

CAPÍTULO 21

ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA. LA CONSULTA JOVEN

*“Recordad que la naturaleza nos ha dado dos oídos y una sola boca,
para enseñarnos que vale más oír que hablar”*

Zenón

AZUCENA LLOPIS PÉREZ

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

La adolescencia ha sido tradicionalmente considerada como un periodo libre de problemas de salud, sin embargo las características psicológicas, biológicas y de comportamiento de los adolescentes y su actitud reticente ante los servicios sanitarios, hacen necesarias y pertinentes actividades de salud preventivas, educativas y asistenciales específicamente diseñadas para jóvenes y adolescentes en términos de cuidados de salud sexual y reproductiva adecuadas a sus expectativas y necesidades.

Aunque los adolescentes y jóvenes no constituyen grupos homogéneos ni uniformes, su comportamiento sexual y reproductivo está influido, en mayor o menor medida, por una serie de factores entre los que cabe mencionar:

- Disminución de la edad de la menarquía.
- Inicio temprano de la actividad sexual coital.
- Cambios frecuentes de pareja, “monogamia sucesiva”.
- Sentimiento de invulnerabilidad por no tener integrada la noción de riesgo. Miedo a delatarse

Adolescencia, ¿período libre de problemas de salud?

Déficit educación sexual	<p>como sexualmente activos.</p> <ul style="list-style-type: none">• Deficiente educación sexual que conlleva escasa, deformada o idealizada información sobre anticoncepción, maternidad/paternidad y sexualidad. Cambios en la escala de valores y mayor permisividad sexual, presión de los medios de comunicación y dobles mensajes sociales: invitación/prohibición.• Dificultades de acceso a los servicios sanitarios y falta de habilidades sociales para conseguir asesoría y anticonceptivos.
Prevención	<p>Ello deriva en patrones de conducta que contribuyen a aumentar los riesgos a que se hallan expuestos en relación a la salud sexual y reproductiva, riesgos que determinan consecuencias adversas de tipo médico, psicológico, educativo y socioeconómico.</p>
Percepción del riesgo	<p>Los objetivos de los programas y servicios de anticoncepción y sexualidad dirigidos a adolescentes y jóvenes se basan no sólo en la prevención de riesgos derivados de su actividad sexual como el embarazo no deseado o las enfermedades de transmisión sexual sino también en la prevención del riesgo de trastornos emocionales originados por la dificultad de adaptación a los cambios físicos y psicosexuales de la adolescencia y por la sobrecarga emocional derivada de sus relaciones familiares, afectivas y sexuales. Se trata de ofrecer un modelo de atención biopsicosocial desde lo preventivo basado en la información y el asesoramiento, capaz de proporcionar alternativas a sus necesidades sexuales y afectivas, que facilite la “percepción de riesgo” y fomente actitudes positivas que potencien hábitos y vivencias afectivas y sexuales responsables, saludables y no sexistas.</p>

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Los servicios de atención a jóvenes y adolescentes en sexualidad y anticoncepción pueden organizarse de forma integrada o como servicios independientes.

Disponer de servicios independientes supone crear estructuras específicas y exclusivamente destinadas a la asesoría y la asistencia de este colectivo en la materia que nos ocupa. Su ubicación debe ser próxima a los lugares frecuentados por ellos e idónea para el acceso, la localización y la confidencialidad. Idealmente deben disponer de área de recepción, sala de espera y salas de consulta para la entrevista con los profesionales, consulta médica y aulas o espacios destinados a la recepción de grupos para actividades de educación sexual. El ambiente y la decoración deben ser adecuados al colectivo, evitando la sanitización excesiva, procurando que no existan barreras entre profesional y usuario para favorecer un trato distendido y facilitando mensajes y material informativo y divulgativo dirigido especialmente a ellos.

Servicios independientes

Iniciativas en este sentido se vienen llevando a cabo por la Federación de Planificación Familiar de España, que puso en marcha en 1991 tres “Centros Jóvenes de anticoncepción y sexualidad” en Madrid, Barcelona y Santiago de Compostela, específicamente dirigidos a jóvenes y adolescentes.

En nuestro país la mayoría de las iniciativas y experiencias en este sentido se realizan de forma integrada en otros servicios, generalmente en los centros de planificación familiar, ya sea mediante la atención prioritaria a adolescentes con menor lista de espera pero no separada de la atención a adultos, o mediante la creación de espacios: “día joven”, “tardes jóvenes” o “consulta joven”, de atención exclusiva a jóvenes y adolescentes. Esto último es más pertinente y eficaz porque:

- Facilita la identificación del colectivo con el servicio al evitar los términos “planificación” y

“familia” que nada tienen que ver con la realidad adolescente y al explicitar que son espacios para ellos.

- Facilita el acceso al no sentirse observados y/o juzgados por otros usuarios adultos y personas conocidas.

Servicios integrados

Cuando los servicios son integrados es importante disponer de espacios físicos propios accesibles, desprovistos de la excesiva sanitización que muchas veces conllevan las consultas y despachos para adultos, especialmente ambientados para el trato y la atención a la población adolescente, que eliminen en lo posible las barreras profesional/usuario y favorezcan un clima de confianza. Así mismo deben disponer en la sala de espera de mensajes, folletos divulgativos e información dirigidos específicamente a ellos.

CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS

La creación de uno o varios espacios semanales, con denominación específica y abiertos exclusivamente a adolescentes, es imprescindible para promover la aceptabilidad y la accesibilidad de este colectivo, ya que por diversos motivos es reticente a dirigirse a los centros sanitarios gestionados por y dirigidos a adultos y generalmente muy medicalizados. Pero son necesarias además una serie de características para tratar de garantizar la aceptabilidad y accesibilidad a los servicios:

Gratuidad

“Puertas abiertas”

Permeabilidad o atención inmediata

Realizando la atención en el momento que se hace la demanda. Se trata de facilitar el acceso sin

cita previa y sin listas de espera. Esta modalidad de atención se denomina también “servicio de puertas abiertas” e implica una gran flexibilidad en el funcionamiento del centro y del equipo de profesionales.

Privacidad y confidencialidad

Se debe anular la posibilidad de encuentro con personas adultas, asegurar la intimidad y explicitar el anonimato. Siempre que sea posible la recogida de datos para registro y posterior evaluación carecerá de domicilio, teléfono y apellidos, a efectos de identificación en sucesivas visitas puede ser suficiente el nombre y la fecha de nacimiento seguida de las iniciales de los apellidos.

Los servicios

Deben posibilitar no sólo la atención en consulta ya sea individual, en pareja o en grupo, sino también la atención telefónica, importante “per se” para dar respuesta a demandas, dudas o problemas y como primer contacto que facilite un acercamiento posterior al servicio.

Asesoramiento
vs.
Clínica

Asegurar una atención multidisciplinar

Que garantice el enfoque bio-psico-social de la asistencia, con el soporte técnico necesario a las distintas prestaciones y actividades y que favorezca que los servicios sean lo más “desmedicalizados” posible, dando prioridad al asesoramiento sobre los aspectos más clínicos.

Gratuito

Divulgación/publicidad

Encaminada al acercamiento del programa al colectivo de jóvenes y adolescentes. Es necesario que conozcan la existencia del servicio, sus prestaciones y la posibilidad de ser atendidos/as en él. Para ello se debe contar con folletos o dípticos divulgativos que mediante mensajes

Profundizar en la intervención

directos identifiquen el servicio: su nombre, dónde está, cómo dirigirse, quiénes pueden dirigirse y qué días, cuáles son sus prestaciones y que especifique claramente su carácter confidencial, gratuito, la atención inmediata y la posibilidad de atención telefónica. Es también importante dar mensajes a los medios de comunicación de forma regular y continuada.

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN A ADOLESCENTES

Entrevista abierta

- Con frecuencia los adolescentes consultan por dudas o preocupaciones puntuales (demandas explícitas) que no se corresponden con lo que realmente les preocupa (demanda implícitas) por miedo a ser juzgados, actitudes distantes o moralizantes de los profesionales, o simplemente por dificultad para expresarlas. Ello hace que no debemos conformarnos con resolver la duda puntual que inicialmente plantean sino que debemos profundizar en la intervención para que las demandas concretas o implícitas puedan ser expresadas.
- La metodología que ha demostrado ser más eficaz en este sentido es la entrevista abierta no directiva, basada en el método de “dejar hablar” y en la “escucha activa” por parte del/de la profesional. La entrevista pretende ofrecer instrumentos de apoyo que responsabilicen en la toma de decisiones y en la adopción de conductas preventivas.

Tiempo

- La entrevista debe desarrollarse en un ambiente de privacidad, dando espacios para individualizar la demanda en caso de ser acompañados/as, debe garantizar la confidencialidad.
- La actitud de los profesionales debe ser abierta y flexible, no autoritaria, o moralizante, libre de

juicios y paternalismo y alejadas de dar instrucciones y consejos. El trato distendido e informal, de cordialidad, pero dando impresión de confianza y seguridad favorecerá la empatía, facilitará que los miedos y la ansiedad sean mitigados, y con ello facilitará la expresión de sus preocupaciones reales y de su estado emocional, debemos ser capaces de captar como se siente ante el problema o las preocupaciones que nos están expresando. Ello requiere ser generosos con el tiempo.

Entrenamiento

Motivación

- La atención a jóvenes y adolescentes requiere profesionales capacitados, especialmente formados y entrenados en el trato con adolescentes; ello supone la revisión de las propias actitudes y la adquisición de habilidades de comunicación, estrategias comunitarias y dinamización grupal.
- Además de la capacitación los profesionales deben tener un alto grado de motivación y sensibilización ante las características, actitudes, problemas y necesidades de este colectivo para poder comprender y empatizar con ellos, ello supone la revisión de los propios prejuicios con respecto a los adolescentes.

PRESTACIONES QUE SE OFRECEN

Las prestaciones y actividades ofertadas van a estar en función de los recursos humanos que constituyan el equipo multidisciplinar y en función de los recursos técnicos y materiales de que se disponga. Es imprescindible la interconexión del servicio con los demás recursos socio-sanitarios de la zona, para facilitar la derivación en caso necesario a otros servicios especializados y posibilitar mayores ofertas y en mejores condiciones. En general los “centros jóvenes” o “consultas jóvenes de anticoncepción y sexualidad” ofrecen:

ATENCIÓN DIRECTA EN EL CENTRO

- Información y asesoría sobre anticoncepción, sexualidad y ETS-SIDA.
- Prescripción de anticonceptivos.
- Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de ETS.
- Pruebas de detección de VIH-SIDA.
- Intercepción post-coital o anticoncepción de emergencia.
- Test de embarazo.
- Información sobre interrupción voluntaria del embarazo.
- Asesoría y atención a problemas sexuales y psicoafectivos.
- Terapia sexual o bien orientación y derivación.
- Examen ginecológico.
- Citología cervico-vaginal.

Alta dedicación

ATENCIÓN TELEFÓNICA

Que permite cualquier tipo de consulta acerca de la sexualidad y la anticoncepción en usuarios que prefieren el anonimato, sirve para orientarse sobre qué tipo de atención les puede ofrecer el servicio y de este modo facilitar un acercamiento posterior. Requiere una alta dedicación y un entrenamiento especial.

Educación no acelera el inicio de relaciones

TALLERES DE EDUCACIÓN SEXUAL

Dirigidos a jóvenes y adolescentes. Pueden realizarse en el propio servicio cuando se dispone de aulas dotadas a tal fin, o bien realizarse en los centros educativos. Lo que caracteriza este tipo de actividades es su metodología; activa y

participativa, y su objetivo; que no es la mera transmisión de información, sino el análisis y la reflexión sobre las actitudes a través de grupos de discusión y dinámicas de trabajo que faciliten la expresión de sus conocimientos, emociones y opiniones y que fomentan su espíritu crítico y su capacidad de autonomía. Numerosos estudios y trabajos demuestran o resaltan que la educación sexual no fomenta el inicio más temprano de las relaciones sexuales. Un estudio del programa común de Naciones Unidas sobre el SIDA (ONUSIDA) concluyó que la educación en materia de salud sexual se traduce en un comportamiento sexual de menor riesgo especialmente entre los adolescentes.

ACTIVIDADES COMUNITARIAS, EDUCATIVAS Y FORMATIVAS

La mayoría de los centros y servicios realizan actividades educativas y formativas orientadas a la comunidad favoreciendo la promoción de la educación sexual en la escuela, la familia, el grupo de iguales y el entorno social.

- Organización de actividades de información a través de cursos, seminarios, charlas o coloquios, dirigidos al alumnado en los centros educativos y encaminados a fomentar los valores positivos de la sexualidad.
- Asesoramiento y bibliografía al alumnado para la realización de trabajos académicos que centren su interés en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva.
- Actividades de formación de profesionales docentes y sociosanitarios en materias relacionadas con la sexualidad y la anticoncepción para despertar la motivación y el interés, para que sean transmisores de la eficacia de la prevención y sobre todo para que faciliten la comunicación en temas de salud sexual y

Historia Clínica
Informatizada

reproductiva.

- Actividades informativas y educativas con asociaciones de padres/madres.
- Colaboración con otros profesionales, organismos o entidades en la organización de actividades dirigidas a jóvenes y adolescentes en relación con la anticoncepción, la reproducción y la sexualidad.
- Formación, asesoría y apoyo de mediadores juveniles. Este parece ser un elemento básico para garantizar intervenciones eficaces por el valor añadido que tiene para muchos/as jóvenes y adolescentes la información que les llega desde el grupo de iguales.

INVESTIGACIÓN

Dirigida a profundizar e incrementar el conocimiento de las características y necesidades de jóvenes y adolescentes. La recogida de datos necesaria en todo proceso de investigación hace necesario y prioritario disponer de una Historia Clínica Informatizada.

CONSULTA EN LÍNEA

Aunque pocos servicios disponen de los recursos técnicos y la flexibilidad que este tipo de atención conlleva, merece especial interés la adaptación a las nuevas tecnologías para fomentar actividades de asesoría especializada y personalizada a través de Internet. Esta modalidad de atención parece jugar un papel importante en el acercamiento de los varones a los servicios.

Dado que no hay un modelo ideal de centro concebido para atención a jóvenes y adolescentes, teniendo en cuenta que no es incompatible la coexistencia de recursos específicos con recursos integrados, y que por otro lado es utópico pensar

que el modelo de atención que ofrecen los

servicios disponibles actualmente sea capaz de

No existe método ideal

ofrecer una cobertura asistencial amplia, es preciso

que todos los profesionales socio sanitarios tengan

en cuenta las características específicas, y

expectativas de este colectivo y por tanto las

características específicas de la asistencia que

Inicio precoz

hemos descrito desde un punto de vista práctico.

LA CONSULTA ANTICONCEPTIVA DIRIGIDA A ADOLESCENTES. EL CONSEJO ANTICONCEPTIVO

Monogamia sucesiva

80% no usan
anticonceptivos

En cualquier circunstancia y edad, la elección de un método anticonceptivo debe basarse en dos premisas básicas: la primera es que no existe un método ideal, y la segunda que la elección implica una opción libre e individual. Por ello se hace necesario tener en cuenta las características individuales de los usuarios y adecuar las estrategias de intervención a sus necesidades y expectativas. Esto es especialmente relevante en el grupo de adolescentes por las características biológicas, psicológicas y sociales, referidas en el primer capítulo de este manual, que condicionan su comportamiento sexual y reproductivo, y por las especiales e importantes repercusiones que el embarazo no planificado tiene en este grupo de edad y que será analizado en el capítulo correspondiente.

CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA SEXUAL ADOLESCENTE

Alcohol

La consulta de anticoncepción en la adolescencia exige tener en cuenta una serie de factores que directa o indirectamente inciden sobre el elevado riesgo de embarazo en este grupo de edad:

- Inicio precoz de las relaciones sexuales coitales: Numerosos estudios señalan que la media de edad de inicio de las relaciones sexuales coitales se sitúa en torno a los 15-17 años; además hay un acceso más directo y en menor tiempo desde otras conductas al coito. Factores biológicos, familiares y socioculturales como la disminución de la edad de la menarquia, la existencia de familias desestructuradas, la presión del grupo de iguales, la permisividad y

sobreexcitación sexuales, el consumo de alcohol y otras drogas... condicionan en gran medida esta conducta.

VIH

- Relaciones sexuales irregulares, con frecuencia espaciada y muchas veces no previstas.
- Se consideran monógamos, pero son frecuentes los cambios de pareja y en muchos casos la duración de la pareja es breve. Monogamia sucesiva o “en serie”.
- Escasa y deficiente utilización de métodos anticonceptivos, atribuible a desinformación sobre anticoncepción y sobre riesgo de embarazo, creencias erróneas, objeciones morales o de otra índole, falta de previsión y dificultades de acceso a los servicios. La anticoncepción no precede ni acompaña a las primeras relaciones coitales, se pospone entre 12 y 24 meses desde su inicio, y cuando son usuarios de anticoncepción el uso es muy irregular y la mayoría de las veces de métodos no eficaces. La “Encuesta sobre uso de Anticoncepción en España de 1997” señala que el 80% de los encuestados entre 15 y 19 años no utilizan métodos anticonceptivos.
- Dificultades para establecer relaciones de causa-efecto entre la conducta sexual que proporciona placer inmediato y el riesgo probable futuro de gestación y ETS.
- El ocio está mediatizado por el consumo de alcohol y otras drogas. Numerosos estudios señalan que en muchos casos los adolescentes realizan las primeras relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol, y que hasta un 17% de adolescentes reconoce utilizar menos el preservativo después de haber consumido alcohol.

Reversible

Adecuado

Fácil

Este conjunto de factores, unido a su escasa valoración del riesgo, la presión del grupo de iguales, sobreexcitación de los medios de

La gama más amplia posible

comunicación, la mayor permisividad social, la deficiente educación sexual y las dificultades de acceso a los servicios sanitarios, sitúa a los adolescentes en una franca situación de riesgo no sólo frente al embarazo no planificado, sino también frente a las enfermedades de transmisión sexual y la infección por VIH. La mitad de las nuevas infecciones por VIH en el mundo, se producen en jóvenes de 15 a 24 años de edad; ello ha supuesto más de 2,5 millones durante 1998; la OMS considera a los adolescentes como un grupo diana en cuanto al riesgo de infección por VIH. Por ello, el abordaje de la anticoncepción en la adolescencia debe realizarse desde un doble aspecto preventivo, que incluya prevención del embarazo no planificado y prevención de enfermedades de transmisión sexual. Es decir, desde la perspectiva de doble protección o “Double Ducht”.

REQUISITOS DE LA ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

La anticoncepción en la adolescencia debe reunir una serie de requisitos por las circunstancias y características especiales de esta edad:

- Debe tener en cuenta el grado de maduración biológica y no interferir en el desarrollo y el crecimiento estatural.
- Debe ser reversible salvo que casos excepcionales, como enfermedades o deficiencias psíquicas aconsejen lo contrario.
- Debe ser adecuado a su actividad sexual, valorando el tipo y frecuencia, y la existencia de compañero no monógamo o cambios frecuentes de pareja.
- Debe ser de fácil realización. Los métodos cuyo uso requiera mayores cuidados pueden ser

rechazados o mal utilizados por los adolescentes.

Gratuidad
Fácil acceso
Privacidad

Establecidos estos requisitos, la clasificación de Rosenfield y Fathalla (FIGO, 1990), modificada por Triguero y Bolaños, establece cuatro categorías de métodos anticonceptivos para la adolescencia:

- *Recomendables*: incluyen preservativos y anticonceptivos orales.
- *Aceptables*: incluyen diafragma, esponjas, espermicidas y anticonceptivos inyectables.
- *Poco aceptables*: incluyen DIU, anticoncepción quirúrgica y métodos naturales.
- *De emergencia*: anticoncepción postcoital.

En ausencia de un método anticonceptivo ideal, es muy importante poner a disposición del/de la adolescente la gama más amplia posible de métodos anticonceptivos, analizando detalladamente cada uno de ellos en relación a las variables biológicas, psicoafectivas, socioeconómicas y los valores del entorno en que se desenvuelve. Por lo que, la edad, la situación familiar, el entorno social, el nivel educacional, las características de la actividad sexual y el grado de maduración psicológica, deben ser evaluados sistemáticamente, individualizando la indicación anticonceptiva y tratando de promover que el/la adolescente se sienta partícipe en la elección.

Es indudable que, para ello, se hace necesaria:

- Atención multidisciplinar, capaz de analizar las distintas variables que influyen en su conducta, y que posibilite la atención integral de sus demandas.
- Profesionales capacitados y sensibilizados ante sus características y necesidades.
- Disposición para la escucha activa: que favorezca la expresión de temores, inquietudes,

deseos, actitudes y valores, posibilitando la

Precio

expresión de demandas ocultas.

- Actitud y trato distendido evitando juicios y

paternalismos, que favorezca una relación de

empatía.

En definitiva, una atención basada en las características del modelo que hemos descrito a lo largo de este capítulo, en servicios que garanticen la gratuidad, la accesibilidad fácil sin previa cita, y la confidencialidad y privacidad, donde los adolescentes encuentren un espacio adecuado a sus necesidades y expectativas.

CONSEJO ANTICONCEPTIVO

La Consejería en anticoncepción es un proceso de comunicación bidireccional cuyos objetivos son la identificación de las necesidades y la toma de decisiones en lo que respecta a la anticoncepción.

La elección/indicación de un método anticonceptivo debe contemplar factores dependientes del método: perfil del método, y factores dependientes del usuario: perfil del usuario.

Perfil del método anticonceptivo

1. **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 la usuaria.

Historia clínica

2. **Seguridad.** Se refiere a la capacidad de un método para alterar positiva o negativamente la salud. La elección segura debe valorar el estado de salud del/de la potencial usuario, así como las contraindicaciones e indicaciones de cada uno de los métodos anticonceptivos.

3. **Reversibilidad.** Se refiere a la recuperación de la capacidad reproductora al interrumpir el empleo del método anticonceptivo.

4. **Facilidad/complejidad de uso.** Está

relacionada con factores no dependientes del método en sí, tales como: nivel educacional, maduración psíquica, conocimiento del propio cuerpo y habilidades manuales, que es necesario individualizar en cada usuario.

5. **Relación con el coito**, en cuanto que su empleo pueda afectar o no a la calidad de la relación percibida por el/la usuario, motivando positiva o negativamente su uso eficaz.

6. **Precio**. Puede ser un factor que influya en la elección de un anticonceptivo, sobre todo en colectivos con escasos recursos, como ocurre con la población que nos ocupa, máxime en un momento en que los métodos considerados como recomendables no son financiados por el sistema público de salud.

Historia sexual

Perfil del usuario

1. **Edad**. Condiciona la elección/indicación de un método en cuanto tiene que ver con el grado de maduración biológica y psicológica.

2. **Actividad sexual**. Tipo y frecuencia de las relaciones coitales y número de parejas sexuales.

3. **Perfil de salud y percepción individual de los riesgos asociados al uso de anticoncepción**. Tiene relación directa con la seguridad del método y con la percepción subjetiva de seguridad.

4. **Aceptabilidad**. La elección de un método debe ser compatible con las normas confesionales, creencias, valores y normas de conducta de cada usuario.

5. **Impacto sobre la economía**.

6. **Nivel educacional**.

7. **Entorno familiar y social** que pueden ser facilitadores o restrictivos del uso de anticoncepción y de su seguimiento.

Alcohol, drogas

8. *Grado de maduración psicológica.*

Condiciona la motivación, la aceptabilidad, el cumplimiento y el control o seguimiento del método.

Sistemática del consejo anticonceptivo en la adolescencia

Dado que en sucesivos capítulos se exponen pormenorizadamente los diferentes métodos anticonceptivos en relación a la adolescencia, el objeto de este apartado se limitará a analizar qué factores deben ser tenidos en cuenta en la asesoría anticonceptiva de la adolescencia. Debemos considerar aquí nuevamente la enorme importancia de la actitud de los profesionales, abierta y flexible, generadora de un ambiente y trato distendidos, la escucha activa que facilite la expresión de sus deseos y de demandas ocultas, y la necesidad de la capacitación y sensibilización de los profesionales en torno a las características, vivencias y expectativas de los adolescentes.

Poder adquisitivo

Anamnesis e historia clínica detalladas

Son elementos básicos en la valoración del estado de salud y en la búsqueda de factores de riesgo, que indiquen o contraindiquen la elección de un método anticonceptivo y, por tanto, para la seguridad de su empleo. Debe aportar datos sobre:

Entrevista no dirigida

- *Edad y grado de maduración biológica y psicológica.* Ambos están estrechamente relacionados; su valoración es importante no sólo para determinar la indicación de un método anticonceptivo, sino porque influirán en la motivación, la aceptabilidad y el cumplimiento a los que nos referiremos más adelante.
- *Antecedentes familiares y personales.* Ayudan a conocer el perfil de salud y, por tanto, a indicar o contraindicar el empleo de algunos métodos anticonceptivos.

Cualquier método mejor que un embarazo adolescente no planificado

- *Historia ginecológica, anticonceptiva y obstétrica.* Aportará datos sobre edad de la menarquia, fórmula menstrual, posibles enfermedades ginecológicas/urológicas previas, embarazos o abortos, uso y/o conocimiento de anticoncepción, que serán de gran interés en la elección del método anticonceptivo. Algunas enfermedades o características ginecológicas pueden beneficiarse del empleo de determinados métodos. La historia anticonceptiva y obstétrica nos permitirá evaluar la motivación, la tolerancia y la percepción de riesgo del/de la usuario.
- *Historia sexual.* Se orienta a conocer:
 - Si existen o no prácticas coitales.
 - Edad de inicio de las relaciones coitales.
 - Tipo de actividad sexual y frecuencia.
 - Relaciones no previstas.
 - Lugar donde se desarrolla la actividad sexual.
 - Estabilidad de la pareja.
 - Grado de participación de la pareja en la anticoncepción.
 - Número de parejas sexuales. Monogamia sucesiva.

La elección de un método anticonceptivo en la adolescencia estará fuertemente condicionada por estos factores, ya que en función de ellos valoraremos la eficacia y la seguridad de los distintos métodos y la idoneidad o no de la elección de un método concreto.

- *Hábitos tóxicos:* tabaco, alcohol, drogas y características del consumo. Hemos comentado ya cómo el ocio está mediatizado por el consumo de alcohol y drogas en la “subcultura juvenil” y cómo éstos disminuyen la percepción de riesgo y evitan u obstaculizan conductas preventivas.
- *Nivel educacional:* un adecuado nivel de conocimientos facilitará la comprensión, la

aceptabilidad y la motivación para el adecuado uso de métodos anticonceptivos. Así mismo, las habilidades de comunicación y de “negociación” serán facilitadoras del uso del método.

- *Entorno familiar.* Numerosos estudios indican que el entorno familiar ejerce una gran influencia en el inicio precoz de las relaciones sexuales y en la conducta sexual posterior del adolescente. Por otro lado, la mayor o menor “permissividad” familiar para el uso de anticonceptivos, influirá positiva o negativamente en el acceso a los servicios, el uso adecuado del método anticonceptivo y el seguimiento posterior de éste.
- *Entorno socioeconómico.* Los adolescentes tienen que ver con conductas de grupo, con normas y valores propios del grupo en el que encuentran un “referente”. El empleo y la eficacia de un método anticonceptivo depende de la valoración del mismo por el entorno en que el/la adolescente se desenvuelve, de la valoración “social” del método percibido por el/la adolescente. El poder adquisitivo puede condicionar así mismo el uso, y sobre todo, el uso continuado de un método anticonceptivo concreto.

En la práctica habitual utilizamos modelos estándar de historia clínica para la recogida de datos; es frecuente caer en el error de utilizar éstas como si fueran encuestas o cuestionarios donde uno pregunta (el/la profesional) y otro responde (el/la usuario). Ya hemos comentado anteriormente que la metodología de trabajo más adecuada con adolescentes se basa en la entrevista no directiva, en ella la historia clínica es sólo una guía o instrumento que facilita la obtención y recogida de los datos.

Información:

- Uso
- Controles
- Acceso
- Motivación
- Informatización

Examen clínico y determinaciones analíticas

Valoración:

- Aceptación
- Motivación
- Cumplimiento

No son imprescindibles para hacer consejo anticonceptivo en la adolescencia; si deben realizarse, pueden posponerse en la mayoría de los casos para una visita posterior de seguimiento del método. La medicalización excesiva de la anticoncepción puede ser disuasoria para el acercamiento de adolescentes a los servicios y, por ello, un obstáculo para el ejercicio de una anticoncepción eficaz. Además, es preciso reseñar a este respecto, que el empleo de cualquier método anticonceptivo es considerablemente más seguro que un embarazo adolescente no planificado.

Información clara y precisa

De cada una de las opciones anticonceptivas y de su correcto uso. El proceso informativo es un elemento clave para el buen cumplimiento y la eficacia de la anticoncepción. Se hará siempre hablando en positivo de la anticoncepción, fomentando la escucha activa, que precisa tiempo y capacidad de escucha, para que la asesoría no pierda la bidireccionalidad que debe caracterizarla, permitiendo espacios en los que los adolescentes puedan transmitir dudas, temores, necesidades y “demandas ocultas” o implícitas. Sin perder el objetivo de la participación del adolescente en la elección: elección libre informada y sin olvidar la información y la accesibilidad a la anticoncepción postcoital.

La información sobre las distintas opciones anticonceptivas debe incluir:

- Información sobre la eficacia de cada uno de los métodos y el importante papel del cumplimiento o uso correcto de los mismos, para maximizar su eficacia.
- Información sobre las ventajas y la relación riesgo/beneficio que conlleva el empleo de cada una de las posibles opciones anticonceptivas individualizadas a cada usuario.

- Información sobre riesgos y contraindicaciones de cada método.
- Información sobre posibles efectos no deseados, para que el/la adolescente sepa reconocerlos y valorarlos en su justa medida, y eliminar las posibilidades de abandono o discontinuidad en el uso que disminuirían la eficacia del método.
- Información detallada sobre el correcto uso, adecuada a las características de cada adolescente. Todos los métodos anticonceptivos requieren instrucción precisa, que debe ser apoyada con aporte documental, trípticos o folletos, sobre la rutina y conocimiento de la opción anticonceptiva.
- Información sobre la necesidad o no de controles médicos periódicos y exámenes clínicos o determinaciones analíticas y, en su caso, explicar qué tipo de controles, por qué son necesarios, cuántos, cada cuánto tiempo y modo de acceder a los mismos.
- Facilitar la accesibilidad mediante consulta personal y telefónica, para plantear dudas, inseguridades o problemas surgidos durante la utilización del método anticonceptivo por el que se ha optado, lo que evitará el abandono, favoreciendo la continuidad del uso.
- Facilitar la continuidad de uso. Se debe informar e insistir en la necesidad de uso continuado y permanente del método mientras existan relaciones sexuales coitales o probabilidad de mantenerlas.
- Todo el proceso informativo o de asesoría debe tratar de eliminar creencias erróneas y mitos, fruto de la desinformación previa, en lo que se refiere a la anticoncepción, la sexualidad y las relaciones afectivas. La consulta de anticoncepción siempre es un buen momento para promover la educación sanitaria en general, y la educación sexual en particular. En este sentido, es importante promocionar las prácticas sexuales no coitales y reforzar su capacidad para decidir si desean o no mantener relaciones sexuales y de qué tipo.

Valorar la aceptabilidad o grado de adecuación

De las opciones anticonceptivas a las creencias y valores de cada adolescente, porque ello repercutirá en el uso, y la continuidad de uso del método optado y, por tanto, en la eficacia del mismo. Ya hemos comentado que la aceptabilidad tiene que ver con el entorno social y familiar del/de la adolescente y con su grado de maduración psicológica.

Valorar el grado de motivación

Es decir, la actitud del/de la adolescente hacia las características y uso de cada método y la adecuación de éstos a sus características y expectativas anticonceptivas. Está condicionado por el nivel educacional, el entorno socio familiar y el grado de conocimiento sobre anticoncepción. La buena motivación condiciona el uso correcto y continuado del método, y con ello, la eficacia.

Asegurar un adecuado cumplimiento

El cumplimiento se define, según Hillard, como el “grado de concordancia entre la ‘prescripción’ de un método y la conducta del/de la usuario/a”, en este caso adolescente; es decir, el uso continuado y correcto de una opción anticonceptiva. Es importante su valoración, porque es un factor determinante de la eficacia anticonceptiva de un método. Son facilitadores de un buen cumplimiento. La motivación, la aceptabilidad, la participación del adolescente en la elección, la percepción de seguridad, y la correcta información que conlleve a un uso adecuado y continuado de la opción anticonceptiva libremente elegida.

Sólo el detenido análisis de este conjunto de factores individuales y del entorno sociocultural permitirá la elección del método anticonceptivo más idóneo para cada adolescente.

BIBLIOGRAFÍA

- Bimbela Pedrola JL., Cruz Piqueras T. SIDA y jóvenes. La prevención de la Transmisión Sexual del VIH. 2ª Ed. 1997.
- Calaf Alsina J. Manual básico de contracepción. 2ª edición. Ed. Masson, 1997.
- Coll i Capdevilla C. Contracepción en la adolescencia. Cuadernos de contracepción nº 3. 1994.
- Cornellà i Canals J. Técnicas de entrevistas con el adolescente. Anales Españoles de Pediatría, 1998.
- Chez RA. Choosing the ideal contraceptive. Obst By nec. Rep., 1990.
- Davis Ann J. The role of hormonal contraceptive in adolescents. Ann J. Obst Gynec, 1994.
- Dexeus S., Forrol E., Tolsa AH. Anticoncepción en edades especiales. En Anticoncepción. Salvat Editorial. Barcelona, 1989.
- Díaz Gómez NM., Marrero G. y otros. Variables que influyen en el nivel de ansiedad en adolescentes. VIII Reunión Nacional de Medicina del Adolescente de la EAP. Zaragoza Abril, 1997.
- Encuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo. La sexualidad y los jóvenes. 1990.
- Encuesta Schening sobre uso de anticoncepción en España. 1997.
- Fathalla F., Rosenfield A. Adolescent. Sexuality and pregnancy. FIGO. Manual of human reproduction. Washington, 1990.
- Fernández Nieto E. Sexualidad. Jóvenes programas y algunas reflexiones al respecto. Boletín de información sexológica nº 25, 1999.
- Fernández Nieto E., Oñorbede Torre M. Estudio de actitudes, opiniones y comportamiento sexuales de los jóvenes de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Documento Técnico de Salud Pública, nº 10. Comunidad de Madrid, 1993.
- García Triguero A., Roldán Rodríguez A., Fenández Bolaños J. Aspectos particulares de la contracepción en la adolescencia. En Bajo Arenas JM., Vilar Checa E. Contracepción y regulación de la fertilidad. Interamericana. Madrid, 1991.
- Grimer D. The morbidity and mortality of pregnancy: Still risky business. Ann J. Obst. Gynec, 1994.
- Grupo de trabajo sobre anticoncepción oral. SEC. Manual de anticoncepción hormonal oral. 1997.
- Grupo de Trabajo del proyecto DA.PHNE. Análisis del cumplimiento en anticoncepción hormonal oral. Ed. Grupo Aula Médica, 1996.

Huezo MC., Carignan SCH. Pautas médicas y de prestación de servicios para planificación familiar. Publicaciones Médicas I.P.P.F., 1998.

Iglesias Cortit L. Contracepción en la adolescencia. Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana. Volumen XIV nº 1, 1997.

IPPF. Servicios de asesoramiento y anticoncepción para jóvenes. Serie estudios nº 10. Ministerio de Cultura. Instituto de la Mujer, 1987.

IPPF. Manual de planificación familiar para médicos. Public. Med. IPPF. Londres, 1989.

IPPF. Comprender a los adolescentes: Informe sobre las necesidades de la gente joven en materia de salud sexual y reproductiva. Londres, 1994.

Jiménez Torres F. Contracepción en la adolescencia. Actas III Congreso Estatal Planificación Familiar. Valladolid, 1987.

Lete Lasa I. Problemática del embarazo adolescente. Actas II Congreso Nacional S.E.C. Santiago de Compostela, 1993.

- López A., Serrano I., Alaez M. Atención específica a adolescentes en anticoncepción. *Clin. Invest. Ginec. Obst.*, 1989.
- López Sánchez F. Pedagogía sexual como prevención de riesgo. *Actas III Congreso Estatal de Planificación Familiar*. Valladolid, 1987.
- López Sánchez F. Educación sexual de adolescentes y jóvenes. Editorial Siglo XXI. Madrid, 1995.
- Loundon N. *Handboock of family planning*. Edinburgh, 1992.
- Maceiras García L. Adolescentes en la consulta: estrategias y métodos de intervención. Libro de *Actas II Congreso Nacional de la SEC*, 1993.
- Martínez Salmean J. Adolescencia y embarazo. *Actas III Congreso Estatal de la Planificación Familiar*. Valladolid, 1987.
- Martínez Salmean J. La adolescencia ¿una etapa más de la vida? *Actas II Congreso SEC Santiago de Compostela*, 1993.
- Martínez Salmean J. Cumplimiento en la adolescencia. *Actas XXI Congreso Nacional SEF*. Tenerife, 1996.
- Mustieles Muñoz D. Nuevas tecnologías para el asesoramiento en sexualidad y anticoncepción. *Trabajo Social*. Hoy nº 18, 1997.
- Olmos Acebes L. Las enfermedades de transmisión sexual en los adolescentes. Jaén, 1989.
- Poal Marcet G. Programas de atención a adolescentes en sexualidad y anticoncepción. Revisión de programas y propuestas de actuación. *Actas III Congreso Estatal de Planificación Familiar*. Valladolid, Mayo 1987.
- Rivero Velasco P., Baudín Sotelo A. Las nuevas tecnologías al servicio de la educación sexual: consulta en línea a través de internet. *Revista Diálogos*. FPFPE nº 38, Marzo 1999.
- Romero Guerrero del J., Castillo Catalán. Mecanismo de transmisión y estrategias de prevención de la infección por el VIH. En Programa Nacional Para la Actualización de las Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA. SEITSS, 1999.
- Ros Rahola R. Adolescencia y Sexualidad. *Actas XXI Congreso Nacional SEF*. Tenerife, 1996.
- Ryan GM., Sweeny PJ. Attitudes od adolescents toward pregnancy and contraception. *Ann J Obst Gniec*, 1980.
- Serrano Fuster I. Primera consulta en contracepción. *Cuadernos de Contracepción*, nº 3, 1995.
- Surís, Granell JC. La sexualidad de los adolescentes en España: Datos epidemiológicos. *Actas XXI Congreso Nacional SEF*. Tenerife, 1996.
- Vanrell JA., Calaf J., Balach J., Viscasillas P. Anticoncepción en fertilidad humana. Salvat. Barcelona, 1990.

Vilar Checa, E. Contracepción en la adolescencia. Actas XI

Congreso Nacional SEF. Tenerife, 1996.

WHO. Consultation of contraception in adolescence. Geneva,

1975.

WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use

developed. Progr. Hum. Reprod. Res., 1996.