



Nº 3

ANTICONCEPCIÓN Y CONTRACONCEPCIÓN.

Colección:
**SEXOLOGÍA
DIVULGATIVA**

*Un placer al alcance de
todos*

Autores:
Silberio SÁEZ SESMA
Santiago FRAGO VALLS



AMALTEA
INSTITUTO DE SEXOLOGÍA

2016

www.amaltea.org

Edita: AMALTEA, Instituto de Sexología S.L.
Pº Sagasta 47, 1º A.
50007 Zaragoza
amaltea@amaltea.org
www.amaltea.org

Autores © Silberio SÁEZ SESMA
© Santiago FRAGO VALLS

Año 2016.

Obra inscrita en el Registro de la Propiedad Intelectual

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del *Copyright*, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, conocido o por conocer, comprendidas la reprografía, el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo público.

ANTICONCEPCIÓN Y CONTRACONCEPCIÓN: *Revisión y análisis de métodos nuevos y clásicos*

*Silberio Sáez
Santiago Frago*

1. Anticoncepción en clave sexológica.	4
2. Apuntando alternativas y posibilidades.....	5
1. Métodos de barrera	5
2. Métodos hormonales	9
3. Métodos Intrauterinos (DIUs)	17
4. Métodos naturales.	19
5. Métodos embarazosos	22
6. Métodos quirúrgicos	23
7. Métodos de emergencia.	24
8. Método sin método.	27
Apuntando conclusiones	27

Anticoncepción y contraconcepción: revisión y análisis de métodos nuevos y clásicos

*Silberio Sáez
Santiago Frago*

“Hay mujeres distintas y parejas diferentes para necesidades anticonceptivas diversas”

1. Anticoncepción en clave sexológica.

En cualquier encuentro erótico (sexual) entre dos personas se dan cita no solo dos labios, dos genitales, dos manos..., se mezclan sexos, sexualidades, eróticas..., en definitiva, dos biografías, dos historias.

Creemos que lo importante en el ámbito de lo íntimo no es sólo lo que las personas hacen, sino fundamentalmente cómo cada cual lo vive, qué significado le otorgan y qué valores, sentimientos y emociones se ponen en juego. De ahí concluimos que el embarazo no deseado no es sencillamente un encuentro biológico (espermatozoide y óvulo), sino un encuentro entre más cosas: deseos, miedos, sentimientos, expectativas, placeres, biografías, ideales...

Al hablar de anticoncepción hacemos referencia a todos los recursos, técnicas, métodos, estrategias, fármacos que nos permiten, posponer, dar por finalizada, o bien anular la posibilidad de tener hijos.

Entendemos los sistemas de anticoncepción no como objetivos preventivos en sí, sino como recursos que permiten ampliar el abanico erótico, incluyendo en el mismo, el juego coital (penetración).

Hay gran diversidad de sistemas de anticoncepción porque no hay ninguno ideal. Y es que, realmente, no hay métodos anticonceptivos,

hay personas que eligen métodos, en base a sus peculiaridades y singularidades de pareja.

2. Apuntando alternativas y posibilidades.

Repasaremos los métodos más frecuentemente utilizados en nuestro entorno socio-cultural evaluando los factores que influyen en su eficacia. Nos extenderemos en los métodos susceptibles de ser utilizados más frecuentemente por la población adulta y colectivo de jóvenes:

1. MÉTODOS DE BARRERA

Desde siempre el hombre y la mujer han procurado utilizar barreras que dificultaran el embarazo; desde fundas para el pene a partir de piel de oveja, lino o seda o de las bolas de papel anudado que la mujer se introducía en la vagina. Métodos poco eficaces y facilitadores de infecciones.

Las barreras que se utilizan en la actualidad son eficaces como anticonceptivo y además previenen la mayoría de las infecciones genitales, incluyendo el sida.

- Preservativo masculino o condón
- Preservativo femenino o condón vaginal
- Diafragma
- Espermicidas

Preservativo masculino o condón

Las primeras descripciones del preservativo las encontramos en un texto del Dr. Gabriel Falopio de 1564. Se trataba de una funda de tela de lino impregnada de líquido antiséptico y que se usó para protegerse de la sífilis. No fue hasta el siglo XVIII cuando tomó el nombre de preservativo y empezó a utilizarse como anticonceptivo, utilizándose materiales de membranas animales. Con el desarrollo del caucho vulcanizado, por el ingeniero inglés Thomas Hancock (1876-1865) y el americano Charles Goodyear (1800-1860), se hizo posible una

producción industrializada y de calidad. En el año 1930 la introducción del látex permitió mejorar la comercialización y la fiabilidad del mismo.

El *preservativo* es una funda de látex o poliuretano, muy fina, elástica y resistente que se coloca en el pene cuando está en erección y que al desenrollarlo lo cubre en su totalidad.

Constituye el anticonceptivo más utilizado entre el sector de población joven, porque son de fácil adquisición, uso y manejo. El porcentaje de fallos teóricos no pasa del 2%.

No queremos extendernos en un método del que se sabe casi todo pero del que queremos apuntar ciertas claves:

1. Es un método de alta eficacia, que no requiere controles y que protege de las Infecciones de Transmisión Sexual (I.T.S.)
2. Hay que saber usarlos, y eso significa pensar y tener claro dónde comprarlos, dónde guardarlos, cómo ponerlo y cómo quitarlo.
3. No son reciclables ni reversibles. Y son de un solo uso.
4. Todos los preservativos deben tener impreso en su estuchado la fecha de caducidad.
5. Es importante saber dónde se compran o se consiguen porque no es indiferente el cómo se guardan, almacenan o el cómo se ponen a la venta. Un material como el látex se altera mucho si está expuesto al calor o a la compresión. Recomendamos comprarlos en farmacias o establecimientos garantizados.
6. Una vez en poder del usuario, la responsabilidad de su buena conservación es «personal e intransferible».
7. Guardar los preservativos en un lugar seco y fresco. Es aconsejable no guardarlos en la cartera del pantalón ni en la guantera del coche en épocas de calor.
8. Os animamos a leer con curiosidad el «*manual de instrucciones*» y estar atentos a evitar el contacto pene-vagina sin tenerlo colocado; evitar igualmente dejar aire en la punta del mismo y estar pendiente de que no se desenrolle.
9. Tras la eyaculación retirar el pene cuando está todavía en erección, manteniendo el borde del preservativo bien sujeto para evitar la salida del esperma o que el preservativo se pierda en la vagina.
10. Colocar el preservativo en el pene desde el inicio de la erección.

11. Las posibilidades de que el preservativo se rompa son mayores si la vagina no está lubricada, lo cual podría indicar que la excitación de la mujer no sea suficiente, que el deseo no sea el «deseado» o que haya aparecido el miedo.
12. No incluir vaselina cuando se usa el preservativo porque dañaría el látex.
13. No tirar el preservativo al WC porque hemos de cuidar el medio ambiente.
14. Si se rompe o desenrolla, hay que conseguir y tomar cuanto antes medicación de emergencia.
15. Lo importante no es ser un simple usuario sino un «buen usuario» que ve en el preservativo no un elemento de prevención sino un elemento de amor.

Han sido descritos hasta un 6% de casos de alergia al látex, lo que ha llevado a nuevas opciones: polímeros sintéticos, poliuretano y elastómeros termoplásticos.

Y todo ello para hacer de las relaciones eróticas no algo aburrido o mecánico, sino para hacerlas seguras y poder disfrutarlas.



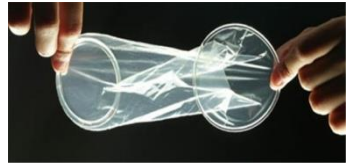
2. Preservativo femenino o condón vaginal

Se trata de una holgada bolsa transparente y suave (de látex o poliuretano), de unos 15 cm de largo por 7 cm de ancho, de paredes más gruesas en general que las del preservativo masculino. En cada extremo hay un anillo flexible. El anillo del extremo interior se dobla y se introduce en el fondo vaginal como un tampón: el anillo del extremo externo es mayor que el interno y queda cubriendo parcialmente la vulva. El anillo interno sirve para que el preservativo quede fijo en la vagina y para facilitar su inserción.

Es un método todavía no muy utilizado, quizás debido a la falta de conocimiento sobre el mismo, al coste y a cierta resistencia por parte de las mujeres a asumir el método.

Apuntaremos algunas claves:

1. Permite a la mujer manejar su propia anticoncepción de barrera y permite a la mujer familiarizarse con su genitalidad.
2. Está diseñado para ser usado una sola vez.
3. Al ser de poliuretano y no de látex se evitan las alergias y son más impenetrables.
4. Es un método de alta eficacia si se usa sistemática y correctamente, no requiere controles y protege de las I.T.S. y del Sida. El porcentaje de fallos es inferior a un 3%.
5. Hay que saber usarlos, y eso significa pensar y tener claro dónde comprarlos, dónde guardarlos, cómo ponerlo y cómo quitarlo.
6. El condón femenino es más costoso que el condón masculino y su adquisición es más difícil.
7. Los aspectos del método que más atraen son el hecho de que, comparado con el masculino, tiene menos probabilidades de deslizarse o romperse, es más consistente y afecta menos a la espontaneidad erótica.
8. Una vez en poder del usuario, la responsabilidad de su buena conservación es «personal e intransferible». Es aconsejable no guardarlos en la cartera del pantalón ni en la guantera del coche en épocas de calor.



3. Diafragma

Es un capuchón de caucho que se ajusta al cérvix e impide el paso del espermia hacia el útero. Se coloca antes del encuentro erótico y se extrae unas 6 horas después, tiempo necesario que para los espermatozoides «mueran» en la vagina.

Es un método en desuso porque necesita de ciertos controles, tanto para saber la talla adecuada como para aprender su utilización...

Apuntaremos nuestras claves:

1. Es un método de alta eficacia si se usa sistemática y correctamente.
2. Es de más de un uso.

3. No protege de enfermedades de transmisión genital ni del VIH.
4. Se necesita poder prever las relaciones coitales, así como lavarlo y conservarlo de modo adecuado.



4. Espermicidas (cremas, óvulos, espumas,...)

Constituyen barreras químicas que se colocan en el fondo de vagina para anular la actividad del espermatozoide. No consiguen una alta eficacia anticonceptiva cuando se utilizan solos, no requieren controles médicos y sólo en algún caso protegen frente a algunas I.T.S.



2. MÉTODOS HORMONALES / ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA (AHC)

La anticoncepción hormonal se basa en la utilización de hormonas femeninas, estrógenos y progesterona, en dosis suficientes para lograr la inhibición de la ovulación, actuando de forma temporal y reversible. Además de inhibir la ovulación, otros mecanismos de acción como la alteración del moco cervical del cuello uterino y la modificación del endometrio garantizan la máxima eficacia.

Para utilizarlos son precisos controles médicos sencillos.

Las hormonas se pueden administrar bajo diferentes modos o modalidades:

- Píldora anticonceptiva
- Parche anticonceptivo
- Anillo vaginal
- Implante subdérmico
- Inyección hormonal

- Minipíldora
- DIU hormonal
- Píldora masculina

Píldora anticonceptiva

Es un anticonceptivo oral compuesto por una combinación de hormonas femeninas que impiden la ovulación, y por lo tanto la posibilidad del embarazo.

La píldora ha cumplido ya más de 50 años y con el devenir de los tiempos ha ganado en seguridad y se han minimizado los efectos secundarios. Es uno de los

fármacos más investigados y seguros y proporciona una protección anticonceptiva prácticamente del 100%, siempre que se use correctamente, siguiendo las indicaciones del profesional médico.

Una *sugerencia*: antes de que la mujer tome la píldora es conveniente que el hombre se haga un análisis de semen previo. Nuestra experiencia refiere algún caso de mujeres que han tomado durante 10 años la píldora «para nada» porque su pareja aquejaba de esterilidad.

La píldora la compone un gestágeno, como responsable del efecto anticonceptivo y un estrógeno, el cual controla el ciclo. El estrógeno siempre es EE (etinilestradiol) y el gestágeno varía de un preparado a otro.

Cómo actúa la píldora:

1. Inhibe la liberación del óvulo y por lo tanto la fecundación.
2. Dificulta que la mucosa uterina (endometrio) se prepare para recibir al óvulo.
3. La producción de moco hostil vaginal complica el paso de los espermatozoides a través del cuello del útero.

Cómo usar la píldora:

1. Si te inicias en la toma has de esperar hasta la llegada de la menstruación y una vez llegada toma la 1ª píldora el primer día de tu menstruación (primer día de sangrado).



2. Y vas tomando una píldora todos los días hasta finalizar la caja habitual de 21 píldoras o de 28 si la caja contiene siete placebos.
3. Una vez tomada la píldora 21 dejas de tomar siete días y el día 8º inicias la segunda caja. Si es de 28 continúas con otra caja. No dejar pasar más de 7 días.
4. El sangrado menstrual suele acontecer al tercer día de tomar la última píldora efectiva.
5. Es posible iniciar también el uso de la píldora en cualquier momento del ciclo, en este caso hay que utilizar método de barrera durante las primeras siete tomas.
6. Aconsejamos tomarla habitualmente a la misma hora.
7. Aspectos que se suelen desconocer:
 - los descansos de 7 días son convencionalismos, no son necesarios.
 - tomar 84 píldoras seguidas no crea más efectos secundarios que la forma de toma habitual
 - se necesitan 7 días de toma de píldoras para evitar la ovulación
 - si hay sobrepeso en la mujer que la toma, hay que ajustar las dosis hormonales.
 - son desaconsejables los intercalados periodos de descanso mensuales durante la toma de la AHC

Ventajas del uso de la píldora:

1. Alta seguridad anticonceptiva: cercana al 100%.
2. Es reversible: puedes quedarte embarazada de forma inmediata al dejar de tomarla.
3. Es discreta y no interfiere en la espontaneidad del juego erótico.
4. Tiene utilidades y beneficios no anticonceptivos:
 - regula el ciclo menstrual
 - elimina dolores menstruales
 - mejora ciertos tipo de acné

- disminuye el sangrado menstrual y con ello previene anemias
- permite controlar el momento de tener la regla
- menor riesgo de embarazo ectópico
- disminuye la incidencia de quistes funcionales ováricos

Efectos adversos del uso de la píldora:

1. Aumento del riesgo cardiovascular en mujeres mayores de 35 años si además se asocia el factor edad al tabaquismo, obesidad, dislipemia, diabetes o hipertensión arterial.
2. El uso de AHC se asocia a un ligero aumento del riesgo de cáncer de mama y de cuello de útero, que desaparece a los 10 años de dejar de utilizarlos.
3. Otros efectos adversos menores y excepcionales son: cefaleas, náuseas, aumento de peso.

Qué hacer si....

1. *Cambias de píldora:* Toma la nueva píldora el primer día de tu regla.
2. *Si olvidas de tomar una:* Si han pasado menos de 12 horas desde la hora de tu toma habitual, toma la píldora olvidada inmediatamente y el próximo comprimido al día siguiente como siempre. Si han transcurrido más de 12 horas tómala cuando te acuerdes y sigue con tu píldora habitual. Si no se repite el olvido no es fácil el embarazo.
3. *Si tienes un vómito o sufres diarrea:* Si desde que tomaste tu píldora y tuviste el vómito o la diarrea han pasado menos de 4 horas, deberás tomar una nueva píldora (de otro envase). Si han transcurrido más de 4 horas no debes preocuparte, ni hacer nada porque estás protegida. Si se repiten los vómitos y la diarrea acude a tu médico, sin dejar de tomar la píldora y además utilizando condón cada vez que tengáis relaciones eróticas (sexuales).
4. *Si tras dejar la última de la caja no te llega la regla:* No te agobies porque no es algo excepcional: la toma de la píldora reduce mucho el ciclo menstrual y puede suceder que se te «salte este mes». No obstante, intenta recordar si olvidaste

de tomar la píldora algunos días, si combinaste fármacos, y en último extremo, plantéate hacer un test de embarazo.

5. *Si deseas quedarte embarazada*: Deja de tomar la píldora y «suerte» porque el embarazo a veces no es tarea sencilla y es que las mujeres y los hombres por lo general son «poco fértiles». La realidad es que somos creativos y no procreativos.

Píldora y tu ciclo menstrual

- Tomando la píldora tu regla será siempre regular y aparecerá al tercer o cuarto día tras dejar la última pastilla.
- El sangrado menstrual será menos copioso.
- Si tienes algún sangrado inter-menstrual (spotting) sigue tomando la píldora; y si el sangrado es de más de seis meses acude a tu médico o especialista (ginecóloga, médico sexólogo...). El spotting es normal durante tres meses tras el inicio de la AH.

Otras preguntas

- *¿Es compatible la píldora con la lactancia?*: Existen preparados sin componente estrogénico indicados en los periodos de lactancia.
- *¿Puede la píldora facilitar algún tipo de cáncer?*: No hay datos científicos que avalen esta relación.
- *¿Afecta la píldora a sexualidad de pareja?*: No. No obstante, al eliminar el miedo al embarazo podría dar lugar a un mayor relax y con ello favorecer el encuentro íntimo.
- *¿Hay que descansar después de meses de tomarla?* No es necesario ni útil.
- *Después de dejar la píldora, ¿cuándo volverá a tener la regla?*: A los cuatro días de dejarla tendrás el sangrado habitual.
- *¿La píldora engorda?*: Si tomas la adecuada para ti no provoca aumento de peso. Como mucho ganarás peso por la tranquilidad que te suponga la seguridad del método.
- *¿Y si tomo otros medicamentos?*: Consulta con tu sexólogo y/o médico porque hay fármacos que interfieren la eficacia

de la píldora, entre los que se encuentran: antibióticos, antidepresivos...,

- *¿Es peligrosa la combinación píldora y tabaco?*: Constituyen un mal cóctel, no en relación a la eficacia de la píldora sino en cuanto a daños a medio plazo para la salud. Nuestro consejo es que si tomas la píldora deja de fumar o fuma lo mínimo posible. Y si quieres seguir fumando utiliza otro método anticonceptivo.
- *¿Y tomar la píldora y alcohol?*: En principio no se interfieren, aunque si bebes mucho «te olvidarás de tomarla».
- *¿Afecta al deseo erótico?*: No hay evidencia contrastada.
- *¿Hasta qué edad puede tomarse?*: No hay límite de edad si no se asocian factores de riesgo.

Últimos apuntes:

1. Recuerda que debes someterte a controles ginecológicos periódicos (un control anual).
2. Ante cualquier duda llama a tu profesional de confianza.

Parches anticonceptivos.

Es un anticonceptivo hormonal compuesto por una combinación de hormonas femeninas que impiden la ovulación, y por lo tanto el embarazo.

Es una fina lámina de color beige que, pegada sobre la piel, libera lentamente hormonas en la sangre (transdérmico) que impiden la ovulación.

Se venden en cajetillas con 3 parches (cada semana se aplica uno). Se coloca el primer parche el primer día de la regla.

Pautas clarificadoras del sistema:

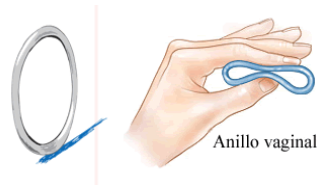
1. La eficacia del método es similar a la de la píldora anticonceptiva, es decir, máxima eficacia.
2. Se aplica el parche sobre la piel una vez a la semana.
3. Al pasar directamente de la piel a la sangre la dosis hormonal es muy baja y se evita el que el fármaco pase por el hígado.



4. El parche está diseñado para liberar hormonas durante toda una semana, por lo que es suficiente cambiarlo una vez por semana.
5. Se puede aplicar en cualquiera de estas zonas: parte superior de los hombros, nalgas, abdomen o la parte superior del torso (exceptuando los pechos). Y se puede cambiar de ubicación cada semana.
6. El parche se debe aplicar sobre la piel limpia, sin cremas y seca. Si se coloca directamente, los estudios demuestran que es muy raro que el parche se despegue. En cualquier caso, si esto ocurriese, sólo debes ponerte un nuevo parche para mantener toda la eficacia.
7. El parche se adhiere perfectamente a la piel y puedes ducharte, nadar y cualquier ejercicio de la vida cotidiana.

Anillo vaginal

Es un anticonceptivo hormonal compuesto por una combinación de hormonas femeninas que impiden la ovulación, y por lo tanto el embarazo. Es un anticonceptivo mensual.



Se presenta en forma de anillo vaginal, flexible, transparente e incoloro. Dentro del anillo se encuentran las hormonas, que se liberan mientras el anillo está en la vagina.

El anillo mensual se coloca en la vagina por la propia usuaria y debe quedarse en la vagina desde el día en que se lo pone y durante 3 semanas seguidas ininterrumpidamente. Al cabo de tres semanas se retira y se está una semana sin anillo. Durante esta semana se produce normalmente un sangrado menstrual. Y a la semana se vuelve a colocar otro nuevo anillo.

Hemos elaborado unas líneas de tranquilidad:

1. La inserción y retirada del anillo es sencilla y no dolorosa. Se introduce en la vagina y se empuja hacia el fondo, hasta que la mujer no lo nota.

2. El anillo no se puede perder en el cuerpo. La única manera que el anillo puede salir de la vagina es por el mismo sitio que entró. La vagina mide unos 10 cm, el anillo 5 cm y un dedo unos 7 cm. Con solo introducir el dedo unos centímetros podrás notar el anillo y retirarlo.
3. Son tres semanas con el anillo dentro y una semana sin anillo.
4. En la caja aparecen pegatinas para recordarte en qué fecha hay que sacarlo.
5. No existe problema alguno durante las relaciones genitales con el anillo en la vagina. Es posible que tu pareja note al anillo, pero es un hecho poco importante para las parejas.
6. Si el anillo se expulsara accidentalmente, se lava con agua fría y se vuelve a colocar. El anillo no debe estar fuera de la vagina más de tres horas.
7. Al actuar por vía vaginal la dosis hormonal es muy baja y no pasa nada si vomitas o tienes problemas diarreicos.
8. Y por supuesto se puede hacer vida normal: nadar, bañarte, hacer ejercicio físico...
9. Y recordad que el anillo no protege de las infecciones genitales ni del VIH.

Implante subdérmico (gestágeno)

Es un sistema de anticoncepción hormonal para mujeres que buscan una anticoncepción a largo plazo (3 o 5 años). Es de acción prolongada y reversible.

Constituye un implante subdérmico (bajo la piel) en forma de varilla flexible que libera gradualmente una hormona (gestágeno).

A las 24 horas de la inserción, los niveles en sangre son suficientes para ejercer su acción contraceptiva.

El sangrado menstrual es variable e impredecible.

Se hace necesaria la consulta a un profesional médico familiarizado con este sistema, porque será él quien lo inserte.



Inyecciones hormonales: inyectable con gestágeno

Es un anticonceptivo hormonal compuesto por una combinación de hormonas femeninas que impiden la ovulación.

Se administra cada doce semanas.

Es un método que conviene evaluar con un ginecólog@.



Píldora masculina

Se está investigando de forma múltiple y variada concentrándose el estudio en el uso de esteroides sexuales. No obstante, la presencia de efectos secundarios y la necesaria reversibilidad del método están dificultando las cosas.

Todo ello unido a unas dificultades ideológicas y educativas que dificultan la creación de un «mercado para la contracepción hormonal masculina».

Esperamos que todo pueda fructificar y hombres y mujeres, de la misma manera que comparten el gusto y el placer sexual, puedan también, con la igualdad respecto a métodos contraceptivos, compartir la responsabilidad, haciendo realidad el viejo proverbio «la diferencia pacta con libertad».

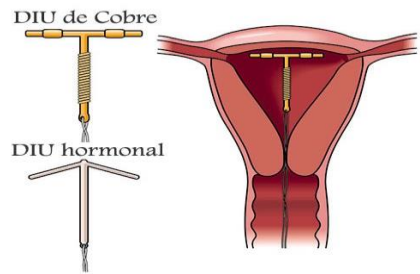


3. MÉTODOS INTRAUTERINOS (DIUs)

Son dispositivos intrauterinos (DIUs), llamados así porque se colocan dentro del útero. Son aparatos, que contienen metales activos (plata, cobre) de unos 4 cm de largo con un hilo de seda para facilitar su control y con formas diversas.

Los modernos dispositivos garantizan una eficacia cercana al 99% y su efecto contraceptivo es máximo durante 3 años.

Tradicionalmente se ha considerado el DIU un *método anticonceptivo no recomendado para gente joven*. Esta postura se fundamenta en que las características propias de las jóvenes las hacen teóricamente más vulnerables a una Infección de Transmisión Sexual (ITS), y en las características propias del método, que no ofrece protección frente una ITS.



Tipos de DIU:

- De cobre
- Liberadores de hormonas

Mecanismo de acción: Los DIUs actúan inicialmente inhibiendo la fecundación y secundariamente inhibiendo la implantación uterina.

Ventajas de la anticoncepción uterina:

- Elevada eficacia, larga duración y reversible
- No interfiere con el ciclo menstrual
- Es de fácil cumplimiento
- No interfiere el encuentro íntimo
- Relativamente barato
- El DIU hormonal reduce la duración y cantidad de los sangrados menstruales.

Inconvenientes de la anticoncepción uterina:

- No ofrece protección frente a ITS
- Precisa de la intervención del profesional de la medicina que lo inserta y revisa
- No apto para «la primera vez»
- Algún sangrado intermenstrual y aumenta la cantidad y duración de la regla

4. MÉTODOS NATURALES O REGULACIÓN NATURAL DE LA FERTILIDAD

Son aquellos que *se basan en la observación* de las variaciones que fisiológicamente, se producen durante el ciclo menstrual de la mujer con el fin de evitar o buscar un embarazo.

Los métodos naturales se basan, desde el punto de vista fisiológico, en los siguientes hechos:

- La ovulación es constante y tiene lugar 14 días antes de la menstruación
- La ovulación, en la especie humana, es monofolicular (se expulsa un óvulo al mes)
- El óvulo vive entre 18 y 24 horas.
- El espermatozoide conserva su capacidad fecundante de 3 a 5 días.

Son métodos *comportamentales*, es decir, implican de modo claro a los dos miembros de la pareja. No requieren ninguna ayuda externa ni instrumental. Para su utilización es preciso que la mujer conozca, observe y controle sus ciclos menstruales. Invitando a su pareja a dicho conocimiento.

El objetivo último de estos métodos es que la mujer detecte sus días de máxima fertilidad (*ovulación*) y «evitar» esos días jugar a la penetración.

Los métodos naturales tratan de descubrir, mediante la identificación de diferentes signos, los días fértiles del ciclo, pero estos signos pueden sufrir variaciones, más o menos fisiológicas, que los hagan difícilmente interpretables: procesos infecciosos, variaciones fisiológicas del moco cervical, alteraciones de la fase folicular del ciclo menstrual...,

Los *indicadores perceptibles* que indican ovulación son:

1. Elevación de la temperatura basal después de la ovulación.
2. Modificaciones e incremento del moco cervical (flujo).
3. Modificaciones en el cuello del útero.
4. Modificaciones en la citología vaginal.

Los *indicadores sintomáticos* que pueden indicar ovulación son:

1. Dolor en hipogastrio (bajo vientre)

El inconveniente mayor que presenta es la habitual irregularidad menstrual en la gente joven y que su efectividad media no es muy alta.

Método de Billings o del moco cervical

El matrimonio australiano John y Evelyng Billings estudiaron los cambios del moco cervical en las distintas fases del ciclo menstrual. Y con ello calcular el momento aproximado de la ovulación. Se basa en la abstinencia de relaciones sexuales coitales en los días de moco.

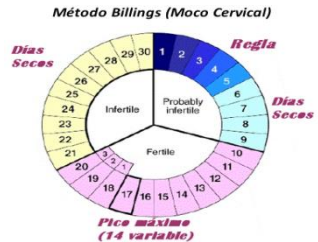
Las variaciones que sufre el moco cervical podemos resumirlas en:

- *Menstruación*: el flujo cervical, si lo hay, queda enmascarado por el sangrado menstrual.
- *Días secos*: son los que suceden a la menstruación, son días sin flujo, con sensación de sequedad (días 5º a 8º del ciclo).
- *Días de flujo*: Inicialmente el moco es viscoso y turbio, con poca capacidad de estiramiento. Progresivamente (días 11º a 13º), el moco se hace más claro y más fluido hasta alcanzar su mayor grado de fluidez y de estiramiento (día 14º). El último día de moco, se conoce como «día pico». La ovulación suele ocurrir entre dos días antes del día pico y el día inmediatamente siguiente al mismo. No deben mantenerse relaciones coitales desde que aparezca cualquier tipo de moco hasta cuatro días después del día pico.
- *Días post-pico*. El flujo comienza a ser escaso, viscoso y turbio hasta que progresivamente aparece la sensación de sequedad por ausencia de moco (días 17º a 28º).

Al usar este método es más importante valorar la calidad del moco que la cantidad.

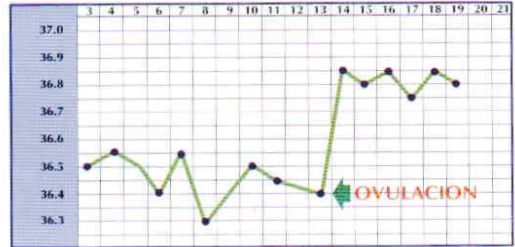
Tiene una alta tasa de fallos si el aprendizaje y la técnica no son correctos.

El conocimiento de este método supone para la población joven un mejor entendimiento de su cuerpo y genitalidad.



Temperatura Basal

La base de este método es el cambio de temperatura de un nivel bajo en la fase folicular a uno alto en la fase lútea. Este aumento de temperatura indica que se ha producido la ovulación, pero no es capaz de predecir ésta a priori. Por tanto, habría que evitar la penetración entre el primer día del ciclo y el tercer día consecutivo de temperatura elevada, momento en que comenzaría la fase infértil.



La correcta técnica exige:

- Utilizar siempre el mismo termómetro
- Tomar siempre la temperatura en el mismo lugar: vagina o ano durante tres minutos.
- Realizar la medición antes de levantarse
- Anotar el registro en una gráfica
- Cierta regularidad menstrual

5. MÉTODOS EMBARAZOSOS

Llamados así por la gran posibilidad que se tiene de quedarse embarazada.

- Marcha atrás
- Método karezza

La «marcha atrás» o coito interruptus

Es un método muy antiguo y consiste en que la pareja hace el coito vaginal y en el momento de eyacular lo hace fuera de la vagina.

La tasa de fallos es altísima porque el hombre antes de eyacular saca un



«líquido previo-preseminar», que contiene espermatozoides. La secreción de este líquido es inevitable y casi imperceptible, se diría que «antes de llover chispea».

Realmente es un buen método para que ocurra un embarazo inesperado.

Método karreza o coito reservatus

Es un método descrito por antiguas sociedades chinas que consiste en una eyaculación retrógrada voluntaria, lo que exige una gran disciplina mental y neurológica.

Su uso es muy limitado en nuestra sociedad occidental.

6. MÉTODOS QUIRÚRGICOS

En principio se plantean como métodos definitivos, aunque en la actualidad son reversibles. Son procedimientos de esterilización voluntaria, sencillos y de máxima eficacia.

- Ligadura de trompas
- Oclusión tubárica
- Vasectomía

Ligadura de Trompas

Es una cirugía que se realiza con el fin de fijar las trompas de Falopio de una mujer y evitar el encuentro entre el óvulo y el espermatozoide.

Se realiza bajo anestesia en un hospital o en un centro de atención médica ambulatoria.

Se puede recomendar a mujeres adultas que están seguras de su deseo de evitar embarazos futuros.



Anillo y oclusión tubárica

Es un procedimiento quirúrgico que trata de bloquear las trompas de Falopio (atándolas y

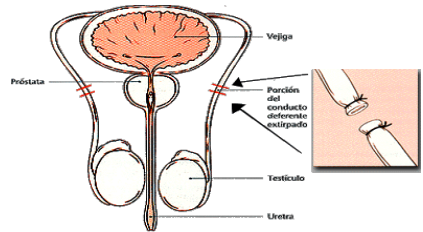
cortándolas con anillos, clips...) impidiéndose que los espermatozoides lleguen a los óvulos y los fecunden.

Vasectomía

Es la cirugía que se realiza para «ligar los conductos deferentes» de un hombre, evitando el paso de los espermatozoides.

Es una cirugía sencilla que no afecta a la respuesta sexual del hombre, más bien podríamos decir que mejora su respuesta sexual. El hombre sigue teniendo erección, orgasmo y eyaculación.

Se sugiere a hombres adultos que no deseen tener hijos o que ya no quieren tener más. Se plantea como método definitivo aunque sea reversible.



7. MÉTODOS DE EMERGENCIA o de 2ª OPORTUNIDAD

¿Qué es realmente la anticoncepción de emergencia?: Es una medicación hormonal cuyo mecanismo de acción es múltiple y no del todo bien conocido. Pero podemos establecer dos mecanismos de acción: inhibición o retraso de la ovulación y alteraciones en la madurez endometrial (uterina).

La anticoncepción de emergencia, también llamada «postcoital», *no es realmente otro método anticonceptivo*. Queremos resaltar, su *carácter excepcional*, porque su uso frecuente altera el sistema hormonal de la mujer. La anticoncepción de emergencia es la *segunda oportunidad* de evitar la posibilidad de un embarazo accidental, tras la oportunidad de haber usado una anticoncepción adecuada. También es una opción para situaciones de violencia, en las cuáles una mujer sea obligada a practicar un coito no deseado y además no protegido.

A este sistema de emergencia se le conoce con otros nombres que conducen a que el método finalmente fracase o falle; términos como «píldora del día después», «píldora de las 48 o 72 horas», induce al error y reduce la eficacia del sistema. Nuestra experiencia profesional nos indica que la eficacia es directamente proporcional a la rapidez con

que se instaura el tratamiento. De tal modo que el *momento ideal de aplicación es dentro de las primeras 18 horas* tras el coito no protegido.

Hechos a tener en cuenta:

1. La anticoncepción de emergencia no es un método anticonceptivo.
2. Su utilización ha de ser de carácter excepcional.
3. Su reiterada utilización es perjudicial para la salud.
4. No es un método abortivo, porque si la fecundación ha ocurrido no frena la evolución del embarazo.
5. No necesita receta médica para ser dispensada en la farmacia. Sólo es necesario ser mayor de 16 años (mayoría médica de edad).

Existen tres modalidades de anticoncepción de emergencia:

- Píldora del día después
- Método Yuzpe
- Diu de emergencia

Píldora del medio día después

Es un preparado hormonal con 1500 microgramos de levonorgestrel. Lo que hace es inhibir o retrasar la ovulación y alterar el transporte de espermatozoides y óvulo. En el mercado farmacéutico europeo actual se comercializan con los nombres de: Norlevo y Postinor.

¿Cuándo está indicada? Cuando se ha realizado el coito sin protección o los métodos se han utilizado incorrectamente. También en el caso de un mal cálculo de los días fértiles, rotura del preservativo, olvidos en la toma de píldoras anticonceptivas y relaciones eróticas poco controladas bajo efectos de drogas o alcohol.

¿Cómo se utiliza? Es un comprimido que debe tomarse de una sola vez antes de que pasen 18 horas del «incidente».



¿Qué eficacia tiene? Depende de cuándo se tome. Muy eficaz durante las primeras 12 horas. Y a partir de aquí cada hora de retraso equivale a un 1% de fallos.

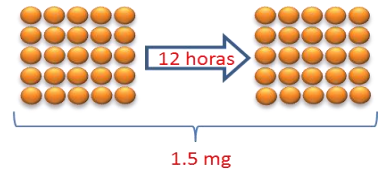
¿Tiene efectos secundarios? El mayor efecto secundario es el embarazo. Ocasionalmente pueden aparecer náuseas, vómitos, dolor de cabeza y cierta tensión mamaria.

¿Cuándo llega la regla tras tomarla? En un 50% de mujeres les llega cuando les iba a llegar, a un 25% les llega días después de tomarla y a otro 25% se les salta un mes la regla.

¿Y si han pasado más de 72 horas? Nos plantearíamos utilizar DIUs de emergencia o Ulipristal (ellaOne®).

Método «Yuzpe»

Es un sistema de emergencia más clásico y económico, diseñado por el médico canadiense Albert Yuzpe, que consiste en tomar por vía oral unas pastillas anticonceptivas (píldoras) en dos días seguidos y que son un combinado hormonal.



Fue el método de emergencia utilizado entre los años 1975 y 2000.

La pauta de Yuzpe actual es: 0,2 mg de etinilestradiol + 1 mg de levonorgestrel administrados en dos tomas con 12 horas de intervalo y en las 72 horas posteriores al coito desprotegido.

DIU de emergencia de intercepción post-coital

Puede ser utilizado hasta 120 horas después del coito desprotegido, y su principal mecanismo de acción es anti-implantatorio.

No nos detenemos en él porque su utilización no está muy extendida.

Píldora de los cinco días después: ella One

En el año 2009 aparece el acetato de ulipristal, principio activo que actúa modificando la actividad de la hormona



natural progesterona posponiendo la ovulación. Tiene un % de fallos del 2%. Si la mujer está embarazada ya no funciona.

¿Cuándo está indicada? Cuando se ha realizado el coito sin protección o los métodos utilizados han fallado por roturas u olvidos.

8. MÉTODOS SIN MÉTODO

- Petting
- Jugar y más

Son juegos de pareja que prescinden de la penetración vaginal en su abanico erótico.

Petting o magreo

El anglicismo "petting" consiste en excluir la penetración vaginal de las relaciones eróticas y van desde un beso a lo que cada cual pueda inventar.

Jugar, crear, inventar, fantasear, explorar y bucear...

Apuntando conclusiones

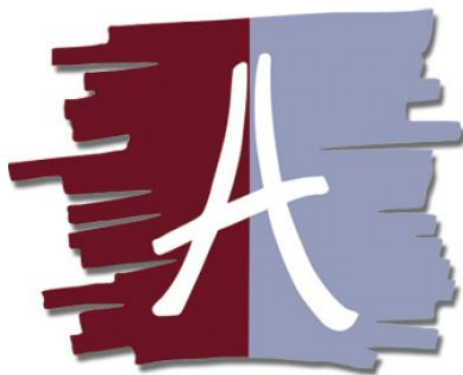
- No hay mejores ni peores métodos, hay parejas, hombres y mujeres que eligen SU método.
- No hay ninguno maravilloso porque entonces sólo habría uno.
- El mejor método sería ninguno.
- Los fallos reales de los diferentes métodos anticonceptivos superan con creces los fallos teóricos. Es decir, los métodos son más fiables que los usuarios.
- Hay mujeres distintas, parejas diferentes y necesidades anticonceptivas diversas.
- La responsabilidad anticonceptiva es cosa de dos.

Bibliografía básica

- Amezúa, e. Nadette Foucard (1980). Claves para elegir un sistema anticonceptivo. *Documentación interna*.
- Amezúa, E. (2001). Educación de los sexos: la letra pequeña de la educación sexual. *Revista de Sexología*,107-108.
- Carlos de la Cruz y Silberio Sáez (1994). Educación sexual, una propuesta de intervención. *Revista de Sexología*,62.
- Santiago Frago Valls (1995). Educación para la sexualidad en sistema abierto. *Revista de Sexología*,72.
- Iñaki Lete y cols. (2002). Guía de actuación en anticoncepción de emergencia. Ediciones Pulso. Barcelona.
- Documentación interna Laboratorios Organon y Janssen-Cilag.
- Documentación interna Instituto Amaltea de Sexología. 2004.
- Manual de consulta rápida sobre AHC. Coordinador: Mariano Blasco Valle y cols. SEC. 2014

Páginas web

- Sex Information and Education Councils of the United States (SIECUS) (<http://www.siecus.org>).
- Instituto Dexeus. (<http://www.dexeus.com>).
- Sociedad Española de Contracepción. (<http://www.sec.es>).
- Instituto Amaltea de Sexología. www.amaltea.org



AMALTEA

INSTITUTO DE SEXOLOGIA

www.amaltea.org

Colección: SEXOLOGÍA DIVULGATIVA

Un placer al alcance de todos