

Sexualidad y anticoncepción

MT. Peinado Rodríguez

Centro de Orientación Familiar/Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad Ciudad Jardín. Badajoz.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2008;10 Supl 2:e19-43

M.^a Teresa Peinado Rodríguez, maytep@telefonica.net

Resumen

Casi la mitad de los embarazos en menores de 20 años termina en aborto, además aumenta la incidencia de infecciones de transmisión sexual en jóvenes y adolescentes; esto supone un coste social elevado y aún más en términos personales. La educación sexual y el fácil acceso a los servicios sanitarios pueden ayudarles a disfrutar de una sexualidad sin riesgos.

Los años anteriores a la adolescencia cuentan también y son los pediatras los mejor situados desde el punto de vista sanitario, para ayudar a chicos y chicas "iluminándoles con posibilidades y abonándoles con coherencias" en materia de salud sexual y reproductiva.

Los métodos barrera, en concreto el preservativo y la anticoncepción hormonal son las opciones preferentes para la atención en anticoncepción de los/as adolescentes. Debido a las deficiencias en el manejo de los métodos preventivos en la adolescencia es recomendable la utilización de la doble protección: preservativo y anticoncepción hormonal conjuntamente. De esta manera se evitarían embarazos no deseados y se protegerían de las infecciones de transmisión sexual. La anticoncepción de emergencia es una herramienta terapéutica de suma importancia para la prevención de embarazos no programados.

Palabras clave: *Adolescentes, Sexualidad, Anticoncepción, Embarazo, Salud, Sexualidad evolutiva.*

Abstract

Nearly half of all pregnancies of women under 20 years end in abortion. The incidence of sexually transmitted infections in young people and teenagers increases and this represents a high social cost, and even more in personal development. Sexual education and the easy access to health services can help them enjoy a safe sexuality.

The pre-adolescence counts also, and paediatricians are the best placed, from a health point of view, to help teenagers by means of guiding them with possibilities and coherences in sexual and reproductive health.

Barrier methods, specifically condoms, and hormonal contraception are the preferred options for contraception in adolescents. Due to the deficiencies in the management of preventive methods in adolescence, it is advisable to use dual protection: condoms and hormonal contraception together. This would help avoiding unwanted pregnancies and would protect from sexually transmitted infections. Emergency contraception is a very important therapeutic tool for preventing unplanned pregnancies.

Key words: *Adolescents, Sexuality, Contraception, Pregnancy, Health, Evolutive sexuality.*

La autora declara no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Introducción

Educar para la salud es una obligación de todos los sanitarios, si además nos dedicamos a la Atención Primaria (AP) debería ser una labor del día a día, compaginada con la labor asistencial y programada con actividades de promoción y prevención de la salud.

Educar para la salud es educar en sexualidades (luego, descubriréis el porqué de este plural), esto también es una obligación nuestra y un derecho de niños, adolescentes, jóvenes, en general de hombres y mujeres.

Los pediatras ocupáis un lugar privilegiado para la tarea que nos ocupa, por tanto, os invito a que me acompañéis en esta reflexión.

Definición de salud sexual y reproductiva

Desglosando sus dos componentes podemos definir la salud reproductiva como un "estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia". Ade-

más, establece como objetivo de la salud sexual "el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción e infecciones de transmisión sexual"².

Por otro lado la salud sexual queda definida por la *World Association for Sexology* como un "estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos"¹.

Componentes de la salud sexual y reproductiva

Son los siguientes³:

- Servicios de información, asesoramiento, educación y comunicación en materia de anticoncepción y salud sexual y reproductiva.
- Educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgo y posparto.

- Cuidados de salud para los recién nacidos.
- Acceso a métodos anticonceptivos seguros y modernos.
- Información, diagnóstico, seguimiento y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.
- Servicios de aborto seguro y tratamiento de sus posibles complicaciones.
- Prevención y tratamiento apropiado de la infertilidad.
- Información, educación y asesoramiento sobre sexualidad, salud reproductiva y maternidad y paternidad responsable.
- Procurar servicios de prevención y atención en materia de violencia de género.

Su ámbito de actuación tiene que hacer especial énfasis en la población juvenil, así como garantizar la participación de las mujeres en la toma de decisiones.

Los pediatras encajáis en varios de los puntos, anteriormente expuestos, relativos a los componentes de la salud sexual y reproductiva (SSyR). Sé que sabéis que vuestro cometido no termina en el cuidado de salud para los recién nacidos y por ello introducís en vuestra formación este tema. Ahora quiero que me sigáis en la reflexión; cuando pretendemos

avanzar en este campo, deberíamos detenernos un momento en saber cómo están las cosas, ya que actuamos como si antes de cada intervención no hubiera nada, afortunadamente, esta no es la verdad, hemos avanzado, "lo sexual" ya no es "lo escondido", los medios de comunicación, con sus revistas dirigidas al público adolescente, han incorporado secciones sobre sexualidad al igual que la radio o la televisión; la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE), sin pasar a juzgar "el cómo", hace que la escuela asuma su responsabilidad junto con las familias; los profesionales sanitarios (aunque haya sido a través del espejo de las cifras de embarazos no deseados o de la incesante escalada de abortos e infecciones de transmisión sexual), nos hemos dado cuenta de la necesidad de incluir la educación sexual en nuestra cartera de servicios. Es curioso que queriendo convertir la educación sexual en tierra de todos, esté reducida a tierra de nadie.

Aprendamos que, en materia de educación sexual cada cual tiene su papel en la sociedad, que faltan muchos pasos para llegar a la meta, pero que nosotros desde nuestras consultas debemos ayudar a que esos chicos y chicas, con sus diferentes sexualidades, no estén perdidos⁴.

Sexualidades

A pesar de todo lo expuesto anteriormente, cabe preguntarse: ¿por qué se producen los embarazos no deseados?, ¿qué hace que chicos y chicas que tienen información no la usen?, ¿por qué es tan difícil comunicar los miedos o los deseos?, ¿por qué se tienen relaciones eróticas de riesgo creyendo incrementar el placer y luego no se disfrutan?, ¿qué falla, los métodos anticonceptivos o quienes los usan?

Muchas preguntas, y es que un coito no protegido es mucho más que un pene y una vagina que entran en contacto, son dos personas las que entran en contacto, un hombre y una mujer. Las relaciones eróticas no son algo que “se hace”, sino algo que “se vive” y es ahí donde radica la dificultad. El embarazo no deseado no es simplemente el resultado de un encuentro inesperado entre un óvulo y un espermatozoide, es mucho más.

Por esto, la educación en sexualidades no debe comenzar en la adolescencia, debe hacerse desde que el niño nace (luego daré algunas claves). Sirva para la reflexión que no es igual hacer educación sexual hablando del cuerpo y de la identidad, que haciéndolo “sólo” de los genitales; hablando de las distintas formas de expresión erótica que sólo de los coitos, protegidos o no; hablando de los placeres en plural o del orgasmo en singular;

de los deseos y las posibilidades, o de los miedos y las dificultades, etc. Miren, es que no es igual.

Hablar de sexualidades es hablar del *hecho sexual humano*, es hablar de chicos y chicas, hombres y mujeres que son sexuados, viven como sexuados y se expresan y relacionan como tales. Por ello, uno de los objetivos de la consulta de pediatría debería ser que chicos y chicas aprendan a conocerse, aceptarse y expresar su erótica, de forma que estén satisfechos con ellos mismos y sean felices. Conseguir esto no implica solamente evitar un embarazo no deseado o una infección de transmisión sexual (ITS). Esto se aprende desde el objetivo de conseguir y no desde evitar, porque “quien evita, no siempre consigue”¹.

Siguiendo con el *hecho sexual humano*, deciros que es un pilar básico para manejarse como remeros de la canoa de la educación sexual. Este hecho tiene tres realidades:

- Sexo o sexuación.
- Sexualidad.
- Erótica.

Estas tres realidades pueden separarse para su estudio, pero son vividas conjuntamente por todo ser humano, cada uno con sus peculiaridades. Cada hombre y cada mujer son únicos, por ello hay tanta diversidad; éste es el motivo de que no

hablemos de sexualidad en singular, sino de sexualidades en plural.

Sexo o sexuación

Desde la fecundación hasta la muerte, se irán concatenando en cada individuo niveles que progresiva y evolutivamente irán sexuándolo. Esto es más complejo que la carrera del espermatozoide buscando al óvulo, que si gana la X es mujer y si gana la Y será hombre, ya que esto es sólo a nivel de los cromosomas, pero luego llegarán las gónadas, los genitales internos y los externos, las hormonas... Tras el parto se asigna el sexo, luego la crianza diferencial, la pubertad, la adolescencia, el climaterio; todo ello con matices diferentes en cada hombre y en cada mujer, es decir, dos sexos con un montón de posibilidades o, lo que es lo mismo, muchas formas de estructurarse como hombre o como mujer¹.

Todo el proceso de sexuación no depende de la voluntad del sujeto, pero se ve modificado por lo que se vive y se siente a lo largo de la vida, por lo que la diversidad entre un sujeto y otro es mucho mayor.

Sexualidad

La sexuación nos viene dada. Todas las estructuras se ponen en marcha con independencia de la voluntad del sujeto.

Ahora entramos en la sexualidad, que ya es un nivel subjetivo, lo relevante ahora no es lo anatomofisiológico, es la manera de vivir el sujeto todo este proceso, de cómo se toma conciencia de los dos sexos y nos vamos identificando con uno de ellos. A pesar de esta identificación con un sexo, cada persona lo vive de forma distinta, de ahí la pluralidad. Y además evolucionamos con el tiempo y los diferentes momentos que nos regala la vida.

Naturalmente debemos incluir la posibilidad de vivirse como homosexual o heterosexual y sus diferentes grados. Nosotros desde nuestras consultas debemos ayudarles a que estén contentos de lo que son y cómo lo son, desde el respeto y protegiendo sus procesos.

Erótica

Para que entiendan, este nivel nos da a "las sexualidades", más complejidad, más pluralidad, porque se trata del modo de expresar cada uno todo lo anterior, algo así de "cómo se es y cómo se vive"¹.

Se puede llevar a cabo a través de deseos, gestos, conductas o fantasías; por ello no hay una sola erótica, sino muchas, y dependerá de las creencias, valores, sentimientos, apetencias, gustos, relaciones de pareja y también de manías, fantasmas, miedos, etc. Por supuesto,

cuando hablamos de erótica, no sólo nos referimos a la penetración o coito, o a los genitales, tiene que ver con todo el cuerpo y con toda la piel. Lo sensato no son los criterios de cantidad, (mucho o poco), sino los personales, donde entran en juego el placer, la coherencia y el sentirse bien¹.

Las relaciones eróticas son expresiones de la sexualidad, donde buscamos obtener gratificación o placer, no orgasmos, ya que no sólo con la penetración se consiguen. Son muchas las posibilidades y muchas las eróticas.

Nuestra misión es que cada cual sea feliz desde su manera de expresar la sexualidad, desde la coherencia y los deseos propios.

Sexualidad evolutiva

La vida sexual del ser humano no es estática, está en permanente proceso de transformación. Aunque la sexualidad está presente desde el nacimiento hasta la muerte, no es rígida, cada etapa tiene sus propias peculiaridades. En este artículo, nos referiremos a la sexualidad infantil, prepuberal y del adolescente.

Sexualidad infantil (de 0 a 6 años)

Existen dos procesos básicos que van a condicionar la sexualidad infantil y en muchos casos la sexualidad del adoles-

cente y del adulto: las relaciones afectivas y la adquisición de la identidad sexual y el rol de género.

Las relaciones afectivas

Desde el punto de vista fisiológico, es importante la respuesta a la estimulación táctil. Desde el punto de vista psicosocial, se va a producir:

- Asignación de la identidad y el rol sexual.
- Se producen relaciones con las personas que les cuidan, son las llamadas *figuras de apego*.

Las personas nacemos necesitadas de vínculos afectivos. Los bebés se vinculan a quienes les ofrecen conductas íntimas, desformalizadas y frecuentes. En esta relación aprenden:

- El uso y significado de las formas de comunicación íntima.
- A hacer demandas cuando se sienten necesitados.
- A satisfacer las demandas de las demás personas.

Todos estos vínculos afectivos median la sexualidad e implican:

- Sentimientos: de seguridad y bienestar cuando están juntos, y de angustia ante la separación.
- Conductas: de búsqueda de proximidad y contacto sensorial, como besos, abrazos, etc.

- Expectativas: consiste en esperar determinados comportamientos de las demás personas.

Desde la perspectiva de lo fisiológico, es importante el contacto piel a piel, para aprender a tocar y ser tocados, a mirar y ser mirados, a comunicar y entender lo que nos quieren comunicar. En las relaciones de apego, se adquiere seguridad emocional que permite abrirnos a los demás. Se aprende también a superar las decepciones afectivas de forma que:

Las figuras de apego positivas harán que los niños/as:

- Sean confiados/as con su pareja.
- Sean personas bien aceptadas.
- Tengan relaciones interpersonales y de pareja duraderas y muy positivas.
- Gocen de suficiente autoestima y seguridad en ellos mismos.

Las figuras de apego negativas serán personas:

- Ansiosas e inseguras.
- Frías y distantes.
- De cambios emocionales bruscos.
- Con miedo a la intimidad.
- Obsesionadas por la pérdida del otro (celos).
- Que establecerán relaciones interpersonales negativas.
- Que no confíen en los demás.

La educación sexual en este periodo de tiempo debe ser insistiendo, a los padres

y cuidadores, en que ofrezcan a los niños/as atenciones afectivas.

La adquisición de la identidad sexual y el rol de género

Aparecen en el niño/a nuevas capacidades: motoras, mentales y lingüísticas. Estas capacidades le van a permitir una mayor comprensión de la realidad. Aún no han interiorizado la moral, por lo que ésta va a depender del juicio de los adultos que están en su círculo⁵. Tampoco han aprendido aún a controlar sus deseos.

Va a ser en esta etapa donde adquieran la identidad sexual, entendida como una convicción, por la que cada persona sabe que pertenece a la categoría de mujer o de hombre, de niña o niño según sus características biológicas. El rol de género consiste en las asignaciones que la sociedad considera como propias de la mujer o del hombre, por ejemplo, la forma de vestir o de comportarse en los diferentes ámbitos.

Hasta los 2 años, y antes de que el menor sepa quien es él mismo, la sociedad le asigna un rol que condicionará el desarrollo social (los vestidos, los adornos, la ropa del carrito, juguetes y hasta las fantasías sobre su futuro profesional, etc.).

Entre los 2 y 6 años, los niños/as se dan cuenta de que hay dos tipos de per-

sonas (los hombres y las mujeres, los niños y las niñas) que visten de forma diferente, que tienen el cuerpo diferente e incluso actúan diferente. Con ello se dan cuenta de que pertenecen a una u otra categoría, pero no lo tienen claro y creen que la identidad puede ser cambiante (los niños piensan que en el futuro se pueden convertir en "mamás") y no es hasta los 5 a 7 años cuando se identifican claramente.

Tanto la identidad sexual como el rol de género condicionan las percepciones y la interpretación de la realidad; todo es sexuado: comportamientos en las relaciones sociales, lenguaje, objetos, juguetes y lo más importante, y en lo que debemos insistir, el rol discriminatorio de la mujer.

En esta época, puede que algún niño/a no se identifique con su rol, a esto no debemos prestar atención, excepto que de forma insistente, reiterada durante meses, no se convenga del rol asignado por la sociedad, en este caso, y mientras se envía al especialista, debemos marcar a los padres la conducta a seguir:

- No castigar al menor, lo que le ocurre no depende de su voluntad.
- Tampoco premiarle de alguna forma, dedicando demasiada atención o haciendo bromas sobre el tema.

Por otro lado y considerando el punto de vista fisiológico, nacen con una ana-

tomía y fisiología sexual definidas que no sufrirá importantes cambios hasta la pubertad.

La fisiología del placer está desarrollada desde el nacimiento, por tanto, hay capacidades en los niños de erección y en las niñas de vasocongestión. Por este motivo, algunos niños/as en los primeros años de vida descubren esta capacidad y tienden a buscar el placer masturbándose. Esta conducta no predice o anuncia un mal pronóstico en el presente o futuro, por lo que los padres y educadores no deben preocuparse ni regañarles, sólo indicarles que debe ser una conducta privada.

Sexualidad prepuberal

La curiosidad, la imitación y el placer son los grandes motores que impulsan las conductas sexuales de los menores⁵.

El deseo de conocer e interpretar las diferencias corporales y las conductas propias de cada sexo les lleva a hacer numerosas preguntas en cuanto a las diferencias anatómicas, o del vestir, o del origen de los niños, o de los besos y caricias de los adultos, etc. Esto es típico entre los 3 y 6 años. Estas preguntas deben ser contestadas:

- En el mismo momento en que las formulan.
- Con palabras que entiendan, no sexistas ni de mal gusto.

- De manera natural y sencilla, sin misterios.
- Con visión positiva de la sexualidad.
- No ocultando información, explicándolo de forma fácil.

Las conductas sexuales que los niños/as observan son numerosas (en los animales, familia, medios de comunicación, etc.) por lo que ellos en sus juegos reproducen algunas de estas conductas. Estos juegos imitan actividades y roles de contenido sexual.

Los adultos no debemos dramatizar, debemos dejarles que jueguen y descubran, siempre que sea entre niños de la misma edad y que ninguno de los participantes haya sufrido abusos, ya que, el que no se dé alguna de estas circunstancias, supondría el único motivo en que habría que intervenir en el juego.

Hasta los 6 años son normales conductas como la autoestimulación, o las experiencias sexuales con otros menores, luego aprenden a ocultar la sexualidad.

Hasta el comienzo de la pubertad:

- Aparecen nuevos y diversos agentes de socialización que modelan su conducta sexual, estos son los maestros, compañeros, medios de comunicación, literatura infantil...
- Ejercen mayor control de las manifestaciones sexuales, por lo que aprenden a ocultarlas y no es una

fase de latencia como se suponía antes.

Sexualidad en la adolescencia

La adolescencia es un periodo de la vida a mitad de camino entre la infancia y el mundo adulto. Es un periodo difícil de definir cronológicamente y aún más en términos psicosociales, ya que se producen profundos cambios que afectan al cuerpo, a su modo de pensar, a su mundo de relaciones y a su identidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se divide en dos fases, una primera adolescencia que abarca entre los 10 ó 10 1/2 años y los 14 años, y una segunda fase desde los 14 hasta 19 años.

Se caracteriza por:

- La presencia de cambios biofisiológicos, mentales, afectivos y sociales profundos.
- Tratarse de una etapa de transición donde estos cambios se dan con tanta rapidez que se necesitan continuas readaptaciones.
- Tener lugar la adquisición de su autonomía respecto de la familia, de otras instituciones, de la moral y de la ideología de los padres.
- El intento de definir un proyecto de vida.

El problema de fondo es la contradicción a la que los adolescentes se ven so-

metidos por parte de la sociedad; de un lado, la familia, el sistema educativo y el sanitario no reconocen, en cierta medida, el derecho a la actividad sexual; mientras del otro lado, el mercado les sobreexcita y manipula impregnando el comercio de sexualidad. Esto hace que sean un grupo de riesgo, para embarazos no deseados, para infecciones de transmisión sexual y para abusos sexuales por parte de los adultos⁵.

Para que los adolescentes ejerzan el derecho a la sexualidad, debemos educarles para que lo hagan libres de riesgos y de forma responsable.

Cambios en la imagen corporal

En relación a estos cambios:

- Toman conciencia de la propia figura corporal.
- La figura corporal es lo que más les preocupa, provocando dificultades en la aceptación, en el caso de no adaptarse al canon social de belleza. Los chicos/as considerados atractivos/as son mejor valorados y aceptados socialmente. Esto se da más en las chicas que en los chicos, aunque esto está cambiando y el cuerpo del varón es cada día más objeto de atención social.
- El desarrollo puberal temprano ofrece ventajas en relación con el

tardío, ya que suelen ser más seguros y más populares.

En este periodo, es importante la educación sexual en el sentido de ayudarles a aceptar la figura corporal, que no les influyan los cánones de belleza y hacerles entender que los ritmos cronológicos de crecimiento son distintos⁵.

Procesos biofisiológicos de sexuación

La maduración de los órganos genitales, la eyaculación en los chicos y la regla o ciclo menstrual femenino son los cambios más importantes. Todos estos cambios son inducidos por hormonas que a su vez provocan en el adolescente el deseo, la atracción y la capacidad de enamoramiento. La menstruación se sigue considerando como un fenómeno oculto, sucio, etc., las creencias infundadas provocan dificultades de aceptación⁵.

Todos estos procesos se deben tratar con naturalidad, para que tengan una aceptación positiva de los estímulos sexuales.

Aparte de los cambios hormonales y funcionales, se consolidan los afectos o emociones sexuales:

- Aparece el deseo sexual, que es la necesidad o el interés de obtener placer en el contacto con los demás o por autoestimulación. Se traduce en conductas de acercamiento,

búsqueda de contactos, fantasías, etc.

- La atracción, es un estado interno que mueve a la búsqueda y contacto con un objeto sexual, con valor erótico para el que desea. Tiene que ver con la orientación del deseo y con factores aprendidos socialmente, por ejemplo, con los cánones de belleza que tenga la sociedad donde viva.
- El enamoramiento, que supone deseo y atracción, pero también "encantamiento" por una persona concreta que percibe como única e insustituible.

Debemos enseñarles a que estas emociones las vivan sin miedo, pero con responsabilidad, no dejar de proteger una relación en aras del amor, o utilizar el enamoramiento del otro en provecho propio, que entiendan que estas experiencias no son siempre recíprocas y que con frecuencia desaparecen con el tiempo.

Conductas sexuales en la adolescencia

La situación de los/as adolescentes, con respecto a las conductas sexuales, es contradictoria. Se comercia con la sexualidad y se les incita y manipula, sin embargo, desde el mundo de los adultos, no se les reconoce el derecho a que sean sexual-

mente activos e incluso reaccionamos con perplejidad cuando escuchamos el número de embarazos no deseados, abortos e infecciones de transmisión sexual (ITS), reacción que en pocos casos va acompañada de un reconocimiento al derecho de la sexualidad del adolescente y de una disposición personal e institucional para ayudar a que este derecho lo ejerzan sin riesgos⁵.

Las investigaciones señalan las siguientes manifestaciones como conductas sexuales de los/as adolescentes:

- Masturbación. Tiene carácter relacional, su función es el conocimiento del propio cuerpo y es la forma más directa de satisfacer el deseo sexual y las fantasías referidas a personas de su orientación del deseo. La mayor parte de los chicos y las chicas aceptan bien estas conductas, que son índice de buen pronóstico de otras actividades sexuales. Salvo casos excepcionales la masturbación no es hoy día problema para los adolescentes.
- Conductas homosexuales. Son conductas mal aceptadas por las demás personas y por la propia persona involucrada. Es una orientación del deseo no aceptada por la sociedad, a pesar de los cambios de la última década.

En esta época de la vida, se tienen conductas homosexuales, sin que la orientación del deseo sea homosexual, y esto lleva a muchos adolescentes a sentirse culpables y desorientados. Son frecuentes a los 14 ó 15 años. Se dan más frecuentemente en chicos que en chicas, aunque las chicas aceptan mejor estas conductas que los chicos.

Si realmente su orientación del deseo es homosexual, el proceso evolutivo es conflictivo, ya que deben tomar conciencia de lo inesperado y superar grandes presiones sociales.

- Conductas heterosexuales. Esta conducta es bien aceptada por la población adolescente. En los chicos se les da sentido sin necesidad de afectos; sin embargo, la mayoría de las chicas las encuadran dentro de una relación afectiva.

Casi todos ellos tienen hoy día una visión crítica de la moral sexual tradicional, de forma que no necesitan un compromiso formal para mantener estas relaciones, la virginidad no es entendida como un valor, la procreación no es el único fin de la sexualidad, etc⁵. Son datos:

- Los chicos y chicas acceden al coito cada vez más jóvenes y más frecuentemente.

- Los chicos acceden antes al coito y con mayor número de parejas que las chicas, aunque están igualando las edades de comienzo.
- La experiencia del coito es más satisfactoria para los chicos que para las chicas.
- El comportamiento sexual es una apropiación del comportamiento de los padres y de los adultos en general.

Aunque es evidente el giro en las opiniones y conductas, respecto del comportamiento sexual en los adolescentes, no les garantiza un adecuado acceso a la sexualidad porque:

- No tienen conocimientos sobre sexualidad.
- El conocimiento en anticoncepción es pobre y no usan los métodos.
- Tienen relaciones en lugares y situaciones poco apropiados.
- No disponen de habilidades que les permitan expresar sentimientos, respetar a la otra persona y plantearse juntos el control del embarazo.

El riesgo podría evitarse:

- Si su conocimiento de la sexualidad y anticoncepción fuera el correcto.
- Si supieran cómo y dónde pueden adquirir de forma fácil un método anticonceptivo.

- Si se les reconoce su actividad sexual, anticipándose a la relación sexual coital.
- Si les dotáramos de habilidades para ponerse de acuerdo con la pareja sexual sobre cuándo y cómo comenzar las relaciones coitales.
- Si desmitificáramos la penetración como la única forma de satisfacción sexual.

Reflexión para el mundo de los adultos

Cuando pensamos en los adolescentes, desde nuestro mundo adulto, no podemos evitar pensar en los cambios genitales y etiquetarlos de "maduros sexuales", incluyendo una luz roja que se enciende en nuestra mente y nos advierte de la capacidad para practicar coitos, con ello y de forma inconsciente (currículo oculto) les enseñamos el valor del coito, colocándolo en un trono que hace reducir la sexualidad a casi nada o a tener un antes y un después del entronizado coito, no permitiéndoles descubrir otras posibilidades. Voy a poner ejemplos:

- Cuando en las consultas les preguntamos si han mantenido relaciones sexuales, nos estamos refiriendo al coito e irremediamente, sin mediar palabra, el chico o chica piensa en ello, cuando debemos saber e inculcar qué relaciones sexuales son

toda la erótica. Por tanto, nos queda la tarea de no empujarlos sólo al coito, que es donde están los riesgos.

- Cuando hablamos de "la primera vez", hablamos del coito; cuando las primeras veces son muchas, tantas como posibilidades eróticas.

Este razonamiento nos conduce a reducir la educación sexual a prevenir embarazos no deseados y las ITS, ya que éstas se producen casi exclusivamente por el coito. No nos detenemos a pensar que *la educación sexual es mucho más que la mera reproducción*.

Con esta manera de estructurar las mentes de los adolescentes y otro parámetro que entra a escena, el *grupo*, entran en una especie de competición en cuanto al inicio del coito. El *grupo* es necesario para el chico y la chica porque tienen necesidad de reafirmarse, y esto se realiza con la aprobación del *grupo* de amigos. Es ahí donde "todo empieza y todo acaba". La pandilla es necesaria, pero debemos educarles en que no se convierta en prejuicios o que, arrastrados por las normas internas del grupo, "las relaciones eróticas se conviertan en una obligación y no en el fruto del deseo".

¡Cuidado!, todos los años anteriores cuentan: no es lo mismo llegar sin apenas herramientas y sin haber hablado de sexualidad que llegar habiendo aprendi-

do a hablar de ella, creyendo que las relaciones eróticas son sólo coitos o habiendo aprendido que son mucho más que eso. Algunos llegan aprendiendo que no todos somos iguales y que es un valor pensar por sí mismos. Éstos son los que lo tienen más fácil.

Anticoncepción en la adolescencia.

Introducción

Si tras poner todos los mimbres de una buena educación sexual y erótica eligen coito, éste debe estar protegido, ya que se busca la satisfacción y ésta no tendría lugar hasta la siguiente regla, es decir, la duración de la relación erótica se prolonga en el tiempo y no vale de nada el disfrute del momento si luego planea el miedo a una gestación no deseada o a un contagio de ITS o a un sentimiento de sentirse utilizada o utilizado.

Lo que está claro es que el coito es un ingrediente de la gran ensalada que son las relaciones sexuales, por lo que debemos hablar de los métodos anticonceptivos, y éstos son variados, con ventajas e inconvenientes, con diferente grado de eficacia, con recomendaciones según la evidencia, por ello no existe "el mejor método". Cada joven, cada pareja, cada hombre o mujer decide su método, tras obtener información, y dependerá de sus circunstancias y peculiaridades. No-

sotros, como profesionales de la salud, les acompañaremos en la decisión.

La educación sexual se ha de complementar con una disponibilidad y buen uso de los métodos anticonceptivos. El porcentaje de jóvenes que no los utiliza es muy alto y algunas de las razones por las que no se usan son: las características de las relaciones sexuales a estas edades (espontaneidad y falta de planificación), la desmotivación, la falta de información y la escasa percepción del riesgo o la dificultad para conseguirlos.

Estas características hacen que manejemos datos preocupantes, ya que una encuesta nacional llevada a cabo por el Consejo de la Juventud⁶ en 2002 entre jóvenes de 13 a 29 años, puso de manifiesto que entre el 27 y el 46,5% habían declarado "no haber utilizado el preservativo, en ninguna ocasión en sus tres últimas relaciones sexuales con penetración". Un estudio de la Clínica Dator⁷ en mujeres que realizaron una interrupción voluntaria del embarazo (IVE), muestra que un 42% de las mujeres extranjeras encuestadas y un 22% de las españolas afirman que sus parejas les obligan a tener relaciones sexuales sin preservativo. No obstante, datos de la misma encuesta reflejan que los jóvenes españoles son de los europeos que más usan el preservativo y, tras él, los anticonceptivos hormonales.

Las IVE siguen aumentando en todos los grupos etarios, aunque en estos últimos años se estabilizan en menores de 20 años y en el grupo de 20 a 24. El aumento se achaca a inmigrantes y personas de otros países de la comunidad. Según los datos del Movimiento Natural de la Población (Instituto Nacional de Estadística, 2003), en dicho año se produjeron en España 22.565 nacimientos de madres menores de edad.

Con el fin de modificar los datos en el futuro, debemos conseguir que el adolescente acuda a los servicios de anticoncepción, aunque éstos no se ajustan en muchos casos a sus necesidades. El vínculo que la consulta pediátrica puede establecer con los adolescentes es fundamental para facilitar el acceso a los servicios de anticoncepción. El pediatra también podría ser un profesional facultado para manejar la anticoncepción con sus usuarios y pacientes. El espacio de la consulta pediátrica es un momento excepcional para poner las bases de una adecuada salud sexual y reproductiva⁸.

Una de las características claves de la atención a adolescentes es la confidencialidad, no sólo desde la perspectiva del secreto profesional, sino también del reconocimiento del derecho que tienen los adolescentes a ser atendidos, sin la obligatoriedad del consen-

timiento de madres o padres, al considerarles como sujetos maduros y responsables.

Los servicios que atienden adolescentes deben tener criterios de calidad, con respecto a la atención y a la entrevista, que debe ser abierta, no directiva y basada en la escucha activa (no juzgar, aceptar sus formas de sexualidades, a pesar de nuestras discrepancias). Es necesaria la empatía y abordar cada caso de forma individualizada.

La anticoncepción en la adolescencia debe realizarse desde un doble aspecto preventivo, que incluya prevención del embarazo no planificado y prevención de infecciones de transmisión sexual.

Los métodos anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos evitan que las relaciones coitales se ligen a la reproducción. La anticoncepción en la adolescencia debe realizarse desde un doble aspecto preventivo, que incluya prevención del embarazo no planificado y prevención de las ITS. Es decir, desde la perspectiva de doble protección.

Al hablar de los métodos anticonceptivos preferibles en adolescentes tenemos que tener en cuenta distintos requisitos: que sea efectivo, reversible, de fácil adquisición, barato, de uso sencillo y adecuado a su actividad sexual⁹.

- Que sea efectivo. La eficacia se refiere a la capacidad del método para evitar el embarazo. No siempre es una cualidad inherente al método en sí, en muchas ocasiones la eficacia teórica dista de la eficacia real al estar condicionada por la utilización por parte de los usuarios del método.
- Reversible, es decir, conservar la capacidad reproductora, excepto en adolescentes con patologías físicas o psíquicas que requieran métodos irreversibles.
- Seguros, que no alteren la salud de la adolescente. Se sabe que los modernos preparados de estroprogestágenos no la alteran ni influyen en el crecimiento.
- De fácil adquisición y utilización.
- Barato y adecuado a su actividad sexual.

En base a estos requisitos, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) clasifica los métodos anticonceptivos para adolescentes en:

- Preferentes: preservativo y anticoncepción hormonal oral.
- Aceptables: diafragma y esponja vaginal, espermicidas y anticoncepción hormonal inyectable o intradérmica.
- Menos aceptables: Dispositivo intrauterino (DIU), abstinencia periódica y métodos quirúrgicos.

- De emergencia: intercepción postcoital.

El mejor método para adolescentes es el preservativo tanto masculino como femenino, porque evita embarazos e infecciones de transmisión sexual.

Clasificación:

- Reversibles: hormonales; DIU; anticonceptivos barrera.
- No reversibles: vasectomía; bloqueo tubárico o ligadura de trompas.

Métodos barrera

Los métodos de barrera se pueden clasificar¹⁰ de la siguiente manera:

- De uso masculino: preservativo o condón.
- De uso femenino: espermicidas (cremas, óvulos, espumas, etc.); barreras mecánicas no medicadas (diafragmas vaginales, capuchones cervicales, preservativos femeninos); barreras mecánicas medicadas (esponjas vaginales). Los capuchones y esponjas no se encuentran en el mercado español, por lo que no hablamos sobre ellos.

Preservativo masculino

Descripción. El preservativo masculino es una fina funda cilíndrica, cerrada por un extremo. Es de caucho vulcani-

zado, látex o poliuretano. El extremo cerrado tiene una parte que sobresale un poco, destinada a servir de reservorio del semen en el momento de la eyaculación. El extremo abierto finaliza con un borde más grueso destinado a mantener el preservativo en posición¹⁰.

El aspecto del preservativo puede variar, ya que el material usado puede ser opaco, transparente o de color, y su textura lisa o finamente estriada. Asi-

mismo, se pueden encontrar preservativos con distintos aromas y no lubricados o lubricados (el producto lubricante de éstos últimos suele ser un espermicida).

Se ha descrito por la *Food and Drugs Administration* (FDA) hasta un 7% de casos de alergia al látex, por lo que se han ido probando nuevas opciones:

- El Tactylon®, que es un polímero sintético empleado en los guantes quirúrgicos hipoalergénicos.

Tabla I. Ventajas e inconvenientes del preservativo masculino	
Ventajas	Inconvenientes
Facilidad de obtención.	Elevado coste.
Responsabilidad del hombre en la anticoncepción.	No depende de la mujer.
Inofensivo. No efectos colaterales.	Puede alterar la espontaneidad del acto sexual.
Excelente método de prevención de las infecciones de transmisión sexual.	Puede romperse o tener pequeños defectos.
Protección frente al cáncer y displasias del cuello uterino.	Se deben guardar las precauciones de uso.
No requiere intervención sanitaria y son de venta libre al público.	Tasa de fallo relativamente altas según el uso.
Puede usarse durante la lactancia materna y asociado a cualquier otro método.	A veces puede presentarse alergia al látex.
Puede usarse a cualquier edad.	Mala reputación. Mucha gente los relaciona con relaciones sexuales inmorales, extramaritales o con prostitutas.
Útil en algunas disfunciones sexuales, por ejemplo en la eyaculación precoz.	Puede que algunas personas tengan vergüenza de comprarlos, de pedirle a su pareja que los use, de ponérselos o quitárselos, etc.

- El poliuretano es más resistente que el látex a la luz, al calor y a los lubricantes, y permite una mayor sensibilidad en la relación.
- El elastómero termoplástico, que es una barrera mucho más eficaz frente a distintos tipos de virus.

Eficacia. Como contraceptivo su eficacia es muy variable según diversos autores, ya que las tasas de fallos, en términos de embarazos no evitados, varían de 0,8 al 22%/100 mujeres/año. En este método se acepta que hay una gran diferencia entre la eficacia teórica y la de uso:

- Eficacia teórica: tasa de fallos de 0,5 a 2% de embarazos/100 mujeres/año de uso.
- Eficacia en condiciones de uso típico: tasa de fallos de 8 a 14% de embarazos/100 mujeres/año de uso según la población estudiada.

En general, se acepta que la eficacia es inferior al 5%/100 mujeres/año de uso cuando se usa correctamente. Las tasas de eficacia se relacionan con la edad de los usuarios, con la frecuencia de uso y con la calidad del uso¹⁰. Ver las ventajas e inconvenientes en la tabla I.

Nota: la eficacia de un método se mide por el índice de Pearl que mide la tasa de fallos por cada 100 mujeres que usan ese método y por año de uso.

Preservativo femenino

El preservativo femenino tiene la ventaja de que puede ser controlado por la mujer, tanto para evitar el embarazo como las ITS. A diferencia del preservativo masculino ofrece una protección vulvar adicional frente a condilomas acuminados y úlceras sifilíticas, siempre que se coloque antes del contacto sexual¹⁰.

Descripción y uso. Se trata de una holgada bolsa transparente de látex o poliuretano, de grosor algo mayor que el preservativo masculino. En cada extremo hay un anillo flexible. El anillo del extremo interior se dobla y se introduce en el fondo vaginal como un tampón o un diafragma; el anillo del extremo externo es mayor que el interno y queda cubriendo parcialmente la vulva. El anillo interno sirve para que el preservativo quede fijo en la vagina y para facilitar su inserción. El modelo comercializado es de poliuretano que produce menos alergias y es más impermeable que el látex. Se utiliza sólo una vez.

Eficacia. Si su empleo es correcto y constante, los fallos se sitúan en tasas de embarazo del 3 al 9%.

Anticoncepción hormonal

Este tipo de contracepción es la más adecuada en esta época de la vida ya que facilita la continuidad de uso, regula el ci-

clo, disminuye la cantidad de sangrado menstrual, con lo que se corrigen los trastornos más frecuentes en la adolescencia.

Entre jóvenes de 15 a 19 años, los anticonceptivos hormonales son el segundo método más utilizado en Europa tras el preservativo¹¹.

Características de los preparados hormonales

Hoy día disponemos de una amplia gama de preparados hormonales y diferentes vías de administración para adaptarse a las individualidades de cada joven. Los anticonceptivos hormonales pueden ser: combinados estroprogestágenos o progestágenos solos, y la forma de administración puede ser oral, vaginal, dérmica, mediante inyectables de depósito, intrauterina o subcutánea.

La elección para una adolescente es buscar la dosis mínima eficaz y ofrecer las vías de administración más adecuadas a sus gustos y circunstancias personales, procurando que no ocurran pérdidas sanguíneas intermenstruales, ya que pueden influir de forma definitiva en el cumplimiento de la medicación; no obstante, hay que advertirles que los pequeños sangrados no tienen importancia y se resuelven solos.

La eficacia del preparado se acerca al 100% si está bien usado; de ahí la im-

portancia de explicar la forma de uso, olvidos, interacciones medicamentosas, etc. y conseguir que el servicio sea de "puertas abiertas", es decir que puedan acudir a solventar dudas.

Mecanismo de acción

El principal mecanismo de actuación de los contraceptivos hormonales combinados es la inhibición de la ovulación, al actuar a nivel hipotálamo-hipofisario, evitando la neurosecreción hipotalámica, alterando el mecanismo de *feedback* del eje hipotálamo-hipófisis-ovario. Inhibe el pico de LH (hormona luteínica) con lo que no se produce ovulación. Existen mecanismos secundarios como el aumento de la viscosidad y disminución de la secreción del moco cervical, la falta de maduración del endometrio, la alteración de la motilidad de la trompa, que coadyuvan sinérgicamente a la eficacia del método.

Con la finalidad de disminuir en lo posible los efectos nocivos de los estrógenos, se fue disminuyendo progresivamente su dosis hasta llegar al mínimo aceptable de eficacia y tolerancia, de 15 mcg. Si utilizamos un preparado con 15 mcg de etinilestradiol los días de administración se amplían a 24 por ciclo. Prácticamente se convierte en una pauta continua y por ello se añaden 4 días de

placebo (24 + 4). Es la pauta "sin descanso"¹⁰.

Existen preparados de 20 y 30 mcg de etinilestradiol en tomas de 21 días y 7 de descanso a los que en muchos casos se han añadido 7 de placebo para mejorar el cumplimiento.

A su vez, los gestágenos han mejorado hasta ser, cada vez, más parecidos a la progesterona natural y con menos efectos androgénicos.

Otra vía de administración es la vaginal, en forma de anillo, cuya pauta es de 3 semanas de uso introduciéndolo en vagina y una semana de descanso para la privación o regla.

La administración a través de la piel es mediante parches semanales que adheridos en brazo, torso, glúteos o abdomen, se usan 3 semanas seguidas, es decir 3 parches, uno por semana y una semana de descanso para la regla.

Los contraceptivos hormonales inyectables consisten en preparados en forma de depósito para su liberación más o menos constante y duración de un mes (estrógenos más gestágenos) o tres meses (sólo gestágenos).

Por otra parte, existen métodos para ser implantados y con capacidad de liberar hormonas, que en las adolescentes tienen aplicabilidad, ya que no requieren el cuidado o control de la usuaria, pero

sólo llevan gestágenos y no hay control del ciclo, por lo que no son demandados y se usan en casos especiales de intolerancia o contraindicación del estrógeno.

Efectos colaterales (beneficiosos)

- El más importante a esta edad es la desaparición o mejora importante de la dismenorrea. A esta edad constituye por sí misma una indicación de contracepción hormonal. El efecto es consistente, tanto en su incidencia como en su intensidad, en ambos casos supera el 90%, y se atribuye a un descenso en la producción de prostaglandinas.
- Descenso de las menorragias que frecuentemente en adolescentes son muy severas, con lo cual secundariamente evitaría la aparición de anemias ferropénicas, frecuentes por la pérdida hemática menstrual. Complementa esta acción la regulación del ciclo que se ejerce en las usuarias, ya que también esta alteración es frecuente a esta edad.
- La patología benigna de la mama disminuye entre un 50 y 75%, principalmente la fibrosis de la mama o mastopatía fibroquistica (MFQ).
- Los anticonceptivos con acetato de ciproterona o de clormadinona mejoran los estigmas androgéni-

cos, propios también de estas edades, principalmente el acné y el hirsutismo, así como la alopecia androgénica.

- Ejercen protección contra la enfermedad inflamatoria pélvica.
- Disminución de la incidencia de neoplasias, como el cáncer de ovario y endometrio, así como de la patología benigna del ovario. Estos procesos se reducen un 50% después de unos 10 años de uso contraceptivo.
- Lo mismo ocurre con la osteoporosis, ya que se ha visto que ésta aparece más tarde y su evolución es más lenta en mujeres que tomaron anticoncepción hormonal durante varios años en su época joven.
- No se ha visto que tengan influencia en el crecimiento y desarrollo de la adolescente, si el inicio de la contracepción ocurre a partir de la época posterior a la menarquia.
- Mejora la endometriosis, la amenorrea hipoestrogénica, los sangrados disfuncionales y los ovarios poliquísticos.

Efectos colaterales (no deseables)

Existen muchos efectos no deseables, que no son importantes sino solamente incómodos y que por otra parte sólo se

presentan en cierto tipo de personas, no siendo por tanto generalizables. La mayoría entran dentro de los mitos de la sociedad, por tanto, deben desmitificarse frente al adolescente. Entre ellos están el aumento de peso, náuseas y vómitos, hirsutismo, cloasma, cambios de la libido, depresión.

Prescripción

El control previo iría dirigido a descartar contraindicaciones, valorar factores de riesgo o patologías previas que pudieran agravarse por los anticonceptivos hormonales, conocer el perfil de la usuaria, con la finalidad de indicar el anticonceptivo hormonal más adecuado, en su caso particular. Ello tiene además una ventaja añadida, que es aprovechar la entrevista para prevención y promoción de la salud.

Según la última Conferencia de Consenso (Aranjuez, 2005), para la prescripción de un anticonceptivo hormonal es suficiente con una buena historia clínica y una medición exacta de la tensión arterial¹². La exploración genital y mamaria puede posponerse.

Anticoncepción de emergencia o postcoital

La anticoncepción de emergencia puede ser definida como la utilización de un fármaco o dispositivo con el fin de pre-

venir un embarazo después de una relación coital desprotegida. Supone un recurso para la prevención primaria del embarazo no deseado y también para la disminución del número de interrupciones voluntarias del embarazo. Es una segunda oportunidad para prevenir el embarazo no deseado, cuando con el método habitual se produce algún accidente.

Los adolescentes deben estar informados de su existencia para usarla en caso de necesitarla. Si conocen su existencia, pero no saben cómo acceder a ella, estamos ante un doble problema: el riesgo del embarazo no deseado y la frustración que produce el saber y no poder.

Mecanismo de acción

La intercepción postcoital actúa alterando el endometrio e impidiendo la implantación, causa espesamiento del moco cervical y menor movilidad espermática, altera el transporte tubárico del óvulo e inhibe el pico de LH inhibiendo la ovulación. Puede ser hormonal o con DIU.

No se conoce con exactitud el mecanismo de acción por el cual evita la gestación, pero las hipótesis son:

- Inhibición o retraso de la ovulación.
- Alteración del transporte de gametos.
- Efecto luteolítico (acortamiento de la fase lútea).

- Acción antimplantatoria endometrial, posiblemente su mecanismo de acción principal.

Manejo clínico

La píldora postcoital de levonorgestrel (LNG) aporta una gran seguridad, prácticamente carece de los efectos secundarios relevantes y no es teratógena. Los preparados comerciales son: Postinor® y Norlevo®. Se administra por vía oral, 1,5 mg en dosis única (o dos dosis de 0,75 mg juntas en una toma).

Una entrevista clínica, que la mayoría de las veces se hará sobre mujeres sanas, debe recoger los antecedentes personales, riesgo de ITS y sobre todo la fecha de la última regla normal y fecha y hora del coito a proteger. Si aún no han pasado 72 horas se puede indicar la píldora postcoital de LNG sólo, que es más eficaz cuanto antes se administra. Si han pasado más de 72 horas se puede recomendar la inserción de un DIU de cobre que es eficaz hasta el 5.º día postovulación. Debe entregarse una hoja informativa e indicar una visita posterior para recomendar un método anticonceptivo seguro. Una visita más inmediata será necesario si aparece un retraso menstrual de más de 7 días¹³.

Indicaciones de la intercepción postcoital (IPC)

- Coito desprotegido de método anticonceptivo.
- Accidentes anticonceptivos: preservativo (rotura o retención); píldora combinada/minipíldora (olvido, retraso, vómitos/diarrea, retirada precoz); parche (retraso de inicio, pérdida de adherencia, retirada tardía); anillo (retraso de inicio, retirada precoz, temporal o tardía); anticonceptivo inyectable (retraso de inyección); DIU (expulsión).
- Mal cálculo de días fértiles.
- Eyaculación antes de lo previsto.
- Relaciones bajo efecto de sustancias tóxicas.
- Interacción medicamentosa (anti-convulsiantes, antibióticos, etc.).
- Violación.
- Utilización reciente de sustancias teratógenas y posibilidad de embarazo.

Entrevista clínica

- Antecedentes clínicos y personales.
- Embarazos anteriores y abortos.
- Toma de medicación. Tomas de anticoncepción postcoital en el último año.
- Menarquia.
- Fórmula menstrual.

- Fórmula obstétrica.
- Fecha de la última regla normal.
- Fecha y hora de coito/s a proteger.
- Riesgo de ITS.

A recordar

- Actuación adecuada según las necesidades clínicas de la paciente. Si vomita antes de 2-3 horas después de la toma, debe repetir la dosis.
- Advertir posibles efectos secundarios y pautas de actuación. Es importante recalcar que la IPC no es un método anticonceptivo. Puede haber patrones de sangrado irregular.
- No altera el resultado del test de embarazo.
- Puede utilizarse durante la lactancia materna. Se aconseja la administración tras la sesión de lactancia.
- Fallos de la IPC. Información sobre alternativas terapéuticas.
- Uso repetido de la IPC. Detectar las causas y prescripción de un método anticonceptivo adecuado. Puede repetirse anticoncepción postcoital (APC), en un mismo ciclo, si hubo otro coito de riesgo después.

Recomendaciones finales

En nuestras consultas, debemos comprender a quien tenemos delante, esto

significa atenderle en su singularidad, sin juicios previos ni ideas preconcebidas.

La sexualidad tiene muchos matices, aunque parezca que lo importante son los coitos y los orgasmos. Esto que llevamos dentro es lo que transmitimos a nuestros jóvenes y es con lo que trabajamos en nuestras consultas. Es hora de aprender que la sexualidad tiene que ver con todo el cuerpo, con toda la piel y que el coito es una forma más de expresión erótica.

Los niños deben conocer, no sólo la anatomía y fisiología de los genitales, también hablarles del placer, que no sólo hay "un mapa erógeno", sino muchos, tantos como personas. Debemos desterrar la gran cantidad de mitos que los adolescentes portan como "dogmas de fe" y que tantos problemas les acarrearán.

Un embarazo no es sólo el encuentro entre un óvulo y un espermatozoide, es el resultado del encuentro entre dos sexualidades, por lo que debemos saber

plantear al adolescente preguntas para que ellos encuentren sus propias respuestas; esto les ayudará a crecer.

Las consultas de pediatría están situadas en un lugar privilegiado para ayudar a los padres y a los niños a abordar la educación sexual de forma natural desde el punto de vista de género, es decir dejando de lado el sexismo, para que lleguen a ser jóvenes que disfruten la sexualidad sin riesgos, sin abusos.

La anticoncepción en la adolescencia debe realizarse desde un doble aspecto preventivo, que incluya prevención del embarazo no planificado y prevención de infecciones de transmisión sexual, por ello, es importante el uso de métodos barrera como preservativos masculinos o femeninos y, si optan por anticoncepción hormonal, se debe recomendar el uso concomitante de preservativo.

La intercepción postcoital es una segunda oportunidad por si falla el método anticonceptivo habitual.

Bibliografía

1. De la Cruz Martín-Romo C. Situaciones embarazosas. Claves para situarse y prevenir embarazos no deseados. Sitio web del Consejo de la Juventud de España [consultado el 03/02/2008]. Disponible en [www.cje.org/C13/Catálogo/Document%20Library/Publicaciones\(catálogo\)/situacionesembarzosas.pdf](http://www.cje.org/C13/Catálogo/Document%20Library/Publicaciones(catálogo)/situacionesembarzosas.pdf)

2. Organización Mundial de la Salud. Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva. Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud. Documento WHO/RHR/01.29 [consultado el 03/02/2008]. Disponible en www.who.int/reproductive-health/publications/es/transforming_healthsystems_gender/index.htm

3. Mazarrasa Alvear L, Gil Tarragato S. Salud sexual y reproductiva. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del SNS. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género y Salud. Módulo 12 [consultado el 03/02/2008]. Disponible en www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf
4. Cruz Roja Juventud 2003. Educación de las Sexualidades: los puntos de partida de la educación sexual. Área de promoción y Educación para la Salud de CRJ [consultado el 05/02/2008]. Disponible en www.cruzrojajuventud.org/portal/page?_pageid=94,152531&_dad=portal30&_schema=PORTAL30
5. López Sánchez F. Educación sexual de adolescentes y jóvenes. Madrid: Siglo XXI ed.; 1995. p. 47-145.
6. López Blasco A, Cachón L, Comas D, Andreu J, Aguinaga J, Navarrete L. Informe Juventud en España, INJUVE 2004. Versión electrónica en la web del Instituto de la Juventud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales [consultado el 29/03/2008]. Disponible en www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.item.action?id=1729623244&menulid=1627100828
7. Clínica Dator. Estudio Preliminar de Interrupciones Voluntarias de Embarazo en el período 2000-2005 en la Clínica Dator. Madrid: Clínica Dator; 2006.
8. Antona Rodríguez A. Sexualidad y contracepción. *Pediatr Integr*. 2005;9:92-100.
9. Colomer Revuelta J. Prevención de embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Previnfad*. Grupo de trabajo de AEPap y del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS-SEMFyC). Recomendaciones Previnfad-PAPPS. 2003 [consultado el 29/03/2008]. Disponible en www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_endits_rec.pdf
10. Ramírez Hidalgo A, Martínez San Andrés F, Bernabeu Pérez S, Díez Ferrer E. Anticoncepción Postcoital. En: Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia. Grupo de trabajo sobre Salud Reproductiva en la Adolescencia. Manuales de la SEC; 2001. p. 705- 816. Versión electrónica en la web de la Sociedad Española de Contracepción [consultado el 29/03/2008]. Disponible en www.sec.es/publicaciones/manuales/saludreproductiva/contenidos.php
11. Sánchez Borrego R, Martínez O. Guía Práctica en Anticoncepción Oral. Basada en la Evidencia. San Sebastián de los Reyes, Madrid: Emisa ed.; 2003. Versión electrónica en la web de la Sociedad Española de Contracepción [consultado el 29/03/2008]. Disponible en www.sec.es/publicaciones/manuales/GuiaPracticaAnticOral.pdf
12. Conferencia de Consenso. Actualización del manejo clínico de los anticonceptivos hormonales. Sociedad Española de Contracepción. 2005 [consultado el 29/03/2008]. Disponible en www.sec.es/publicaciones/conf_consenso/anticonceptivos_hormonales/index.php
13. Álvarez D, Arribas L, Cabero L, Lete I, Ollé C, de Lorenzo R. Guía de actuación en anticoncepción de emergencia. Documento de consenso de las sociedades SEGO, SEC y SEMFYC [consultado el 29/03/2008]. Disponible en www.sec.es/publicaciones/guiaanticon/guia.php

