

Cómo motivar a los adolescentes para el uso correcto de los métodos anticonceptivos

How to motivate adolescents to use contraceptives effectively

Parera Junyent N¹. López S².

Recibido: 16/04/2016

Aceptado: 09/06/2016

Resumen

La mayoría de los adolescentes usan métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales, pero en ocasiones no los usan siempre o no los usan bien. El presente artículo pretende ayudar a los profesionales sanitarios para buscar estrategias que motiven a los jóvenes a que usen métodos anticonceptivos, a usarlos siempre y a usarlos bien. Se aborda cómo orientar la entrevista médica para que el/la adolescente se implique en la responsabilidad de su elección personal para decidir cuáles y cómo usar los diferentes métodos anticonceptivos y de protección frente a las infecciones de transmisión sexual. Se aborda cada uno de los métodos anticonceptivo y sus particulares características para mejorar su cumplimiento.

Palabras clave: Anticoncepción, adolescencia, preservativo, píldora.

Summary

Most of the adolescents use contraceptive methods in his sexual relationships, but sometimes they don't use them every time or they don't use them correctly. The aim of this paper is to help sanitary professionals to search strategies that help young people to use contraception every time and correctly. This paper covers how to correctly focus the medical interview in order to involve the adolescent in the responsibility of his personal election to decide which an how to

¹Àrea de Ginecologia de la Infància i l'Adolescència.
Departament d'Obstetrícia, Ginecologia i Reproducció.
Hospital Universitari Quirón Dexeus. Barcelona.

²Psicòloga Clínica. ASSIR Dreta Barcelona. Institut
Català de la Salut i Parc de Salut Mar.

Correspondencia: Nùria Parera

Barcelona. Tel 932274700. Fax 932057966.
Correo electrònico nurpar@dexeus.cat.

use the different types of contraceptive methods and protection in front of sexual transmitted diseases. It is covered, as well, every contraceptive method and his particular characteristics in order to improve his compliance.

Key words: Contraception, adolescence, condom, pill.

INTRODUCCIÓN

En nuestro medio, el embarazo de jóvenes sexualmente activos suele ocurrir de manera imprevista e involuntaria. La mayoría de estos embarazos no responden a un deseo elaborado de ser padres y en muchos casos se interrumpen voluntariamente. En algunos casos se decide proseguir con el mismo a pesar de no ser buscado ni deseado, por razones diversas. Existe también la posibilidad minoritaria de que se busque el embarazo, como una forma de dar sentido a la propia vida, ante dificultades para realizarse en otras esferas vitales.

Se ha descrito que las mujeres que fueron madres en la adolescencia tienen consecuencias desfavorables en su futuro, principalmente a nivel socio-económico y psicosocial. Así pues, en el año 2006, el Centro de Investigaciones Sociológicas del CSIC (Consejo Superior de Investigaciones Científicas), en colaboración con la FEC (Fundación Española de Contracepción) realizó una encuesta a 9737 mujeres españolas para conocer la influencia del embarazo en su biografía futura (Delgado, 2011). Entre las mujeres que fueron madres en su etapa adolescente, se observaba un menor uso de anticoncepción en la primera relación coital (37,8 % frente a 80,8 %). Estas madres adolescentes eran, en general, solteras no emancipadas, procedían de hogares con mayor número de hijos, tenían mayor número de hijos, mayor abandono de los estudios y menor actividad profesional. También tardaban más en incorporarse al mercado laboral, tenían trabajos más inestables y mayor vulnerabilidad de las parejas. Todo ello nos confirma una situación social desfavorecida para las mujeres que fueron madres en la etapa de la adolescencia.

Ciertos adolescentes no usan métodos anticonceptivos (MA), algunos utilizan métodos poco eficaces (cálculo de los días fértiles, coito interrumpido), y en los que utilizan métodos eficaces (preservativo, anticoncepción hormonal) el

método puede usarse inadecuadamente o no usarse siempre (por ejemplo olvido de píldoras anticonceptivas o no uso del preservativo a lo largo de todo el coito).

Pero, ¿cuáles son los motivos por los que los jóvenes no utilizan o utilizan inadecuadamente los MA?. Uno de los principales motivos es la educación sexual inadecuada (en España la educación sexual en las escuelas no es obligatoria), en muchas familias no se habla de sexualidad, y en ocasiones los adolescentes reciben información sobre sexualidad de fuentes que pueden estar sesgadas (amigos, medios de comunicación, internet). La edad también influye en el uso de MA, ya que a mayor edad los jóvenes suelen ser más conscientes de los riesgos y estar más motivados). En ocasiones pueden tener percepciones ambivalentes respecto el embarazo (saber que no les conviene en ese o momento pero en su fuero interno desearlo como una confirmación de su fertilidad o una demostración de la incondicionalidad de su afecto por la pareja, o de demostrarse su capacidad de ser buenas madres o padres). La baja frecuencia de controles sanitarios también puede influir, ya que en general los adolescentes son sanos y acuden poco a los profesionales de la salud. También pueden tener dificultades en el acceso a espacios y servicios sanitarios para jóvenes, empáticos con sus necesidades específicas, donde se les puede prestar orientación en cuanto al uso de los MA. Otro factor que influye en el no uso o uso incorrecto de los métodos son las ideas erróneas que puedan tener frente a ellos o la mala tolerancia a los efectos secundarios que puedan causarles. Ejemplos de mitos falsos sobre los MA serían: “la píldora produce esterilidad”, “la píldora hace salir más vello”, “yo controlo muy bien la marcha atrás”. Un factor importante es la sensación de invulnerabilidad o baja percepción del riesgo que en ocasiones acompaña a la adolescencia: “no voy a quedarme embarazada”, “a mí no me pasará”, ... También pueden influir la pre-

sión de los amigos y de la pareja. Otra razón para el no uso o uso incorrecto de los MA en la adolescencia es el coste económico, que para ciertos adolescentes puede suponer una barrera de utilización.

Así pues, es de gran importancia realizar un correcto asesoramiento anticonceptivo en los jóvenes, y los profesionales han de intentar motivarlos para un uso correcto y consistente de los diferentes MA. El objetivo de este artículo es buscar diferentes estrategias para ayudar a los adolescentes a conseguir que no se produzcan embarazos no deseados. Hay que recordar que los adolescentes están en la etapa más fértil de su vida, por lo que son necesarios MA muy eficaces.

ESTRATEGIAS GENERALES PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Se debe favorecer la autoestima de los jóvenes, “la persona es lo más importante”, reforzando el concepto de autocuidado, de cuidar su cuerpo, sus relaciones y su futuro como madres y padres. De ésta manera serán más responsables en la prevención de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual (ITS).

Los profesionales sanitarios que atienden a adolescentes deberían proveerles de una información adecuada sobre los MA y la prevención de las ITS. Esta información ha de ser objetiva y basada en la evidencia científica, y no ha de estar influida por ideas personales morales o religiosas.

Las consultas de anticoncepción orientadas a los adolescentes deberían ser de fácil acceso, en un horario adecuado para ellos y sin tener una lista de espera muy larga (dentro de lo posible) (Llopis, 2001).

Hay que garantizar la confidencialidad en los temas de sexualidad y anticoncepción en los menores de edad, a no ser que exista algún problema grave para la salud.

Debemos explicar las ventajas e inconvenientes de los diferentes MA, con información objetiva basada en la evidencia científica. Hay que dar información sobre cómo funcionan los diferentes MA, su efectividad y sus efectos secundarios. Es muy importante corregir mitos e ideas falsas sobre los MA.

La información ha de ser clara y precisa, sin usar palabras técnicas que los jóvenes no puedan

entender. El punto de partida es escuchar previamente su demanda: la manera en que ellos perciben sus necesidades y dificultades. También que capten un verdadero interés del profesional en comprenderles y ayudarles. De esta manera, la información será mucho más eficaz.

También se pueden facilitar datos de sitios web con información objetiva y contrastada sobre MA. Son de ayuda modelos anatómicos, información escrita, y también mostrar los diferentes MA.

En la elección del método anticonceptivo, debemos ayudarles pero el profesional no debe ser quien elija. Así se favorece el buen uso y la adherencia al método y se les implica en responsabilizarse sobre su sexualidad.

En la entrevista no debemos juzgar a los adolescentes, no debemos decidir por ellos, sino promover que analicen sus decisiones en la consulta y la comunicación sobre temas anticonceptivos y sexuales con su partenaire, si no acuden en pareja. Si cometen algún fallo anticonceptivo, no debemos juzgar a la persona (que siempre merece nuestro respeto) sino la práctica que llevó al error. Debemos potenciar sus habilidades para encontrar estrategias de prevención en el futuro. No hay que reñir ni emitir juicios negativos, sino ayudarles a pensar. Hay que ayudarles a ser asertivos y potenciar su capacidad de tomar decisiones y de mejorar en los aspectos preventivos. Se debe mantener un buen vínculo con ellos, invitándoles a volver a siguientes consultas si surgen dudas, problemas o quieren cambiar de método. Hay que dejar claras las pautas de visitas posteriores que se precisen (Parera et al, 2013).

Debemos felicitarles si usan correctamente los MA y ante las prácticas de sexo seguro (refuerzo positivo). Hay que transmitir que les vemos capaces de resolver los problemas anticonceptivos y potenciar las habilidades personales para encontrar estrategias de prevención.

Es aconsejable aclarar y resumir periódicamente, para asegurarnos su comprensión y posibilitar que salgan otras dudas

Debemos recordar a los adolescentes que la el consumo de ciertas drogas puede influir en su capacidad para usar correctamente o incluso en el no uso de ciertos MA (Castelo Branco et al, 2014).

También es importante recordar que el hecho de hablar sobre MA con la pareja o con los padres

(siempre que esto sea posible) facilita un mejor uso de los mismos. En un estudio realizado en adolescentes catalanes (Parera y Surís, 2004) se demostró que las adolescentes que tienen buena relación con sus madres tienen más posibilidades de utilizar los MA correctamente.

La gratuidad de los métodos anticonceptivos o la financiación parcial sería muy eficaz en los adolescentes, por su menor poder adquisitivo. Actualmente se pueden conseguir preservativos gratuitos en ciertas entidades y consultas de contracepción. Además, algunos métodos anticonceptivos están total o parcialmente financiados por el sistema sanitario nacional: algunos tipos de píldora, inyectable, implante, dispositivo intrauterino (DIU), anticoncepción de urgencia (AU).

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS DIFERENTES MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

ABSTINENCIA

Ciertos adolescentes escogen no tener relaciones sexuales (RS) con penetración o esperar a ser mayores para tenerlas. Hay que explicarles que es tan normal tenerlas como no tenerlas. Se pueden enseñar estrategias para decir “no” ante la presión de mantener relaciones si ellos no quieren (ser asertivos). La abstinencia una opción respetable, común y aceptable (principalmente en la adolescencia precoz), y hay otras maneras de demostrar afecto.

ALTERNATIVAS AL COITO

Las RS sin penetración ofrecen una alternativa al coito sin riesgo de embarazo. Hay que reforzar positivamente a los jóvenes que decidan usar este método, y también ayudarles a buscar estrategias para decir “no” ante la presión de practicar el coito, si ellos no quieren.

MÉTODOS NATURALES

Los métodos naturales ofrecen una eficacia anticonceptiva baja, en una época de elevada fertilidad como es la adolescencia, hecho que hay que advertir a los jóvenes. Además, ciertas adolescentes tienen ciclos menstruales irregulares, con lo que el cálculo de días fértiles llevaría a más errores contraceptivos.

COITO INTERRUMPIDO

Se trata de un método muy usado por los adolescentes, pero también hay que advertirles de su baja tasa de eficacia, ya que aunque el varón retire el pene de la vagina antes de la eyaculación, este puede estar lubricado con una pequeña cantidad de líquido (el líquido pre seminal) que puede contener espermatozoides.

PRESERVATIVO MASCULINO

Hay que motivar a los adolescentes para utilizar el preservativo masculino como método anticonceptivo y de protección frente a las ITS (Coll et al, 2001).

Su eficacia anticonceptiva es alta, pero menor que la de los anticonceptivos hormonales y el DIU.

Hay que instruir a los adolescentes sobre su uso correcto, no presuponiendo que lo sepan utilizar (tabla 1). Es recomendable aprender a manipular y colocar en modelos anatómicos. Animar a los adolescentes varones a colocarse un preservativo antes de iniciar las RS.

Deberían llevar siempre uno consigo, ya que uno de los principales argumentos para no usar el preservativo es no poder disponer del mismo en el momento del coito.

Debemos ofrecer estrategias de cómo proponerlo a la pareja, y soluciones prácticas para que se motiven más a utilizarlo.

En los adolescentes que usan preservativo, hay que preguntar sobre su uso en todos los coitos, su colocación adecuada y a lo largo de todo el coito.

Debemos recordar a los jóvenes que si hay ruptura o retención pueden usar la AU y para ello es imprescindible que comprueben su integridad finalizado el coito (Williams and Fortenberry, 2011).

PRESERVATIVO FEMENINO

Hay que motivar a los adolescentes para utilizar el preservativo femenino como método anticonceptivo y de protección frente a las ITS.

Su eficacia anticonceptiva es alta, pero menor que la de los anticonceptivos hormonales y el DIU.

Hay que instruir a los adolescentes sobre su uso correcto, no presuponiendo que lo sepan utilizar (tabla 2). Es recomendable aprender a manipular y colocar en modelos anatómicos. Animar a las adolescentes a colocarse un preservativo femenino antes de iniciar las RS.

Tabla 1
Normas de utilización del preservativo masculino

- Utilizarlo en todos los coitos
- Utilizar preservativos homologados
- No utilizar preservativos caducados ni con aspecto de estarlo (color oscuro de la goma, cuarteamiento de la misma)
- No conservarlos cerca del calor
- Manipularlos con delicadeza (tener cuidado con piercings, uñas, dientes)
- Colocarlo antes de la introducción del pene erecto en la vagina
- Apretar el extremo superior del condón
- Desenrollarlo con cuidado cubriendo totalmente el pene
- Después de la eyacuación retirar el pene de la vagina lentamente
- Cerrar el preservativo con un nudo
- Comprobar su integridad
- No se pueden volver a utilizar
- Si se usan con crema espermicida aumenta la eficacia
- No utilizar con vaselina ni aceites como lubricantes. Si hay que usar lubricantes, deben ser acuosos (en el preservativo de poliuretano pueden ser oleosos)
- Si se produce una ruptura o la retención de un preservativo, valorar la utilización de anticoncepción de urgencia en las siguientes 48 a 120 horas

Respecto al preservativo masculino, el femenino ofrece una protección adicional sobre la vulva (protege parcialmente los labios), y está controlado por la mujer.

Deberían llevar siempre uno consigo, ya que uno de los principales argumentos para no usar el preservativo es que no está disponible en el momento del coito.

Debemos ofrecer estrategias de cómo proponerle a la pareja, y soluciones prácticas para que se motiven más a utilizarlo.

En las adolescentes que usan preservativo femenino, hay que preguntar sobre su uso en todos los coitos, su colocación adecuada y a lo largo de todo el coito.

Debemos recordar a los jóvenes que si hay ruptura o retención pueden usar la AU.

Tabla 2
Normas de utilización del preservativo femenino

- Apretar la parte exterior del anillo interior
- Introducirlo al fondo de la vagina tan dentro como sea posible
- Introducir el dedo en el interior para apretar el anillo interior hacia el fondo vaginal
- Cubrir los labios con el anillo exterior
- Para retirarlo, torcer el anillo exterior para evitar que caiga el semen. Estirar con suavidad
- Tirarlo a la basura
- Los preservativos femeninos no se pueden volver a utilizar
- Si se produce una ruptura o la retención de un preservativo femenino, valorar la utilización de anticoncepción de urgencia en las siguientes 48 a 120 horas

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA (AHC)

La AHC (compuesta por estrógenos y progestágenos) ofrece una altísima eficacia contraceptiva si se usa correctamente. Es una de las medicaciones más inocuas y más estudiadas de la historia, que además se usa en personas jóvenes (ya que están en edad fértil), en las que hay menos contraindicaciones que las personas de mayor edad.

Hay que asegurar a las adolescentes que su uso no influye sobre la fertilidad futura, y tampoco protege más allá del ciclo en que se ha utilizado.

Su prescripción no requiere una exploración ginecológica, hecho que en algunas ocasiones frena a las adolescentes a solicitar estos MA.

La AHC tiene una serie de efectos beneficiosos no contraceptivos (tabla 3) que pueden ayudar a la joven a motivarse más en un uso correcto y consistente (Adams, 2001).

Respecto al aumento de peso, que preocupa mucho a las adolescentes, hay que explicarles que los AHC que se usan actualmente, al ser de baja dosis tienen una influencia mínima sobre el peso. Además, en los primeros años de la adolescencia el cuerpo está desarrollando toda una serie de cambios que incluyen el aumento de peso.

En general se recomienda iniciar la AHC el primer día del ciclo menstrual, de esta manera la

Tabla 3
Efectos beneficiosos no contraceptivos de la AHC

- Aumento de la regularidad menstrual
- Disminución del sangrado menstrual excesivo y de la anemia ferropénica
- Disminución de la dismenorrea y del síndrome premenstrual
- Disminución del acné
- Mejoría del hirsutismo
- Disminución de la enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico y quistes de ovario
- Disminución del riesgo de cáncer de ovario y de endometrio

protección anticonceptiva es inmediata. También se puede iniciar en otros momentos del ciclo si se tiene una seguridad razonable de que la joven no está embarazada, informando que la protección anticonceptiva se demorará 7 días.

Hay que explicar a las usuarias de los posibles cambios en los primeros ciclos: pérdidas intermenstruales, sangrado prolongado, tensión mamaria o náuseas, que se solucionarán con el uso continuado. También debemos informar de las medidas a adoptar en caso de olvidos y eventualidades que puedan ocurrir, y en la posibilidad de uso de AU en caso de errores.

Si el método de AHC no se tolera, se puede cambiar a otro, hasta conseguir el más adecuado para la persona (se dispone de un amplio abanico de posibilidades anticonceptivas hormonales).

También es de ayuda ofrecerles la posibilidad de una consulta rápida si tienen dudas, y programar visitas de seguimiento en los primeros meses para valorar el adecuado cumplimiento y la aparición de efectos secundarios. Hay que facilitar a las adolescentes la atención sanitaria, e indicarles que no deben parar el tratamiento sin comunicarlo. Una estrategia para asegurar el cumplimiento de estas citas serían llamadas telefónicas o avisos a teléfonos móviles recordatorios. Si la joven no acude a la cita, se le puede llamar para preguntar el motivo, y esto estaría especialmente indicado en casos de adolescentes con problemáticas especiales y de riesgo (García Cervera, 2013).

En las adolescentes usuarias de AHC se reali-

zará un control a los 3-6 meses del inicio de la toma, para comprobar el uso correcto y aclarar dudas.

Existen 3 tipos de AHC: píldora (administración diaria y absorción oral), parche (administración semanal y absorción transdérmica) y anillo (administración mensual y absorción a través de la mucosa vaginal).

PÍLDORA

Puede ser útil asociar la toma de la píldora a una actividad cotidiana, por ejemplo: lavarse los dientes, ir a dormir. También puede ser útil el uso de sistemas de aviso para recordar el uso diario de la píldora, por ejemplo, alarmas recordatorias o en teléfono móvil.

Una estrategia muy útil en la adolescencia es utilizar presentaciones con 28 píldoras, que incluyen píldoras sin medicación. Ello puede mejorar el cumplimiento al disminuir los fallos por demoras en el reinicio tras el descanso.

Si hay olvidos que no superan las 48 horas se puede seguir normalmente el tratamiento; si las superan hay que seguir con la medicación y usar medidas anticonceptivas complementarias (preservativo) durante 7 días.

PARCHE

La AHC mediante parche semanal puede suponer una estrategia para mejorar el cumplimiento al requerir menos recuerdo que la AHC oral.

Pueden ser útiles como aviso el uso de pegatinas recordatorias de los parches, y también el uso de alarmas semanales.

Si el parche se despega menos de 24 horas se coloca uno nuevo, si son más se coloca otro y hay que usar protección adicional 7 días. Si se olvida cambiar en el día apropiado, tiene un margen de protección anticonceptiva de 48 horas a partir del 2º parche. En los otros casos se debe usar anticoncepción adicional 7 días.

ANILLO

La AHC mediante anillo mensual puede suponer una estrategia para mejorar el cumplimiento, al requerir menos recuerdo que la AHC diaria o semanal. Es el más confidencial de todos los métodos combinados.

Son de ayuda los modelos anatómicos para que la adolescente vea cómo se coloca el anillo, y también que pueda practicar ella misma la colocación y extracción. Puede ser útil el uso de pegatinas recordatorias de colocación y retirada, y de alarmas.

Si se retrasa la retirada del anillo, la protección anticonceptiva está asegurada hasta una semana. Si se produjera un retraso en la colocación tras el descanso, o una retirada durante el tratamiento de más de 3 horas, hay que usar anticoncepción adicional 7 días.

Si se compara el anillo con la píldora, ciertas adolescentes lo consideran más fácil de recordar que la píldora, y además ofrece un mejor control del ciclo.

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL CON SÓLO GESTÁGENO (AHG)

Se trata de métodos con una eficacia anticonceptiva muy alta, hecho que ayuda a mejorar el cumplimiento. Las jóvenes con dismenorrea deben conocer que estos MA tienen una demostrada eficacia en la mejoría de este síntoma.

Los AHG pueden causar cambios en el patrón de sangrado menstrual (sangrado infrecuente, amenorrea, sangrado excesivo, manchado intermenstrual). En el caso de que el método cause amenorrea, ello puede ser un refuerzo positivo en jóvenes que no quieran tener la regla.

Se debe dar información detallada oral y escrita, y es muy importante asesorar en los posibles cambios del patrón menstrual. Aun así, las adolescentes usuarias de AHG la suelen abandonar más que las adultas.

Los AHG se pueden usar en forma de píldora (toma diaria), inyectable intramuscular (trimestral), implante (trianual) y DIU (trianual o quinquenal).

En el caso de la píldora, se debe instruir a las adolescentes sobre su uso correcto diario. Si hay olvidos de más de 12 horas debe usarse anticoncepción adicional durante 2 días.

Respecto al inyectable, se debe recordar a las jóvenes la administración cada 12 semanas, aunque hay cuatro semanas más de margen. Este método es de interés en personas con problemas de recuerdo, y en las adolescentes con problemas psiquiátricos en tratamientos antipsicóticos que

podrían disminuir el efecto anticonceptivo de otro tipo de hormonas. A diferencia de otros MA, puede producir una prolongada supresión de la ovulación después de su interrupción, y puede producir aumento de peso.

El implante anticonceptivo ofrece una altísima eficacia anticonceptiva y no requiere recuerdo alguno, circunstancias muy indicadas en las adolescentes. Requiere una sencilla intervención para colocarlo y retirarlo.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO

El hecho de ser un método de larga duración, no requerir recordarse de usarlo, y ofrecer una elevada protección anticonceptiva, son beneficios que el profesional ha de enfatizar para conseguir que las adolescentes tengan mayor motivación para el inicio y continuidad en su uso (Cancelo et al, 2014). La colocación y retirada del DIU deben ser realizadas por un profesional, y la adolescente precisa tolerar un examen ginecológico. Algunos estudios indican que la colocación dolorosa y el síncope vaso-vagal son más frecuentes en multiparas. Respecto a la incidencia de enfermedad inflamatoria pélvica, se conoce que ésta es más frecuente en personas que no tienen pareja estable mutuamente monógama, factor que hay que valorar muy bien entre el colectivo adolescente (Whitaker et al, 2010).

Existen dos tipos de dispositivos: de cobre y de gestágeno.

El DIU de cobre puede tener una duración de 5 y 10 años. Puede aumentar la cantidad de sangrado menstrual y la dismenorrea.

El DIU de gestágeno (con presentaciones de 3 y 5 años), posee efectos beneficiosos de disminución de la dismenorrea y del sangrado menstrual.

DOBLE MÉTODO

La asociación del preservativo (masculino o femenino) con cualquier método hormonal o con el DIU es de especial interés en la adolescencia (FSRH, 2010). Para mejorar un cumplimiento correcto, hay que advertir a los adolescentes que aunque la protección de los métodos hormonales y el DIU en cuanto a anticoncepción es muy elevada, no lo es en cambio frente a las ITS. Contra ellas el único método de protección es el preservativo. Además, éste ofrece protección adicional

en caso de errores de uso con la píldora, el parche, el anillo o el inyectable. Muchos jóvenes utilizan este método si están altamente motivados, pero en ocasiones con el paso del tiempo tienden a abandonar la doble protección. Hay que insistirles en ella, sobre todo si hay cambios de pareja o no hay una pareja estable.

ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA

Se debe recordar a las jóvenes la posibilidad de uso de AU en caso de coitos no protegidos, ruptura de preservativo, expulsión de un DIU, errores e incidencias con métodos hormonales (olvido de píldora combinada más de 48 horas, píldora de sólo gestágeno más de 12 horas, píldora con vómitos y/o diarreas persistentes, olvido de parche más de 48 horas, retirada del anillo más de 3 horas o más de 7 días entre retirada y reinserción, y toma de fármacos con interacciones) (Sociedad Española de Contracepción, 2011).

Su eficacia anticonceptiva es menor a la de los métodos hormonales y el DIU.

Es muy importante que conozcan dónde han de acudir si necesitan AU: oficinas de farmacia, centros de salud sexual y reproductiva, de planificación familiar, servicios de urgencias, centros de salud, consultas de ginecología...

Asimismo han de conocer sus mecanismos de acción, saber que no es un medicamento que cause el aborto, que no tiene riesgos para su salud, que no afecta a su fertilidad futura y que se puede utilizar siempre que sea necesario (Harper et al, 2008). Esta información objetiva ayuda a que los jóvenes no tengan miedo a solicitar la AU y a que la usen cuando sea necesario. Deben conocer que la demora en la toma disminuye la eficacia del método.

Las estrategias para mejorar el cumplimiento de este método anticonceptivo consisten en la facilitación al acceso al método (en ciertas comunidades autónomas se administra gratuitamente) y en la venta en farmacias sin prescripción médica (libre dispensación). Antes de la existencia de la libre dispensación, o cuando las dificultades para obtener la AU eran mayores, una opción posible era que las jóvenes tuvieran una píldora para AU en su poder, o dispusieran de una receta anticipada (Parera y Suárez, 2014).

Existen en el mercado 2 métodos de píldora para AU, con protección hasta 2 y 5 días después del coito de riesgo.

CONCLUSIONES

Los adolescentes necesitan métodos anticonceptivos altamente eficaces por hallarse en la etapa más fértil de su vida.

Es necesario mejorar la información y la educación que se facilita a los jóvenes en temas de salud sexual y reproductiva y disminuir las dificultades para el acceso a los MA con el fin de mejorar el cumplimiento y la continuidad de los mismos y así disminuir el riesgo de embarazo en esta etapa de la vida.

Hay que facilitar a los jóvenes el acceso a los profesionales que les puedan asesorar en un correcto uso de los MA, buscando estrategias para que el uso sea consistente. El acceso debería ser rápido y fácil, y la información objetiva y basada en la evidencia científica. Los profesionales que realizan asesoramiento anticonceptivo deben escuchar las demandas de los jóvenes y ayudarles sin juzgarles, motivándolos a un uso correcto para ser responsables en su autocuidado.

Los MA naturales y el coito interrumpido ofrecen una baja eficacia anticonceptiva.

El preservativo es el único método que protege del embarazo y de las ITS.

Los MA hormonales y el DIU ofrecen una elevada protección anticonceptiva.

El doble método posee una elevada protección anticonceptiva y de las ITS.

La AU debe considerarse una "segunda oportunidad" y como tal debe ser considerado pues no debe sustituir a los anticonceptivos eficaces de uso regular.

BIBLIOGRAFÍA

- Adams P.** Adolescents and the noncontraceptive benefits of the pill. *Contemporary OB/GYN* Feb 2001(suppl): 3-9.
- Cancelo MJ, González JV, Parera N, Parra I, Rodríguez MJ, de la Viuda E.** Anticoncepción en la adolescencia. En: Documentos de Consenso SEGO 2012. SEGO 2013; 11-79.
- Castelo-Branco C, Parera N, Mendoza N,**

- Pérez-Campos E, Lete I; CEA group.** Alcohol and drug abuse and risky sexual behaviours in young adult women. *Gynecol Endocrinol.* 2014 Aug;30(8):581-6. doi: 10.3109/09513590.2014.910190.
- Coll i Capdevilla C, Ramírez Polo IM, Martínez San Andrés F, Ramírez Hidalgo A, Bernabeu Pérez S y Díez Febrer E.** Anticoncepción en la adolescencia. Métodos de barrera, naturales y DIU. En: Buil Rada C, Lete Lasa I, Ros Rahola R y De Pablo Lozano JL. Sociedad Española de Contracepción. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Zaragoza 2001. 729-770.
- Delgado M, Zamora F, Barrios L, Cámara N.** Pautas anticonceptivas y maternidad adolescente en España, Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Fundación Española de Contracepción. Madrid, 2011.
- Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance.** Contraceptive choices for young people. CEU Guidance 2010. Disponible en: www.fsrh.org.
- García Cervera J.** Protocolos de Ginecología de la Adolescencia de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) 2013. Contracepción en la adolescencia. Disponible en: www.sego.es.
- Harper C, Weiss D, Speidel J, Rainey-Bennett T.** Over-the-counter access to emergency contraception for teens. *Contraception* 2008 (77): 230-233.
- Llopis Pérez A.** Anticoncepción en la adolescencia. La consulta joven. En: Buil Rada C, Lete Lasa I, Ros Rahola R y De Pablo Lozano JL. Sociedad Española de Contracepción. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Zaragoza 2001. 705-728.
- Parera N, Surís JC.** Having a good relationship with their mother: a protective factor against sexual risk behavior among adolescent females?. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004; 17: 267-271.
- Parera N, López S, Llopis A.** Habilidades para la comunicación con adolescentes (anticonceptivos). Edikamed 2013. Patrocinado por Gedeon Richter.
- Parera N, Suárez M.** Anticoncepción. En: Tratado de Pediatría Cruz. 11ª ed. Moro M, Málaga S, Madero L. Madrid: Panamericana, Asociación Española de Pediatría 2014. 441-7.
- Shafii T, Burstein GR.** The adolescent sexual health visit. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2009 Mar;36(1):99-117.
- Sociedad Española de Contracepción.** Manual de Anticoncepción de Urgencia. SEC 2011.
- Whitaker AK, Dude AM, Neustadt A, Gilliam ML.** Correlates of use of long-acting reversible methods of contraception among adolescent and young adult women. *Contraception* 2010; 81(4):299-303.
- Williams RL, Fortenberry JD.** Update on adolescent condom use. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2011 Oct;23(5):350-4