

CAPÍTULO 24

ANTICONCEPCIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

“Porque la vida no es como la esperábamos”

Jaime Gil de Biedma

ÁNGELS RAMÍREZ HIDALGO

FRANCISCA MARTÍNEZ SAN ANDRÉS

SERGIO BERNABEU PÉREZ

EDUARDO DíEZ FEBRER

MARCO CONCEPTUAL

Entendemos por situación especial cualquier atención en materia de salud reproductiva que deba ofrecerse a adolescentes con discapacidad física, psíquica o social.

Se toma como definición para discapacidad la restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considere normal en una persona.

Para que una persona no sea capaz, previamente habrá tenido que existir una deficiencia (= pérdida de función). La discapacidad fruto de una deficiencia puede llevar al individuo a una situación desventajosa por no poder desempeñar un rol o hacerlo limitadamente

Situaciones especiales

Por discapacidad física,
psíquica o social

1. Naciones Unidas. Programa de acción mundial para las personas con discapacidad. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1988.

En el proceso de atención hay que poner el acento en lo singular de cada caso

(= minusvalía)¹.

Potenciar las capacidades

Las situaciones especiales son muy diversas

Se pretende plantear lo que se considera un entramado básico a partir del cual abordar las situaciones especiales. Situaciones que lo que tienen de especial es el hecho de que obligan al profesional a actuar con exquisito rigor metodológico. Lo novedoso es que ponen de manifiesto la necesidad de una mirada fresca para cada caso. En esencia se trata de iniciar y desarrollar cada vez un proceso en el que el acento se ponga en lo singular, de forma que los profesionales estimen, valoren y potencien las capacidades que cada persona con discapacidad posea.

Los conceptos arriba citados ayudan a entender la gran diversidad de las situaciones especiales. Pueden pertenecer a esas categorías desde los grandes miopes a los paralíticos cerebrales tanto como los adolescentes que padecieron y fueron tratados por un cáncer en su infancia; desde los que tuvieron que recibir un refuerzo en la escuela por un leve retraso psicomotor a los psicóticos institucionalizados tanto como los portadores de un síndrome de Down; o desde los marginados sociales por causas diversas, tales que la prostitución o las drogodependencias, a los inmigrantes con problemas de inserción, por el desconocimiento de la lengua o por su condición de ilegalidad.

Todo adolescente, también el que está en una situación especial, está en fase de experimentación

En general es incorrecto e inoperante trabajar con imágenes estereotipadas. Lo que conviene a la tarea terapéutica es entender lo más sutil de la diferencia y no quedarse con lo más burdo de la similitud, buscando caracterizar el máximo de matices de cada persona que se encuentra en una situación especial.

Por muy especial que sea la situación en que un/a adolescente se encuentra, él/ella también está en la fase de experimentar nuevos descubrimientos y sensaciones, tratando de

aprender a canalizarlos, tropezando a veces con muros de prohibiciones paternas y/o sociales. A un/a adolescente con una situación especial le puede ser muy difícil llegar a sus modelos vitales de referencia. Puede surgir la confrontación entre lo que desearía y un entorno trufado de ambigüedades e inconcreciones que arranquen precisamente de su condición especial.

DEMANDA

Según sean las características de una persona con discapacidad la solicitud de anticoncepción provendrá de ella misma o de sus cuidadores. Y según la demanda provenga de la una o de los otros habrá que diseñar un plan de actuación que contemplará el objetivo final, para llegar al cual habrá que ir cumplimentando algunos objetivos o requerimientos intermedios.

- **Objetivo final:**
Prevención de embarazos no deseados o accidentales y de enfermedades de transmisión sexual
- **Objetivos o requerimientos intermedios:**
 - Atención y puesta en contexto de la demanda específica
 - Concreción de la deficiencia
 - Creación de un lenguaje común
 - Resolución del aprendizaje
 - Análisis de las interrelaciones o contraindicaciones al uso de los métodos

La demanda puede proceder del/la interesado/a o de sus cuidadores

El objetivo es lograr la prevención de embarazos no deseados o accidentales y de enfermedades de transmisión sexual

DESARROLLO DEL PROCESO ASISTENCIAL

Al atender una demanda específica hay que evitar cualquier juicio previo, como medida facilitadora de una buena praxis. La solicitud

Contextualizar la demanda

Concretar la deficiencia

recibida hay que ponerla en su contexto, pero en estos casos y sobre todo cuando no ha sido el/la interesado/a quien haya formulado la solicitud, hay que ver si lo que se está pidiendo corresponde a lo que aquel/lla desea o en su caso que es lo que está dispuesto/a a aceptar.

Incorporar, como elemento terapéutico, las capacidades que cada persona discapacitada tiene

Hacerse cargo del entorno en que se está considerando los hechos requiere de la solicitud de informes técnicos y/o la realización de interconsultas con otros especialistas o profesionales de otras disciplinas. Ello contribuye ya sea a acercarse a la realidad concreta de la persona o a paliar circunstancialmente la propia carencia de los conocimientos necesarios.

Puede ser útil incluir a los cuidadores

Se trata de que se pueda percibir el mundo singular de la persona con deficiencia, lo que permite averiguar las capacidades que cada p e r s o n a discapacitada tiene, para incorporar dichas capacidades como elemento terapéutico. Esta tarea de profundización lleva a menudo a tener que incluir a la familia o a los cuidadores, que pueden aportar elementos válidos, proporcionados por su convivencia en lo cotidiano, o que pueden actuar, en caso necesario, como soporte de una eventual estrategia terapéutica.

Crear un lenguaje común requiere de profesionales competentes y versátiles

Resulta imprescindible crear un lenguaje común con los interesados.

Valorar la pertenencia a programas colectivos o talleres

Para ello se requieren profesionales con el perfil adecuado: tolerantes, con competencia técnica y muy versátiles, de manera que sean ellos los primeros en acomodarse a la idiosincrasia de los adolescentes. El aprendizaje necesario puede exigir un considerable esfuerzo sobre todo si escapa a los modelos habitualmente utilizados, una vez más puede ser conveniente contar con el apoyo de otros especialistas médicos o no (léase asistentes sociales, pedagogos, psicólogos u otros).

En determinadas circunstancias puede ser muy

útil plantear programas colectivos o talleres sobre todo en el caso de pacientes institucionalizados y siempre en coordinación con los equipos responsables.

Una vez adquiridas las habilidades necesarias puede pasarse a la fase de resolución del aprendizaje que será más o menos prolongada y compleja según la implicación de los adolescentes sea más o menos activa. El terapeuta ha de contar en todo momento con las capacidades que toda persona discapacitada tiene para potenciarlas al máximo. En esta fase del proceso todo profesional tendrá ya una idea formada de los recursos con que cuenta, aunque es posible que incorpore modificaciones o técnicas nuevas en función de la respuesta que vaya obteniendo.

Paralelamente a los pasos que se han ido cubriendo, se habrá ido realizando un análisis de las interrelaciones o contraindicaciones al uso de los métodos anticonceptivos preseleccionados teniendo presentes las enfermedades asociadas que el adolescente ya padezca y cualquier medicación que esté recibiendo.

En fin, aunque el motivo de la consulta sea la prevención del embarazo no deseado hay que introducir los elementos de educación sanitaria que propicien la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Debe por eso informarse a los interesados y en su caso a sus cuidadores, puesto que en estos casos, como con mucha frecuencia ocurre en consultas generales, la inquietud frente al riesgo de una gestación accidental ocluye cualquier tipo de conciencia respecto al riesgo de contagios.

El diseño de la fase de resolución puede verse modificado en función de la respuesta

Analizar cualquier interrelación o contraindicación del método preseleccionado con enfermedades o medicaciones

Unir la prevención del embarazo no deseado a la de enfermedades de transmisión sexual

PREVENCIÓN PRIMARIA DEL EMBARAZO NO DESEADO PARA ADOLESCENTES QUE NO PUEDEN HACERSE CARGO DE SU AUTOCUIDADO

Progestágenos de depósito

Acción inmediata
Tasa de fallo muy baja
Uso posible en mujeres en
que se desaconsejan los
estrógenos

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL INYECTABLE: PROGESTÁGENOS DE DEPÓSITO

Constituye un recurso importante, pero a menudo infravalorado.

Uso trimestral

Los progestágenos de depósito tienen una acción inmediata. Su tasa de fallo es muy baja (0,1-0,6% durante el primer año). Pueden usarlos mujeres en las que no se aconsejan los estrógenos (lupus eritematoso sistémico, epilepsia, anemia de células falciformes o lactancia, entre otras). El retorno a la fertilidad se calcula en unos nueve meses, desde la última inyección.

Contacto periódico con los
servicios de salud

Con una sola inyección, intramuscular profunda, se obtiene una excelente cobertura anticonceptiva durante tres meses. Cada tres meses hay que reinyectar, con un margen de dos semanas antes o más tarde respecto a la fecha prefijada. El contacto periódico resultante, con los servicios de salud, facilita que se puedan desarrollar tareas en profundidad desde el punto de vista de educación sanitaria.

Suprimen la ovulación y
modifican el moco cervical

Mecanismo de acción

Evitar en menores de 16
años

Ejercen su acción principalmente a través de supresión de la ovulación y de modificaciones del moco cervical.

No usar en mujeres
pertenecientes a categorías 3
y 4, según los criterios de la
OMS

Criterios de exclusión

Como los progestágenos solos procuran un clima hipoestrogénico se desaconsejan en mujeres menores de 16 años, de modo que en estos casos conviene valorar el uso de inyectables hormonales de estroprogestágenos combinados.

Pueden provocar
alteraciones del ciclo,
aumento de peso, cefalea o
mareo

Se reconocen como criterios de exclusión aquellos pertenecientes a las categorías 3 y 4 según los criterios de selección para el uso de anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (tabla nº 1).

Tabla 1. Criterios de exclusión para los anticonceptivos hormonales inyectables de progestagénos solos

Categoría 3	Categoría 4
GENERALMENTE NO DEBEN USARSE, en caso de:	NO DEBEN USARSE, en caso de:
Diabetes con enfermedad vascular	Embarazo confirmado o sospechado
Enfermedad cerebrovascular o arterial coronaria	Enfermedad maligna de la mama
Enfermedad hepática aguda	
Hipertensión severa (>180/110mmHg)	
Hipertensión con enfermedad vascular	
Migraña focal	
Cirrosis aguda	
Tumor hepático benigno o maligno	

Efectos secundarios indeseables

Entre los posibles efectos secundarios indeseables destacan las alteraciones del ciclo: amenorrea sangrado entre períodos, menstruaciones abundantes, que con frecuencia motivan el abandono del método. La incidencia de amenorrea aumenta con el tiempo de uso (alrededor del 50% al final del primer año y del 80% a los 5 años). Esto implica la necesidad de que la adolescente, o sus cuidadores en su caso, estén bien informados y vinculados a los profesionales sanitarios de referencia.

Es objeto de controversia si disminuye la densidad ósea

Es también posible el aumento de peso (1,5 a 2 kg en el primer año). Y la cefalea y el mareo (3-19%).

La posible disminución de la densidad ósea es aún motivo de controversia. Se han registrado alteraciones, al parecer sin significado clínico, del metabolismo de los lípidos, la tolerancia a la glucosa, el metabolismo de los esteroides y la función inmunológica.

El riesgo de cáncer de mama sólo parece algo incrementado en las usuarias actuales

No parece haber mayor riesgo futuro para cáncer de cérvix, ovario o hígado. En cuanto al cáncer de mama parece que las usuarias actuales y

recientes pueden correr un riesgo algo mayor que las no usuarias y que pasados diez años desde la toma ese riesgo ya no existiría, los datos disponibles no son aún concluyentes.

INTERCEPCIÓN POSCOITAL

Consultar el capítulo correspondiente.

BIBLIOGRAFÍA

Declaración del IMAP sobre la anticoncepción inyectable.

Boletín Médico de la IPPF, Abril 2; 33:

1-5, 1999.

World Health Organization Facts about injectable

contraceptives: Memorandum from a WHO meeting. Bulletin of

the World Health Organization, 60(2): 199-210, 1982.

World Health Organization. Family and Reproductive Health.

Improving Access to Quality Care in Family Planning. Medical

Eligibility Criteria for Contraceptive Use. Geneva: WHO/FRH,

53-66, 1996.