

Referencias

1. Lunsen R.H.W van. Double dutch: the double dutch message in prevention. In: Proceedings of the 2nd Congress of the European Society of Contraception. Atenas; ESC. 1993: 73-76
2. Rademakers J et al. A survey of attitudes to and use of the "double Dutch" method among university students in the Netherlands. In The British Journal of Family Planning 1996; 22: 22-24
3. Gregson J. and Kirkman R Double Dutch: looking at the usage of combined pill plus condom in girls under 25. In The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 1999; 4: 45-48
4. Labrador F.J. En: Guía de la sexualidad. Fidelidad e infidelidad 279-280. (tabla 1 adaptada de Malo Y cols. ediciones B 1988) Guías EsPasa.

T010

¿RESULTA REALISTA TRABAJAR EN EL MENSAJE DE LA DOBLE PROTECCION EN NUESTRO MEDIO?: POSTURA DEL "NO"

María Jesús Alonso Llamazares.

Médico. Centro Provincial Orientación Sexual Jóvenes. Málaga. Junta de Andalucía.

La adolescencia y primera juventud es un período de desarrollo biológico y psicosocial, en el que aparece una curiosidad y una consecuente experimentación sexual, necesidad de descubrimiento de sentimientos incipientes, de exploración de nuevos comportamientos y relaciones, de búsqueda de cariño, de labilidad emocional y de timidez e inseguridad.

La actividad sexual en la adolescencia empezó a ser común en los años 70, y de inicio cada vez más temprano, convirtiéndose desde ese momento, en un grupo importante de riesgo en sus prácticas sexuales. Esto es debido a varias razones, por un lado, tardan en admitir que son sexualmente activos, y por otro lado, se da una sensación de invulnerabilidad percibida, lo que les lleva a un optimismo irrealista, nunca creen que algo como un embarazo no deseado (END) o una enfermedad de transmisión sexual (ETS) les vaya a ocurrir a ellos, no hay relación entre riesgo conductual y riesgo percibido, que es subestimado. Además, la percepción de riesgo es una variable necesaria, pero no suficiente, para explicar la conducta preventiva a estas edades.

Hay una serie de factores predictores de riesgo, como son la actividad sexual, la susceptibilidad percibida a END y ETS, edad, rol en la relación de pareja, número parejas sexuales/año, uso drogas y alcohol, uso eficaz medidas preventivas (el uso eficaz del preservativo es el indicador de riesgo de ETS más válido).

Todo esto hace que haya una urgente necesidad de proveerles de información, de habilidades en la toma de decisiones, de pautas para negociar y resistir presiones, y de asertividad. Además, hay que tener en cuenta, que los adolescentes y jóvenes son una fuerza para el cambio, porque son jóvenes, y adaptables, abiertos al cambio, creativos, sin fracasos ni desengaños, idealistas, ya que están en fase de experimentación y pueden aprender más fácilmente a adoptar comportamientos seguros desde el inicio. Es más fácil enseñar conductas positivas que intentar cambiar conductas de riesgo adaptadas en sus estilos de vida y de identidad personal.

Lo que hay que tener claro, es que no se debe influir en los jóvenes directamente desde arriba, hay que comprender los motivos que les llevan a adoptar comportamientos, para los adultos, arriesgados, y elaborar estrategias de intervención más adecuadas.

Con respecto a la prevención de los riesgos que conllevan determinadas prácticas sexuales, tienen una serie de derechos, pero también unas obligaciones. DERECHO a una información y educación sexual adecuadas, y a unos servicios asistenciales, que les permitan tomar sus propias decisiones y disfrutar de su sexualidad de forma segura. Si no se respetan estos derechos les convertimos en seres vulnerables, sin control sobre sus riesgos. Pero también tienen la OBLIGACION de ser responsables de sus propias acciones, de protegerse a sí mismos y proteger a sus parejas, de buscar una información y una asistencia de calidad, y de participar en los programas educativo-preventivos.

Se da la paradoja de que no hay relación entre el nivel de conocimientos y el nivel de conductas preventivas. Una correcta información no garantiza una conducta saludable, no se modifican hábitos de vida simplemente porque se informe que no son saludables. El conocimiento es insuficiente para producir cambios en el pensamiento y en el comportamiento, pero es un requisito, y a mayor conocimiento, mayor riesgo percibido, y consecuentemente, una mayor adopción de comportamientos preventivos.

Tienen una falsa sensación de seguridad en las llamadas relaciones estables, y confían en su propia capacidad de identificar el riesgo de ETS en sus parejas sexuales, siguen asociando ETS con grupos de riesgo, y fuera de ellos, con promiscuidad (en la que ellos no se incluyen por ser monógamos seriados).

Los que no usan habitualmente el preservativo suelen ser mujeres, de más edad, con más tiempo de relaciones sexuales coitales, más de 1 año de relación de pareja, y que consumen más alcohol y drogas.

Las causas que se aducen para no usarlo son variadas. Por un lado, la ya mencionada falsa sensación de seguridad que tienen con la monogamia seriada, el uso de otro método anticonceptivo, las pocas expectativas de futuro,... Y con respecto a los preservativos en sí, que disminuyen el placer, que son caros, difíciles de obtener, que interrumpen la relación, quitando espontaneidad y romanticismo, que son antinaturales, y por si esto fuera poco, que no son totalmente eficaces.

Se daría un mayor uso del preservativo, si hubiera de entrada, unas actitudes favorables hacia él, un menor riesgo en otras conductas, un menor riesgo emocional, si hubieran tenido una ETS previa, si hablaran con su pareja sobre el uso del preservativo, si percibieran el apoyo de su pareja en ese uso, si tuvieran una menor frecuencia de relaciones coitales, si fueran más erotofílicos, es decir, tuvieran unas actitudes positivas hacia la sexualidad, si se sintieran mejor afectivamente, menos solitarios, menos ansiosos, menos tristes, si lo usaran también como método anticonceptivo, si lo vieran eficaz, pero sobre todo esto, si se sintieran más vulnerables a ETS/END.

Por esto último, sólo será realista trabajar en el doble mensaje, el doble método o double dutch, cuando se de esa necesaria sensibilización sobre el doble riesgo de un END o de una ETS.

Tradicionalmente se han descrito una serie de factores predictores del uso combinado de preservativo y anticoncepción hormonal oral (AO), como el haber tenido una ETS previa o un aborto provocado reciente, tener edades más jóvenes, ser de raza negra, tener otros comportamientos de riesgo en otras esferas diferentes a la sexual, haber recibido educación sobre el VIH en la escuela (varones), o de los padres o de otros adultos (mujeres), tener una edad mayor en la primera relación sexual coital, ser VIH+, no haber tenido pareja fija en los últimos 3 meses, no vivir con la pareja, mujeres con múltiples, secuenciales, concurrentes parejas masculinas, no tener deseo de hijos en el futuro, uso inconsistente de AO, hayan acudido a un centro sanitario donde los profesionales hayan enfatizado la importancia del uso del preservativo en la prevención de las ETS, tengan miedo-terror al embarazo, haber rechazado siempre relaciones sexuales sin preservativo, tengan actitudes positivas hacia el sexo seguro o que ya estuvieran usando preservativo antes de empezar con AO.

Y también se habla de unos factores negativos hacia el uso combinado de AO y preservativo, como, por ejemplo, no tener riesgo percibido hacia las ETS, o tener poco riesgo hacia ellas. Usarían más el preservativo con otros métodos anticonceptivos como el diafragma, el DIU, el Norplant o la esponja vaginal, que con los AO.

En nuestro país, después de las sucesivas campañas divulgativas, del trabajo en centros educativos y asistenciales, y ya en el 2000, lo único que hemos conseguido, es que aquellos que se consideran de riesgo de END (frecuentes relaciones coitales, tiempo largo de pareja, varios sustos con retrasos de regla incluidos, incluso algún aborto,...) se decidan a utilizar un anticonceptivo hormonal oral, que para ellos es la única medida preventiva eficaz y necesaria en su situación, pero no ven la necesidad de protegerse de las ETS. Por un lado, si tienen pareja, eso les da la seguridad necesaria, y si no la tienen, y sólo practican coitos esporádicos, normalmente, creen que el riesgo de embarazo es menor (razones de probabilidad estadística pura), y el riesgo de ETS siguen poniéndolo en función del aspecto externo,

de la supuesta promiscuidad sexual, del nivel de conocimientos de esas personas con las que están,...

Por lo tanto, antes de hablar a favor o en contra de si es posible o realista pensar en nuestro medio en la doble protección, deberíamos empezar por la concienciación, no sólo de los propios destinatarios (los jóvenes), sino de los adultos también, en los que deberíamos incluir, en primer lugar, a los profesionales, tanto docentes como sanitarios, pero no podemos olvidar a padres y madres, ya que en la mayoría de los casos, lo que hacemos es encaminar a los jóvenes hacia el uso de un método anticonceptivo eficaz, en el que no suele aparecer el preservativo, cuando ya tienen pareja, o sólo el preservativo cuando no tienen pareja, porque en cada caso vemos prioritario un tipo de protección determinado, pero no el riesgo conjunto de END y ETS en todos.

Pero, como adultos, también deberíamos plantearnos la duda de si no estamos "patologizando" demasiado la sexualidad de nuestros jóvenes, si realmente les compensa una actividad sexual que les obliga a usar medidas preventivas de todo tipo. En unos momentos de disfrute y relajación, les imponemos llevar bien tomada la píldora, colocarse el condón bien, siempre y desde el principio. Pero todo esto unido a que además tienen que llegar a ese encuentro sexual conduciendo despacio y con cinturón de seguridad, con casco si van en moto, sin haber consumido alcohol, ni drogas,....

¿Así quién va a disfrutar? ¿Quién va a tener ganas de repetir?

Habrá que ir poco a poco, esto no es Holanda ni Suecia, tendrán que pasar una serie de años para que sean los propios jóvenes los que decidan que eso es lo adecuado, y sobre todo, que además no les va a impedir disfrutar de su sexualidad, que sería lo fundamental, incorporando espontáneamente todas estas medidas preventivas en sus propios juegos eróticos. Pero hoy por hoy, todavía no es posible, ni siquiera a medio plazo.

T011

**CONFERENCIA DE CONSENSO DE TOLEDO
UN CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA CIENTIFICA**

Dr. José Asua Batarrita.

*Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Osteba. Departamento de Sanidad,
Gobierno Vasco.*

INTRODUCCION

En el sector sanitario no es infrecuente observar diferentes comportamientos ante