2011; 75(2): 110-114.
- (8) Ley de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo. *Boletín Oficial del Estado* nº 55, (4-3-2010).
- (9) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2012[acceso 2 enero de 2014] Interrupción voluntaria del embarazo. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2012.pdf
- (10) Anteproyecto de Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada. Congreso de los diputados (20-12-2013).

- (11) Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado nº274, (15-11-2002).
- (12) Federación de planificación familiar estatal [Internet]. Madrid: fpfe.org; 2012[acceso 12 enero de 2014] Proyecto Europeo Safe. Factores que influyen en el embarazo de adolescentes y jóvenes. Disponible en: <http://www.fpfe.org/informe-completo-factores-que-infuyen-en-el-embarazo-de-adolescentes-y-jovenes/>
- (13) López-Amorós M, Schiaffino A, Moncada A, Pérez G. Factores asociados al uso autodeclarado de la anticoncepción de emergencia en la población escolarizada de 14 a 18 años de edad. Gac Sanit. 2010; 24(5): 404-409.
- (14) Colomer Revuelta J, Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Prevención del embarazo en la adolescencia. Pediatr Aten Primaria. 2013; 15: 261-269.
- (15) Brasas Andrés J, Celada Pérez MS, Estepa Jorge AI, Menéndez Ortiz de Zárate MM. Contracepción de emergencia. Una perspectiva desde la adolescencia. Index Enferm. 2007; 56: 22-25.
- (16) Del Pliego Pilo G, Díaz Jiménez E, Alarcón Diana MP, Martínez Serrano P. Autonomía del Menor Maduro en su salud reproductiva. Index Enferm. 2006; 15(54): 39-43.
- (17) Faílde Garrido JM, Lameiras Fernández M, Bimbela Pedrola JL. Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. Gac Sanit. 2008; 22(6):511-519.
- (18) Castro A, Paz Bermúdez M, Buéla-Casal G, Madrid J. Variables psicosociales que median en el debut sexual de adolescentes en España. Rev Latinoam Psicol. 2011; 43(1): 83-94.
- (19) Guerrero Masía MD, Guerreiro Masía M, García-Jiménez E, Moreno López A. Conocimientos de los adolescentes sobre la salud sexual en tres institutos de educación secundaria valencianos. Rev Pediatr Aten Primaria. 2008; 10(39):433-442.
- (20) Peinado Rodríguez MT. Sexualidad y anticoncepción. Rev Pediatr Aten Primaria. 2008; 10 Supl 2: e19-43.
- (21) Sociedad Española de anticoncepción [internet]. Madrid: Centro joven de anticoncepción y sexualidad; 2012[acceso 15 de febrero de 2014] Guía de métodos anticonceptivos. Disponible en: <http://www.sec.es/informacion/guia-anticonceptivos/index.php>

- (22) Aparicio Cilla L, Fernández Artola R, Pérez del Río C. Anticoncepción de emergencia en un servicio de urgencias de Atención Primaria rural. NURE Inv [revista en internet] Ene-feb 2013[acceso 23 de febrero de 2014]; 10(62): [aprox. 6.]. Disponible en:
http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE62_original_anticoncepcion26122012132210.pdf
- (23) Salud Cantabria [internet].Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 2006 [acceso 5 de febrero de 2014]. Álvarez González D, Bustamante Estébanez E, Camus Fernández N, Fernández Lerones MJ, González García J, Mora Sáez E et al. Anticoncepción de emergencia. Protocolo de dispensación. Disponible en:
<http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/ProtocoloAnticoncepcionEmergencia.pdf>
- (24) Peinado Rodríguez MT. Hablemos de sexos sin género...de dudas. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2010.Madrid: Exlibris Ediciones; 2010.p.299-308.
- (25) Centro de Salud Sexual y Reproductiva. Datos de memoria de la Cagiga, Cantabria 2003-2012.
- (26) González-Merlo J, Lailla Vicens JM, Fabre González E, González Bosquet E. Obstetricia. 5ªedición.Madrid: Elsevier; 2006.
- (27) Salud Cantabria [internet].Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 2011 [acceso 19 de febrero de 2014].Demanda de anticoncepción postcoital. Disponible en:
<http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/Indicadores%20demanda%20anticoncepci%C3%B3n%20postcoital.pdf>
- (28) Gutiérrez-Martínez O, Paz Bermúdez M, Teva I, Buela-Casal G. Sexual sensation-seeking and worry about sexually transmitted diseases(STD) and human immunodeficiency virus (HIV) infection among Spanish adolescents. Psicothema. 2007; 19(4): 661-666.
- (29) Pérez G. La salud reproductiva y sexual en España. Gac Sanit. 2009; 23(3):171-173.