

- MST de una sola verificación tasa de embarazo del 8,5%, tasa de abandono del 3,0% y de no presentación al seguimiento del 23,4%

### **Resultados**

- No hubo embarazos en mujeres mayores de 40 años
- La mayoría de embarazos ocurrieron debido a relaciones deliberadamente no protegidas durante fase fértil.

### **Conclusiones**

- Los MST de doble verificación han demostrado ser métodos de PFN eficaces en Europa.
- La baja tasa de abandono por motivo de dificultades o insatisfacción muestra su buena aceptabilidad

T008

## **FALLOS DE LOS METODOS DE BARRERA**

*Rosa Ros Rahola.*

*Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat de Barcelona.*

### **INTRODUCCION**

Argumentar sobre la anticoncepción en general y los métodos anticonceptivos (MA) en particular no siempre es fácil. Cuando al MA se le describe como de "barrera", el tema se complica.

Los métodos anticonceptivos de barrera incluyen el conjunto de dispositivos mecánicos que, aplicados sobre el aparato genital masculino o femenino, se interponen entre el semen y el orificio cervical del útero.

Actualmente se consideran MA de barrera, el preservativo masculino, el preservativo femenino, el diafragma, el capuchón cervical y las cremas espermicidas

Cuando nos referimos a la anticoncepción, no podemos dejar de relacionarla con:

- La sexualidad, entendida en su dimensión más amplia de amor, corporalidad, descubrimiento, búsqueda de placer, comunicación... y su práctica, a menudo en consonancia con las propias vivencias, creencias y otros aspectos culturales.
- La Planificación Familiar, entendida como aquel conjunto de actividades preventivas que tienen como fin el evitar las concepciones no deseadas, espaciar los nacimientos y en lo posible evitar las ETS y la infección por el HIV.
- Los MA en sí y sus características como: accesibilidad, coste, forma de uso y

habilidades para ello, beneficios anticonceptivos y no anticonceptivos, indicaciones y contraindicaciones, eficacia y cumplimiento.

- La prevención, imprescindible para evitar el contagio de las ETS, incluida la infección por HIV y las entidades virales como la hepatitis B y C.
- La información y la atención sanitaria personalizada, teniendo en cuenta la edad, el motivo de elección de un determinado MA, y su correcto seguimiento.

En esta relación, seguramente olvidamos otros aspectos que entre la elección del MA y el tiempo de su utilización, van a interferir en el cumplimiento y en sus beneficios y eficacia.

Cuando nos proponemos evaluar los métodos llamados “de barrera”, la curiosidad lleva a buscar el sentido etimológico de la palabra y las definiciones no dejan lugar a dudas. En el Diccionario del Español Actual (Ed. Aguilar), barrera se define como “un obstáculo que dificulta la relación o el intercambio” o también como “un límite del que no se debe o no se puede pasar”.

Si se relacionan estos conceptos con alguna de las “pretensiones” de los anticonceptivos como “el desarrollo de una sexualidad más libre y plena”, se nos presentan muchos interrogantes, que en la atención personalizada para la orientación y prescripción del MA, tendremos que afrontar.

El profesional que atiende la demanda anticonceptiva, deberá escuchar el momento especial de cada usuari@ y valorar, en alguna medida, los aspectos que podrían tener relación con un mal cumplimiento en el uso del método. Es importante proceder siempre con finalidad preventiva e intentar detectar aquellos hábitos, conductas y concepciones que nos podrán ayudar en el proceso de orientación para la elección del MA (“elección informada”).

### ***¿PORQUE FALLAN LOS METODOS DE BARRERA? ALGUNOS ELEMENTOS PARA LA REFLEXION***

El concepto de sexualidad engloba hechos y experiencias muy variadas. El aprendizaje y la incorporación de todo lo que sucede a lo largo de la evolución del individuo, configurará su propio “deseo”, este tomará su lugar en la experiencia interna de su sexualidad (fantasías, vivencias, creencias,...), y se reflejará en la expresión de la sexualidad de cada uno y en la manera de compartirla. Así, en la expresión y disfrute de la sexualidad, los mensajes recibidos desde la infancia, las vivencias del entorno social más próximo y también los aspectos culturales y las creencias religiosas, tendrán un papel muy importante.

Todos estos aspectos relacionados con la sexualidad y su práctica, se pondrán en juego en el momento de la elección y utilización de un método anticonceptivo y en la percepción de mayor o menor riesgo de la situación.

A la vez, las diferencias del hombre y la mujer en cuanto a la expresión de la sexualidad y sus expectativas, y el lugar o rol que ocupa cada uno de ell@s en la

relación de pareja, pueden dificultar la elección del método más adecuado y su correcta utilización.

Otras cuestiones a tener en cuenta en la relación entre la sexualidad, los MA y su correcta utilización serán la edad, el tipo de relaciones (iniciales, esporádicas o habituales), el motivo para usar un determinado anticonceptivo (prevención, espaciar nacimientos, evitar embarazos no deseados...) y también los aspectos culturales y de madurez.

En referencia a la edad, podemos distinguir entre la adolescencia, momento de iniciarse en el disfrute de la sexualidad compartida y la llamada adultez.

A menudo se habla de adolescencia y vulnerabilidad en cuanto al riesgo de un embarazo no deseado o de padecer una ETS o infección por HIV. En un sentido estricto cualquier persona es vulnerable. Ahora bien, distintos autores concluyen que en la etapa de la adolescencia hay un desequilibrio entre la madurez fisiológica, que les permite mantener relaciones sexuales con el riesgo de embarazo o de contraer una infección, y el grado de evolución psicológica o madurez psico-afectiva para poder enfrentarse adecuadamente a las situaciones de riesgo.

Si partimos de este supuesto, cuando decimos que los adolescentes son más vulnerables, nos referimos a que a igual número de contactos sexuales, tienen más probabilidades de, entre otras cosas, provocar o padecer un embarazo no deseado o infectarse.

También es cierto, que la mayor vulnerabilidad adolescente tiene que ver con su menor cantidad de "experiencia vital" y con algunas variables externas a el/ella, como las relacionadas con las características de su entorno social, familiar y educativo.

No hay que olvidar que se encuentran en el entresijo para la reafirmación de su identidad sexual, y que "las primeras veces" no suelen ser fáciles.

Para que un/a adolescente evite un comportamiento sexual de riesgo y/o utilice un MA adecuado y de forma regular, tienen que darse como mínimo tres condiciones:

- Que sea consciente de dicho riesgo
- Que esté motivad@ para evitarlo
- Que posea ciertas capacidades psicológicas cognitivas y ciertas habilidades conductuales para enfrentarse a las situaciones de riesgo

La conciencia de riesgo implica necesariamente un conocimiento "correcto" de aspectos relacionados con la sexualidad, los métodos anticonceptivos, las infecciones, etc. Ello evitaría en gran medida refugiarse en los "mitos" y en ideas poco racionales referentes a estas cuestiones.

La transmisión de conocimientos claros y rigurosos sobre sexualidad y ETS mediante un proceso educativo "normalizado", y una adecuada información sobre anticonceptivos, contribuyen al aprendizaje con prevalencia de los contenidos racionales.

En la medida en que los déficits educativos e informativos sean más importantes, también lo será el componente irracional de las creencias respecto a los riesgos inherentes a las relaciones sexuales sin protección. En este sentido, mayor será la probabilidad de que se produzcan autoafirmaciones negadoras, “la primera vez no pasa nada”, “yo/él ya control@, de pie no se produce embarazo, el preservativo falla”, etc.

A partir de lo anterior, se deduce el papel trascendental que puede jugar la actitud de padres/madres, educadores y profesionales de la salud de cara a facilitar el acceso de los adolescentes a una correcta formación e información.

Por supuesto existen otras variables que incidirían en la mayor o menor conciencia del riesgo implícito en una situación. Algunas de estas variables las podríamos considerar inherentes a la propia estructura del adolescente y del momento de su evolución (dificultad para anticiparse, razonamiento abstracto, capacidad de percepción y discriminación poco desarrolladas...), y otras seran coyunturales, por ejemplo, la cantidad de alcohol ingerido en las últimas horas o el uso de otras drogas deshinibidoras.

La motivación se refiere a cómo se activa y se mantiene la conducta. Una de las bases de la motivación consiste en la posibilidad de anticipar cognitivamente las consecuencias futuras (no inmediatas), de una conducta.

Igual que en el apartado anterior, en la motivación para evitar una conducta sexual de riesgo influyen múltiples variables de tipo estructural y coyuntural, entre las primeras podíamos citar el perfil de la personalidad del adolescente (patrones de conducta, proceso cognitivo...). Muy relacionados con este tipo de variables estaría la que se refiere al “equilibrio emocional y psico-afectivo”. En este sentido un/a adolescente con importante déficit afectivo quizás tenga menos motivación para protegerse y evitar las consecuencias de una relación de riesgo. Por el contrario, el riesgo se hace atractivo como medio par llamar la atención y se convierte en un reto.

L@s adolescentes con “objetivos vitales “ claros, lo que ell@s suelen denominar “sus planes de futuro”, les motivan y predisponen a la utilización correcta y de forma regular de un anticonceptivo, tanto para evitar un embarazo como para prevenir las MTS o la infección por el HIV.

Respecto a las habilidades cognitivo-conductuales, el enfrentamiento a situaciones potencialmente problemáticas y de toma de decisión, la estructura cognitiva y las características estables de la personalidad del sujeto y el grado de asertividad o habilidad para decir “no”, influirán en el comportamiento sexual de riesgo.

Con frecuencia nos encontramos con adolescentes que hacen afirmaciones como “no sabía que hacer”, “no me atrevía a decirle que no” o “ no podría soportar que me dejara”, cuando se intenta valorar un relación sexual desprotegida o el uso incorrecto del preservativo.

Tanto en la decisión acerca de mantener o no un relación sexual coital como en

la decisión de mantenerla con protección o sin ella, juega un papel importante la aptitud asertiva, especialmente la capacidad de decir “no”.

“El comportamiento asertivo implica un conocimiento de los derechos, pensamientos, afectos, emociones e intereses personales y un nivel adecuado de autoestima, reconociendo que todos ellos tienen tanto valor como los de los demás, y unas habilidades conductuales que permitan su defensa sin herir los sentimientos de la otra persona.” (Jakubowski, 1977)

La falta de asertividad y también de comunicación referente a las relaciones sexuales en la pareja, son factores que suelen presentarse de manera conjunta cuando se atiende una demanda por fallo de un método de barrera.

Todo las cuestiones expuestas hasta este punto ¿son sólo exclusivas de los adolescentes?

En general los individuos subestiman la propia vulnerabilidad frente a los acontecimientos negativos. Esta tendencia es más frecuente, cuando su percepción es que la causa de la situación de riesgo está bajo su control.

Podemos decir que las situaciones de riesgo en la sexualidad son características de todas las edades. La ilusión de ser invulnerable es compartida por adolescentes y adultos.

De todas maneras, cabe reconocer que algunas personas son más susceptibles que otras de correr riesgos.

Además, a partir de la observación y la experiencia no podemos obviar que la sexualidad tiene muchos componentes inconscientes y de irracionalidad, y que en su práctica se desencadenan emociones contradictorias, ansiedades y expectativas que a menudo no permiten anticiparse ni prever el riesgo y sus consecuencias.

Después de esta reflexión, es factible aceptar que los métodos de barrera y sobre todo el preservativo, sean utilizados de forma incorrecta (en el último momento de la relación coital) e irregular.

### ***LAS CARACTERISTICAS DEL PROPIO METODO***

Aunque los sistemas de barrera aparecen actualmente como insustituibles por encima de diferencias culturales, sociales o de otro tipo, debido a la extensión de la infección por el HIV y el aumento de las entidades virales como la hepatitis B y C, hay factores que limitan su extensión y continuidad y favorecen sus fallos.

Estos inconvenientes se derivan principalmente de las características intrínsecas del método, los dependientes de su funcionamiento defectuoso y los determinados de su planteamiento general.

En cuanto a las características intrínsecas, cabe destacar que:

- Están relacionados directamente con la inmediatez de la relación sexual, y al menos uno de los miembros de la pareja tiene que manipular antes del coito.
- Hay un requerimiento de preparación que puede interferir en la fase de excita-

ción. Los adolescentes refieren a menudo pérdida de erección en la colocación del preservativo.

- Se necesitan ciertas habilidades para una correcta utilización. En la adolescencia, el preservativo se rompe con mayor frecuencia que en la fase adulta. El diafragma precisa de un aprendizaje y de un conocimiento del propio cuerpo.

En referencia al funcionamiento defectuoso, cabe mencionar su caducidad, las malas condiciones de almacenamiento y los desajustes en una mala técnica de colocación o de falta de habilidades.

Por lo que concierne al planteamiento, puede ser condicionantes: la accesibilidad al método o la necesidad de adquisición por parte masculina, sobre todo en los adolescentes, el precio, en particular el del preservativo femenino, y ciertos factores socioculturales que dificultan a la mujer el resistirse al rechazo del método por parte de su pareja

Es importante destacar que la valoración negativa del método, o los prejuicios frente al mismo de los profesionales que atienden la demanda de anticoncepción, es percibida por los futuros usuarios y dificulta su aceptación y buen uso.

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1- Ariza C, Nebot M. Consumo de alcohol en escolares. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 481-486
- 2- Bayés R, Pastella A, Tuldrá A. Percepción del riesgo de transmisión del virus de Inmunodeficiencia humana (VIH) en estudiantes universitarios. *C. Med. Psicosom.* nº 33-1995.
- 3- Cano A, Contracepción de barrera. En Calaf Alsina J. *Manual básico de contracepción* Ed. Masson, S.A. 1997, Barcelona.
- 4- Fábregas J.J.: Adolescencia y vulnerabilidad. Revisión bibliográfica. Documento interno CJAS, Barcelona, 1995.
- 5- Glynis M. Breakwell. La sexualité à l'adolescence. En Rodríguez-Tomé H, Jackson S, Bariaud F. (eds.) *Regards actuels sur l'adolescence* (pp179-206). Paris, 1987.
- 6- Guillén F, Aguinaga I. Efectividad de los preservativos en la prevención de la infección por VIH en parejas de personas seropositivas. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 481-486
- 7- Juárez O, Díez E, Barniol J, et al. Conductas preventivas de la transmisión sexual de sida, de otras infecciones y del embarazo en estudiantes de secundaria. *Aten Primaria* 1999; 24 (4): 194-202)
- 8- Ros Rahola R, Palau Gené M, Ruiz Andorra E. Embarazo en la adolescencia. *FMC- Formación Médica Continuada en Aten Primaria.* 1995; 2 (5): (257-271)
- 9- Sánchez L, Avecilla A, Ramirez A, Doménech P.: Protocolo planificación familiar. *F M C- Protocolos.* Ed. Doyma, S.A., 1995, vol.2, sup.2.
- 10- Serrano Fuster I. El "Double Dutch" o doble protección. *Diálogos* 1999; 40 (20): (20-22)