

Contracepción en la adolescencia

CADIME (Centro Andaluz de Información de Medicamentos).

Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

El embarazo no deseado durante la primera etapa de la vida fértil comporta riesgos sanitarios y psicológicos, principalmente para la adolescente y su hijo, además de la implicación de otros factores socioculturales. En nuestro país se observa un aumento gradual de las tasas de interrupción voluntaria del embarazo y del uso de la anticoncepción postcoital en este grupo de edad, por lo que parece adecuado reforzar los sistemas de intervención sexual en jóvenes y adolescentes con el objetivo de prevenir dichos embarazos. Los consejos sobre salud sexual destinados a los adolescentes deben cumplir ciertos requisitos para asegurar su eficacia, principalmente privacidad, confidencialidad y una actitud participativa en la toma de decisiones, que no han de ser impuestas. Para la selección de un método anticonceptivo habrá que tener en cuenta diversos factores (personales y del entorno), mostrando todas las opciones e informando sobre la eficacia y seguridad de cada uno de ellos.

Palabras clave: contracepción, adolescencia, embarazo no deseado, consejos educación sexual.

Undesired pregnancy during the first stage of the potential childbearing life has health care and psychological risks, mainly for the adolescent and her child, in addition to the implication of other sociocultural factors. In our country, a gradual increase in the rates of voluntary interruption of pregnancy and the use of postcoital contraception in this age group is observed. Thus it seems appropriate to reinforce the sexual intervention systems in young people and adolescents in order to prevent these pregnancies. Advice on sexual health aimed at the adolescent should to fulfill certain requirements to assure its efficacy, mainly privacy, confidentiality and a participatory attitude in decision-making, that should not be imposed. In order to select a contraceptive method, several factors must be taken into account (personal and setting), showing all of the options and informing on the efficacy and safety of each one of them.

Key words: contraception, adolescence, unwanted pregnancy, sexual education advice.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la sexualidad es un tema complejo ya que además del punto de vista de la salud influyen otras connotaciones psicológicas y socioculturales, siendo aún más difícil abordar la sexualidad y la anticoncepción durante la adolescencia¹. Según la OMS, a la que se adhiere la Sociedad Española de Medicina del Adolescente de la AEP, la adolescencia es el período de la vida durante el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los

patrones psicológicos de la niñez a la vida adulta y consolida la independencia socioeconómica, estableciendo sus límites entre los 10 y 19 años de edad^{1,2}; pudiendo dividirse entre primera (10-14 años) y segunda adolescencia (15-18 años)³. En esta revisión sólo se abordará la prevención de embarazos no deseados en esta etapa de la vida, debido a la problemática psicosocial y sanitaria que conlleva la gestación a edades tempranas o su interrupción voluntaria.

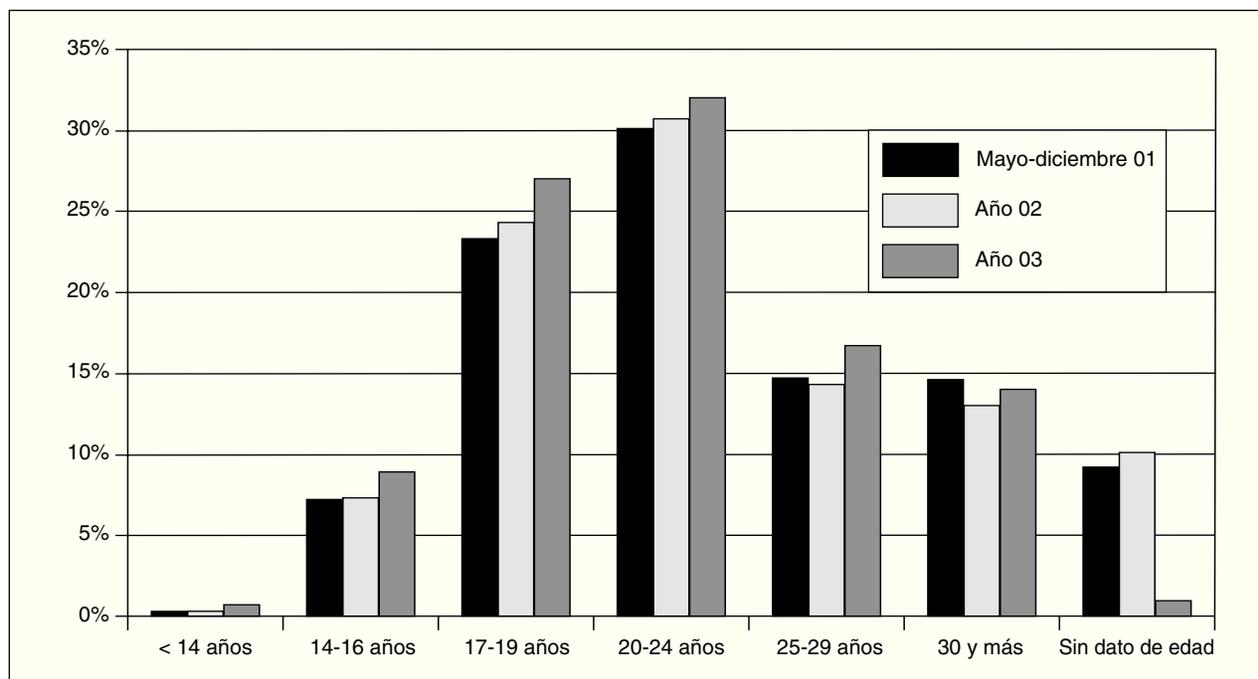
MAGNITUD DEL PROBLEMA

En un estudio publicado por la UNICEF en 2001, en el que se comparaban las tasas de nacimientos en adolescentes en 27 países desarrollados, se puso de manifiesto que EE.UU. presenta las tasas más altas (52,1 por mil), seguido por Gran Bretaña (30,8 por mil), situándose España en un puesto intermedio. No obstante, en nuestro país se observa un incremento en el tiempo; así, la tasa de embarazos en menores de 18 años aumentó de 6,81 por mil en 1995, a 10 por mil en 2000⁴.

Consultor externo: G. Galdó Muñoz.
Servicio de Pediatría. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Correspondencia: CADIME
Escuela Andaluza de Salud Pública.
Cuesta del Observatorio, 4. 18080 Granada.
Correo electrónico: cadime.easp@juntadeandalucia.es

Recibido el 05-03-07; aceptado para su publicación el 05-03-07.



Grupos de edad	Mayo-diciembre 2001		Año 2002		Año 2003	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
< 14 años	76	0,29%	130	0,30%	253	0,68%
14-16 años	1.846	7,16%	3.159	7,32%	3.315	8,94%
17-19 años	6.000	23,27%	10.495	24,32%	9.998	26,95%
20-24 años	7.923	30,73%	13.251	30,70%	11.850	31,95%
25-29 años	3.795	14,72%	6.178	14,31%	6.182	16,67%
30 y más	3.774	14,64%	5.583	12,93%	5.143	13,87%
Sin dato de edad	2.371	9,20%	4.366	10,12%	352	0,95%
Total	25.785	100,00%	43.162	100,00%	37.093	100,00%

Figura 1. Anticoncepción poscoital por edades. Andalucía, mayo-diciembre 2001, año 2002 y 2003. Tomada de: Servicio de Planificación Operativa. Cartera de Servicios en el Servicio Andaluz de Salud. SIGAP. 2004.

El número de usuarias de la anticoncepción postcoital ha aumentado, especialmente entre las más jóvenes (fig. 1); incrementándose también considerablemente el número de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en la última década. Andalucía, que a inicios de los 90 tenía uno de los índices más bajos de IVE en España, ocupa actualmente un puesto intermedio con respecto a otras CC.AA. con unas cifras muy cercanas a la media^{5,6}. En el año 2002, el grupo de adolescentes andaluzas entre 15 y 19 años de edad es el único que presenta un incremento positivo continuado en la incidencia de IVE (8,50 por mil), sólo por debajo del grupo de 20-24 años (12,16 por mil)⁷.

Adicionalmente, hay que tener en cuenta que el embarazo no deseado durante la adolescencia puede comportar consecuencias adversas, que pueden prolongarse en el tiempo, tanto para la adolescente como para su hijo (tabla 1)^{1,8}.

INTERVENCIONES EN SALUD SEXUAL

El objetivo de las intervenciones sobre la salud sexual de los adolescentes es mejorar la calidad de sus relaciones se-

xuales, actuales y en su vida adulta, así como reducir las consecuencias adversas del comportamiento sexual (principalmente embarazos y adquisición de infecciones de transmisión sexual)^{1,9}.

El comportamiento sexual durante la adolescencia se basa en ciertos indicadores de riesgo y protección frente al embarazo no deseado, que habría que tener en cuenta cuando un menor de edad acude a un profesional o centro de apoyo demandando información sobre anticoncepción. Los factores de riesgo están estrechamente ligados a su entorno (comunidad, familia, pareja o individuales), siendo los más representativos el pertenecer a grupos de bajo nivel socioeconómico y educativo, que conlleva un escaso conocimiento de los métodos anticonceptivos. También se contemplan como factores de riesgo: las adicciones (drogas, alcohol), ser hijo/a de madre adolescente, las alteraciones emocionales y las características negativas de la relación de pareja, entre otros^{1,8-10}.

Los aspectos que más parecen preocupar a los jóvenes a la hora de consultar sobre anticoncepción son que

Tabla 1. Consecuencias adversas asociadas al embarazo en adolescentes

	Salud	Educación	Socio-económicos
Adolescente	Control tardío de la gestación Fumar durante la gestación Anemia e hipertensión en el embarazo Complicaciones obstétricas Terminación del embarazo Depresión postparto Depresión y aislamiento	Interrupción o abandono de los estudios	Familia monoparental Divorcio/separación Dependencia del estado de bienestar Peor vivienda y nutrición Bajo nivel socioeconómico Menor oportunidad de empleo Exclusión social
Hijo o hija	Muerte súbita Bajo peso Prematuridad Menor lactancia materna Accidentes Peor nutrición Negligencia Embarazo en la adolescencia Mayor mortalidad infantil	Retraso del desarrollo preescolar	Pobreza Peor vivienda Familia monoparental

Tomada de Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria¹.

los servicios sean accesibles y que se mantenga la confidencialidad. En cuanto a la accesibilidad, los adolescentes demandan que los centros destinados se acomoden a sus horarios, ya que sus problemas son inmediatos y precisan de unos servicios de acceso abierto, en espacios frecuentados por jóvenes (institutos, asociaciones juveniles, etc.), y en un ambiente de privacidad, no habilitando una sala de espera en la que puedan coincidir con personas de todas las edades y próximas a su entorno familiar⁹⁻¹¹.

Durante la entrevista con un adolescente es muy importante adoptar una actitud de “escucha activa”, mostrando un auténtico interés y creando un clima de conversación distendido, sin sensación de apremio, que favorezca la empatía con sus problemas para deliberar de forma participativa, y siendo tratados con el mismo respeto que los adultos. Son muy negativas las actitudes paternalistas, ya que pueden influir desfavorablemente en la toma de decisiones, aboliendo su independencia y responsabilidad. Un gran avance supone conseguir que el adolescente decida comunicar a sus padres la demanda de la consulta, haciéndole ver la importancia de integrarlo en la toma de decisiones, lo cual favorece un sistema terapéutico más eficaz; si bien, en ocasiones, pone de manifiesto el problema de madurez de los adultos⁹⁻¹¹.

Todos los pacientes tienen derecho a esperar que la información facilitada a su médico sea tratada de forma confidencial; por su parte, el personal sanitario tiene que ser muy consciente de este aspecto y conocer que, especialmente en las relaciones con los adolescentes, resulta un aspecto fundamental para la consecución de una consulta eficaz. Dicha confidencialidad sólo puede anularse ante situaciones muy excepcionales: cuando la salud, la seguridad o el bienestar del paciente (independientemente de su edad) o de otras personas, pueda estar en grave riesgo^{10,11}.

En Andalucía, el “Plan de Atención a los Problemas de Salud de los Jóvenes” culminó en 2001 con tres áreas de actuación principales³:

- Proyecto “Forma Joven”, enfocado hacia la salud y educación, proporcionando asesoramiento a jóvenes en Institutos de Enseñanza Secundaria.

- Servicios de Atención y Educación Sexual para los jóvenes en centros sanitarios.

- Incorporación como medicación de urgencia en todos los Centros de Salud de Atención Primaria y Especializada, la “píldora” postcoital.

EFFECTO DEL CONSEJO

Aunque las evidencias son escasas, algunos estudios muestran que los resultados del consejo a adolescentes suelen ser inconsistentes y poco homogéneos¹. En líneas generales, las intervenciones en el medio escolar y el facilitar el acceso a centros de planificación familiar parecen ayudar a prevenir los embarazos no deseados, sin que estas intervenciones se asocien a una mayor actividad sexual o al adelanto de su inicio^{4,12}. Parecen más efectivos los programas que, además de proporcionar información, ofrecen apoyo psicológico y acceso a los métodos anticonceptivos; no obstante, la reducción en la tasa de embarazos desaparece cuando se interrumpen dichas actividades⁴. Con respecto a los comportamientos, los diversos estudios muestran resultados contradictorios¹; así en una reciente revisión sistemática que incluía 26 ensayos aleatorizados, destinados a la prevención primaria de embarazos, se concluye que las estrategias utilizadas no parecen retrasar el inicio de las relaciones sexuales, ni mejorar el uso de los medios anticonceptivos, ni reducir el número de embarazos en adolescentes¹³. Independientemente de la idoneidad y limitaciones de estos estudios^{13,14} habría que profundizar en las razones que motivan que la tasa de embarazos sea tan diferente entre países como Holanda (8,1 por mil) y EE.UU. (93 por mil), para mejorar los programas de educación sexual en jóvenes^{13,15}.

Entre los aspectos positivos derivados de estas intervenciones se han citado: el incremento de la utilización de

preservativos (al menos a corto plazo), mejorar su manipulación y, una mayor comunicación con las parejas sobre riesgos sexuales. También parece que la efectividad es elevada cuando se relacionan las intervenciones escolares con los servicios de planificación familiar de la zona, así como con la participación de padres y madres en los programas. En cuanto a las características perjudiciales, la única detectada es cuando la intervención tiene como único objetivo promover la abstinencia sexual^{1,13}.

MÉTODOS DISPONIBLES

La anticoncepción durante la adolescencia debería ser: barata, efectiva, reversible, de fácil utilización y no interferir con el crecimiento normal y la salud. A la hora de seleccionar el método a utilizar, también habrá que tener en cuenta otros factores personales, culturales, estilo de vida sexual y accesibilidad a los servicios que proporcionan los métodos anticonceptivos^{1,11}.

Ante la demanda de un método anticonceptivo por un adolescente, habrá que mostrarle todas las opciones, e informarle sobre su eficacia, efectos adversos y contraindicaciones (deportes); aclarándoles cualquier cuestión que planteen, ya que en muchos casos la información previa puede ser inexacta o errónea. También es importante hacerle comprender el mecanismo de acción y el modo de empleo correcto para asegurarse una buena protección anticonceptiva, así como ofrecer información adicional acerca de qué hacer si el método falla o si se usa inadecuadamente; y de cuáles protegen o no frente a otras infecciones (p. ej., VIH). Asimismo sería de-

seable establecer una consulta de seguimiento rutinaria, pudiendo acudir antes, si se le plantea algún problema^{10,11}.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) divide los métodos anticonceptivos en la adolescencia en cuatro categorías^{11,16}:

1. Recomendables o preferentes: preservativos, anticoncepción hormonal oral.
2. Aceptables: diafragma, esponja vaginal, espermicidas y anticonceptivos inyectables.
3. Poco aceptables: dispositivo intrauterino (DIU), anticoncepción quirúrgica y métodos naturales.
4. De emergencia: anticonceptivo postcoital.

Preservativo masculino o condón

La mayoría de los adolescentes (75% en España) utilizan este método, debido probablemente a su fácil disponibilidad^{1,10}.

La eficacia de un método anticonceptivo viene dada por el índice de Pearl, que refleja el número de fallos por cada 100 mujeres durante un año de exposición⁴. El preservativo puede fallar en un 12-14% de los casos, durante el primer año de uso (incumplimiento, manipulación incorrecta, etc.); si bien, en los adolescentes dicha tasa de fallo puede superar hasta 10 veces la observada en adultos^{1,4,10}. El riesgo de rotura (0,6-2% en penetración vaginal y 1-7% en penetración anal) suele deberse a la mala técnica de uso, estado de los preservativos y alteraciones de fabricación⁴ (tabla 2).

Tabla 2. Efectividad de los métodos anticonceptivos

Efectividad	Método	Embarazos por 100 mujeres en el primer año de uso	
		Uso común	Uso correcto
Siempre son efectivos	Implantes subdérmicos de levonorgestrel	0,1	0,1
	Vasectomía	0,2	0,1
	Inyectables combinados	0,3	0,3
	Medroxiprogesterona inyectable	0,3	0,3
	Esterilización femenina	0,5	0,5
	DIU TCU-380A	0,8	0,6
	Píldora sólo con progestágenos (durante la lactancia)	1	0,5
Efectivos con uso común	Amenorrea por lactancia	2	0,5
Muy efectivos usados correctamente	Anticonceptivos orales combinados	6-8	0,1
	Píldora sólo con progestágenos (no durante la lactancia)	*	0,5*
Sólo parcialmente efectivos con uso común	Preservativo masculino (condón)	14	3
Efectivos con uso correcto	<i>Coitus interruptus</i>	19	4
	Diafragma con espermicida	20	6
	Métodos basados en la fertilidad	20	6
	Preservativo femenino	21	5
	Espermicidas	26	6
	Capuchón cervical en nulíparas	20	9
	Capuchón cervical en gravídicas	40	26
	Sin método	85	85

(*): Fuera del contexto de la lactancia, es menos efectiva que los anticonceptivos orales.

0-1: muy efectivo; 2-9: efectivo; 10-30: poco efectivo

Fuente original: Improving access to quality care in family planning medical eligibility criteria for contraceptive use. 2nd ed. Geneva: WHO, 2000.

Tomada y modificada de del Cura González I⁴.

Como contrapartida, es el único método que ofrece protección frente a las infecciones de transmisión sexual (*Chlamydia*, gonococo, hepatitis B y VIH, entre otras) y está prácticamente exento de efectos adversos, con excepción de la alergia al látex, casos en los que puede optarse por un condón de poliuretano^{1,4,17,18}. A pesar de todas sus ventajas, un estudio realizado en Andalucía mostró que sólo el 48,6% de los participantes lo utilizaba en todas sus relaciones sexuales, detectándose también que el conocimiento sobre el riesgo de infección sin usar preservativo es confuso así como otros importantes errores de información^{1,18}. Para obtener la máxima eficacia es muy importante que el personal sanitario que instruye sobre la correcta manipulación y utilización del preservativo esté familiarizado con este método anticonceptivo (colocación, inserción y retirada) y conozca los errores de información más frecuentes entre los jóvenes (conservación, tipo de lubricantes a utilizar, etc.), así como las pautas de actuación adecuadas ante una posible rotura o retención vaginal^{11,16}.

Contraceptivos hormonales orales

En nuestro país constituyen el segundo método más empleado por las jóvenes (21%). Junto al preservativo, es considerado uno de los métodos anticonceptivos recomendables para este grupo de edad, asociándose a un porcentaje de fallos del 3-8%, durante el primer año de uso; siendo por tanto un método más seguro que el preservativo para evitar un embarazo en adolescentes con relaciones sexuales estables^{1,4,10}. En las adolescentes resulta preferible la utilización de preparados combinados, conteniendo progestágenos con bajos efectos androgénicos (desogestrel, gestodeno, ciproterona y drospirenona), al asociarse con menor frecuencia acné y a la aparición de ganancia de peso; asimismo, también es importante conseguir un buen control del ciclo menstrual debiendo evitar aquellos preparados que contengan 20 mcg o menos de etinilestradiol^{17,19}.

En cuanto a su seguridad, el uso de contraceptivos orales no comporta riesgos específicos en las adolescentes¹⁰. La aparición de efectos secundarios leves (náuseas, tensión mamaria, irritabilidad y manchado) tienen una gran influencia sobre la elevada tasa de abandonos que se observa durante el primer año de uso; no obstante, los efectos adversos más graves son los cardiovasculares, muy influenciados por el consumo de tabaco, siendo la tromboembolia venosa una reacción adversa grave pero infrecuente, con mayor riesgo durante el primer año de uso y cuando se utilizan contraceptivos de tercera generación (desogestrel, gestodeno). Los contraceptivos orales no parecen aumentar el riesgo de infarto de miocardio, ictus isquémico o hemorrágico, ni de diabetes mellitus. Antes de iniciar su administración se aconseja realizar una historia clínica personal y familiar, orientada a detectar factores de riesgo cardiovascular y medir la tensión arterial^{4,17}.

Se estima que sus contraindicaciones son las mismas en adolescentes que en adultos, ya que en el momento de la menarquia el crecimiento y desarrollo reproductivo están esencialmente completos, por lo que su administración no comporta un efecto inhibitor del crecimiento ni afecta al

aparato genital^{1,4}. Los parches transdérmicos semanales (3 recambios por ciclo) comparten las características de eficacia y seguridad de los anticonceptivos orales⁴.

Contraceptivos hormonales a largo plazo (implantes, inyectables)

Tanto los implantes subcutáneos (etonogestrel o levonorgestrel) como las inyecciones de progestágeno (medroxiprogesterona) se asocian a un índice de fallos más bajo, al no depender su eficacia del cumplimiento al administrarse cada 3 años o 3 meses, respectivamente^{4,10}. Suponen una alternativa para las adolescentes en las que no pueden administrarse estrógenos; si bien, se asocian a trastornos de la menstruación (hemorragias), factor que influye considerablemente en las tasas de abandonos^{10,20}. Se ha sugerido que los inyectables de medroxiprogesterona podrían originar una reducción en la densidad ósea en usuarias a largo plazo, especialmente en fumadoras, pacientes con bajo peso y adolescentes (ya que aún no han alcanzado el pico máximo de formación de masa ósea) aunque este supuesto requiere confirmación^{10,20}.

Dispositivos intrauterinos (DIU)

Aunque su eficacia es elevada y mejoran el cumplimiento, se utilizan muy escasamente en adolescentes (1% en jóvenes con 16-19 años de edad), debido a que en su mayoría son nulíparas y presentan mayor riesgo de sufrir una infección de transmisión sexual, que supone un factor de riesgo para desarrollar enfermedad pélvica inflamatoria e infertilidad. No obstante no se ha demostrado que produzcan infertilidad posterior en nulíparas como se había argumentado, disponiéndose de nuevos modelos que podrían mejorar su tolerancia en mujeres jóvenes^{4,16}.

Antes de la inserción del DIU habrá que realizar un historial sexual completo y descartar la infección por clamidias. Además del DIU convencional de cobre, también está disponible el DIU con levonorgestrel, de recambio anual y de eficacia similar al DIU convencional, que ha mostrado un efecto protector sobre la enfermedad pélvica inflamatoria, ya que su acción sobre el moco cervical imposibilita la penetración de los gérmenes^{4,10,17}.

Métodos de barrera femeninos

El uso de esponjas cervicales, diafragmas y preservativos femeninos, así como el uso de espermicidas solos, no resultan apropiados ya que, además de su mayor coste y el elevado porcentaje de fallos a que se asocian, se precisa una alta motivación de la usuaria que garantice un uso correcto^{1,4,16,17}. A diferencia del preservativo masculino, los métodos de barrera se asocian a un elevado riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual (70%)^{1,10}.

Contracepción hormonal de emergencia

La "píldora postcoital o del día después" consiste en dos comprimidos de levonorgestrel y está indicada en la prevención de un embarazo no deseado, tras un coito no protegido o ante los fallos de otras técnicas anticonceptivas (rotura de un preservativo, olvido de tomar el contracep-

tivo oral)¹. Para que sea eficaz, hay que administrar dos dosis de 0,75 mg, el primer comprimido tan pronto como sea posible (no más tarde de 72 horas después del coito) y el segundo comprimido 12 horas después (16 horas como máximo)¹⁰. No es un método infalible, estimándose una tasa de embarazos del 0,2-3%. Su eficacia es mayor, cuanto menor es el intervalo de tiempo entre el coito y su administración; aunque si falla, no se ha descrito que afecte al feto, y no produce la interrupción del embarazo ya establecido^{4,16,21}.

Cuando una adolescente acude a los servicios de salud para solicitar que le sea administrada la contracepción postcoital es una buena oportunidad para realizar una correcta anamnesis, descartando posibles factores de riesgo u otros coitos no protegidos en el mismo ciclo, e informar tanto del mecanismo de acción, como de los posibles efectos secundarios, insistiendo en que este método les podrá proteger del embarazo, pero no de las enfermedades de transmisión sexual y abordar la anticoncepción futura y colaborar para establecer unas pautas de sexualidad saludables^{6,10}.

ASPECTOS LEGALES

En nuestro país, la situación legal del menor de edad varió considerablemente tras la aprobación de la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente que completa los principios generales de la Ley General de Sanidad de 1986, y toma en cuenta normativas previas existentes en el ámbito internacional y en algunas comunidades autónomas. Esta ley básica establece que la nueva mayoría de edad -con carácter médico- son los 16 años, siempre que el sujeto no sea incapaz o esté incapacitado, aunque “en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente”²²⁻²⁴.

Un aspecto de importancia para toda actuación en el ámbito de la salud es que el paciente, una vez recibida la información precisa, otorgue su consentimiento libre y voluntario o consentimiento informado. Sin embargo, se establecen varios supuestos en los que se requiere consentimiento por representación, indicando que éste se otorgará “cuando el paciente menor de edad no sea capaz, intelectual ni emocionalmente, de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos”²². Es importante destacar que la ley explicita que es necesario escuchar la opinión de los menores capaces y maduros (12-16 años), ya que según distintos estudios, se estima que la capacidad psicológica y moral se ha desarrollado suficiente como para solicitarle su consentimiento en decisiones que afecten a su salud. No obstante, aunque la Ley 41/2002 no especifica cuándo es suficiente el consentimiento exclusivo del menor o si siempre se requiere el consentimiento de padres o tutores²³, y tampoco existe regulación legal que establezca que el menor no pueda realizar por sí mismo tal acto de opción por un método contraceptivo. Por otra parte, diversas disposiciones anteriores parecen corroborar indirectamente la doctrina del “menor maduro”^{9,16,25,26}.

– Código Civil (art. 162) sobre ciertas limitaciones a la representación legal de los padres respecto a los menores no emancipados: “los casos en que exista conflicto de intereses entre padres e hijos o cuando los actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez pueda realizar por sí mismo”, de lo que se deduce que los derechos de personalidad (derecho de salud y derecho al ejercicio y uso de la sexualidad) no pueden ser objeto de patria potestad en los “menores maduros”.

– Ley Orgánica 1/1982 (art. 3.1), sobre protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, donde “el consentimiento de los menores e incapaces deberá prestarse por ellos mismos si sus condiciones de madurez lo permiten, de acuerdo con la legislación civil”.

– Ley Orgánica 1/1996 (art. 4.1), según la cual “los menores tienen derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. Este derecho comprende también la inviolabilidad del domicilio familiar y de la correspondencia, así como del secreto de las comunicaciones”.

– Ley del Menor, que establece cómo tratar los conflictos entre los deberes de la patria potestad de los padres y la autonomía de los hijos, reconociendo plenamente la titularidad de los derechos de los menores de edad y una capacidad progresiva para ejercerlos.

Un informe elaborado por el servicio de Asesoría Jurídica de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía sobre el marco legal de la prescripción de la píldora postcoital en menores de edad, concluye que “el derecho del menor en relación con este método contraceptivo emana de un derecho de la personalidad, cuyo ejercicio queda exceptuado de las facultades de sus representantes legales, salvo que no tenga las condiciones de madurez o de suficiente juicio para ello”; y añade que este derecho –si la madurez existe realmente– “no puede verse sustituido ni contradicho por la mera inferencia de que no puede tener capacidad para optar por medidas de anticoncepción, en el caso de tener menos de trece años, según el Código Penal”. Además “la apreciación de las condiciones de madurez del paciente forma parte del contenido normal del acto médico y de su forma de ejercicio”^{6,26}.

CONCLUSIONES

– Las cifras de nacimientos de madres adolescentes, las interrupciones voluntarias de embarazos y el uso de la anticoncepción postcoital han aumentado considerablemente durante los 10 últimos años, tanto en el ámbito estatal como en nuestra comunidad autónoma.

– El embarazo no deseado durante la adolescencia conlleva consecuencias adversas (sanitarias y socioculturales) tanto para la madre como para el recién nacido.

– Las intervenciones sobre sexualidad en este grupo de edad han de realizarse –de forma participativa y en lugares accesibles– respetando la privacidad y la confidencialidad.

– La anticoncepción durante la adolescencia debe ser efectiva, reversible, no interferir con el crecimiento y de fácil utilización.

– El preservativo masculino o condón es el único anticonceptivo que evita la transmisión de infecciones de transmisión sexual.

– Actualmente los preservativos y contraceptivos orales son los métodos anticonceptivos considerados como más recomendables durante la adolescencia.

– La ley de Autonomía del Paciente ha establecido la nueva mayoría de edad médica, a los 16 años; siendo también necesario escuchar la opinión de los menores capaces y maduros (12-16 años).

AGRADECIMIENTO

En la revisión de este artículo ha participado como consultor externo el Dr. D. Gabriel Galdó Muñoz, Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Prevención de embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes. 2003. Disponible en URL: <http://www.aepap.org> [consultado el: 11/11/2004].
- Declaración de Santiago de Compostela sobre la atención del adolescente. *An Esp Pediatr.* 1999;51:345.
- Consejería de Salud. Plan de Atención a los Problemas de Salud de los Jóvenes en Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía, 2001.
- Del Cura González I, et al. Prevención de embarazos no deseados. *Aten Primaria.* 2003;32 Supl 2:121-27.
- Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2002. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004.
- Consejería de Salud. Dossier de información técnica para profesionales sanitarios sobre anticoncepción de emergencia. Sevilla: Junta de Andalucía, 2001.
- Interrupción Voluntaria del Embarazo: Andalucía 2001-2002. Evolución de la Incidencia de I.V.E. Años 1991-2002. Sevilla: Junta de Andalucía, 2003.
- Galdó G. Embarazo en la adolescencia. *Actualidad Médica.* 2001;87(II-III):161-94.
- Gracia D, et al. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. *Med Clin (Barc).* 2001;117:179-90.
- Contraception in teenagers. *Drug Ther Bull.* 2002;40:92-5.
- Llopis Pérez A. Anticoncepción en la adolescencia. La consulta joven. En: Sociedad Española de Contracepción. Manual de Salud Reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Zaragoza: La Sociedad; 2001. p. 705-32.
- Graham A, et al. Improving teenagers' knowledge of emergency contraception: cluster randomised controlled trial of a teacher led intervention. *BMJ.* 2002;324:1179-83.
- DiCenso A, et al. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ.* 2002;324:1426-1/9. Disponible en URL: <http://bmj.bmjournals.com> [consultado el 17/01/2005].
- Noar SM. Reducing unintended pregnancies among adolescents [letter]. *BMJ.* 2002;325:777.
- DiCenso A, et al. Author's reply on reducing unintended pregnancies among adolescents [letter]. *BMJ.* 2002;325:777.
- Benítez Rubio MR, et al. Anticoncepción en la adolescencia. *Rev Pediatr Aten Prim.* 2003;5:89-114.
- Greydanus DE, et al. Contraception in the adolescent: an update. *Pediatrics.* 2001;107:562-73.
- Bimbela JL, et al. Mi chico no quiere usar condón. Granada: EASP, 2004.
- Foran TM. New contraceptive choices across reproductive life. *Med J Aust.* 2003;178:616-20.
- Levonorgestrel (DCI). Ficha Noved Ter. 2004;(1).
- Contracepción postcoital con levonorgestrel solo. *Bol Ter Andal.* 2001;17:15-6.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *BOE* 2002; noviembre 15 (274):40126-32.
- Martín Espildora N. La ley que abre la puerta para apreciar la capacidad intelectual del menor maduro. Disponible en URL: <http://www.informateya.com/docs/salud-sexual/> noticia 2 [consultado el: 17/11/2004].
- García Ortega C, et al. La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la Ley 41/2002. *Rev Esp Salud Pública.* 2004;78:469-79.
- Robledo Martín E, et al. Cobertura legal de anticoncepción en adolescentes. *Aten Primaria.* 1997;20:573.
- Asesoría Jurídica de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Informe acerca del marco jurídico en el que deba desenvolverse la prescripción facultativa de la denominada "píldora postcoital" como anticoncepción de urgencia a menores de edad. Sevilla: Junta de Andalucía, 2000.