

## **CONSIDERACIONES SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

*Ignacio González Labrador<sup>1</sup> y Emilia Miyar Pieiga<sup>2</sup>*

**RESUMEN:** Se realizó una revisión histórica sobre el desarrollo de cada uno de los métodos anticonceptivos que pueden ser usados como medios para evitar los embarazos no deseados y poder tener una adecuada planificación familiar. Se hace referencia a los efectos que los diferentes métodos anticonceptivos pueden tener en la sexualidad humana.

**DeCS:** PLANIFICACION FAMILIAR/métodos; AGENTES ANTICONCEPTIVOS FEMENINOS/historia; AGENTES ANTICONCEPTIVOS MASCULINOS/historia; SEXUALIDAD; DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS/historia; AGENTES ANTICONCEPTIVOS/historia.

La planificación familiar, como cualquier otro aspecto de la atención de la salud, depende de un equipo de personas aunque cada una realiza un trabajo diferente. Los médicos reconocen que el traer una criatura al mundo es una de las tareas más importantes y de más responsabilidad en el cuidado de la salud. En comparación con la responsabilidad de atender un parto, la mayoría de las técnicas que intervienen en la anticoncepción son relativamente simples.

Casi todas las personas en algún momento de sus vidas necesitarán consejo sobre planificación familiar, por ello la enseñanza cuidadosa de los métodos anticonceptivos tiene un papel muy importante en proporcionar tal consejo.<sup>1-4</sup>

Hay personas tímidas que no se atreven a hablar de una cuestión tan íntima, o

que realmente desconocen que la anticoncepción es posible o accesible, por tanto es importante poder hacer acciones donde se guíe y aconseje a quienes lo necesitan. En muchos lugares se han organizado servicios de planificación familiar asociados a la obstetricia, y ello se debe a que muchas mujeres están especialmente alertas a la necesidad de la anticoncepción para mejorar su vida reproductiva; sin embargo, para esto es importante explicar bien sobre esta temática, pues la dificultad principal es que muchas técnicas anticonceptivas no son en realidad complicadas, sino que no se sabe cómo usarlas; por consiguiente, la enseñanza cuidadosa del método es más importante que el conocimiento detallado de la fisiología y anatomía.<sup>2,4</sup>

---

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Profesor Asistente de Ginecología. Máster en Pedagogía de la Sexualidad Humana. Policlínico Docente de Playa.

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Pediatría. Profesora Instructora de Pediatría. Máster en Pedagogía de la Sexualidad Humana. Policlínico Docente "26 de Julio".

La ilusión natural de casi todo el mundo es tener hijos, ¿cuántos?, es una cuestión que se verá influida por múltiples factores como educación, cultura, religión, estilo de vida, aspiraciones vitales y las oportunidades.<sup>4,5</sup> El costo y riesgo de la crianza de los hijos es un factor que induce a las parejas a tener familias menos numerosas, sin embargo, algunos sí las desean. Es importante dar a las parejas el tipo de consejo e información que les permita tomar por sí mismas decisiones prudentes; quien aconseja debe vencer sus propios prejuicios para dar una información imparcial y evitar moralizar, ello es difícil cuando hay diferencias de cultura o religión.<sup>5</sup>

Cuando se trata de brindar servicios de planificación familiar es importante pensar en causas que pueden entorpecer nuestros propósitos como políticas culturales o religiosas, posiciones gubernamentales, leyes existentes, uso de métodos de poca eficacia, roles de mujer-hombre, bajo nivel educacional, insuficiente e inadecuada educación sexual y miedo al daño.

La política de planificación familiar no significa restringir los nacimientos, sino una actuación consciente con un alto sentido de responsabilidad que significa tener hijos deseados y que nazcan en condiciones apropiadas, significa tener servicios apropiados para brindar información, orientación y asistencia a parejas infértiles.<sup>5</sup> Ahora bien, es importante tener en cuenta la participación de la pareja y tendremos que hacernos varias preguntas, ¿quién escoge el anticonceptivo?, ¿cómo se escoge?, ¿quién lo va a usar?, ¿cómo se va a usar?, ¿cuándo se va a usar?, ¿a quién puede afectar? o ¿cuáles son sus efectos?

Es cierto que con el auge de los anticonceptivos se ha podido separar el sexo de la reproducción, pero es igual la participación masculina en la anticoncepción. Indudablemente hay muchos más

métodos femeninos que masculinos, pero también estos últimos rechazan mucho más el uso de un método anticonceptivo pues no lo consideran su responsabilidad, por ello algunos autores<sup>6</sup> plantean que "los hombres son la mitad olvidada de la planificación familiar", y que muchos estarían de acuerdo con participar más si se les pidiera hacerlo. Claro está que el incremento del uso de los métodos anticonceptivos por parte de la pareja está trayendo cambios y modificaciones en la conducta sexual humana.

Es objetivo de nuestro trabajo hacer un breve recuento histórico de los diferentes métodos contraceptivos existentes y hacer alusión a los que posiblemente en un futuro tendremos, además de comprender cómo pueden los diferentes métodos influir o afectar la sexualidad humana. Empezaremos pues refiriéndonos a los anticonceptivos femeninos.

## CONTRACEPTIVOS FEMENINOS

### 1. *Dispositivos intrauterinos (DIU).*

Estos empezaron a utilizarse de forma generalizada hace 20 años, pero no es más que la práctica moderna de un proceder antiguo. Consistía en la colocación de piedras u objetos en el útero de camellas para impedir el embarazo durante la travesía por el desierto.<sup>6,7</sup> Una síntesis de su desarrollo histórico es la siguiente:

- 1902: Se publicó el primer anillo fabricado con hilos de seda (anillo de ota).
- 1920: *Grafember* lo diseña con hilos de seda y alambre de plata.
- 1960: Comienza el uso de DIU inertes o de primera generación de forma generalizada, por ejemplo, anillos de zipper y asas de lipper.
- 1972: En Sidney, Australia, se mencionan los de segunda generación, específicamente los de cobre.

- 1973: Mención del uso de agentes farmacológicos locales en el endometrio (nueva forma de regulación de la fecundidad).
- 1973-1974: Surge el escudo de dalton, pero con frecuencia se vio asociado a infecciones pélvicas peligrosas y fatales (sobre todo cuando sobreviene un embarazo).
- 1975: Se suspende del mercado y prohíbe su uso (Escudo de Dalton).
- 1976: Progestasert, que contiene en su interior progesterona de 65 mg, liberada diariamente *in situ* (intraútero). Tiene como desventaja su cambio anual.
- 1978: Se comprueba que los dispositivos con cobre dan protección no solo por 2 años, sino que podrían durar hasta 5.
- 1992: Dispositivos que liberan levonogestrel y combinan lo mejor del DIU con anticonceptivos hormonales, lo que aumenta su eficacia, acción prolongada y reversible, además disminuye la pérdida del sangrado mensual y alivia la dismenorrea.

Entre sus mecanismos de acción tenemos que aumenta la velocidad de traslado del óvulo por las trompas, reduce el número de espermios que llegan al oviducto y los incapacita, disminuye el número de espermatozoides que penetran el *mucus* cervical, y los que lo hacen son fagocitados por los leucocitos, los espermatozoides son incapacitados con separación de cabezuela en presencia del cobre, provocan efectos citotóxicos por el fluido uterino alterado por el DIU, producen una alteración del endometrio por secreción hormonal (progestasert) y además, previenen la fertilización, no la implantación, por tanto ya no pueden ser considerados como abortificantes.<sup>5-7</sup>

## 2. Anticoncepción sistémica (oral).<sup>8</sup>

De este método, veamos brevemente su desarrollo histórico:

- 1921: Alrededor de este año se descubre la estructura molecular de las hormonas sexuales, en el 29 se identifican los estrógenos y en el 34 se identifica la progesterona.
- 1952: *Frank B. Colton* y *Djerossi* independientemente sintetizan compuestos con actividad parecida a la progesterona, llamados progestágenos o progestinas. Cuatro años más tarde se investiga la actividad de estos compuestos en animales. *Rock, García y Pincus*, demuestran que el noretinodrel suprime la ovulación y se organizaron pruebas clínicas en Puerto Rico (anticonceptivo oral combinado de 10 mg de noretinodrel como progestágeno y 0,15 mg de mestranol como estrógeno), y en 1959 esta fue la primera fórmula anticonceptiva que se puso en el mercado, actualmente se estima que 80 millones de mujeres usan este método.
- 1966: *Rudel* demostró que pequeñas dosis orales de progestágenos tienen efectos anticonceptivos, y al año siguiente surgen las llamadas "píldoras de la mañana siguiente", o "anticonceptivo poscoital", que el único período en que son efectivos es entre la fertilización y la implantación, trae como resultado evitar la implantación. Se habla del riesgo del tromboembolismo y la píldora de la mañana siguiente, asociado fundamentalmente con la dosis de estrógenos.
- 1970: Se evidencia que contraceptivos orales (combinados y secuenciales)

debido a su contenido de estrógenos, producen cambios severos en cantidad y calidad de leche materna.

- 1974: Como beneficio de la píldora se plantea su efecto protector sobre la incidencia de patología benigna de mama y protección contra la formación de quistes de ovario, protege también contra la anemia por déficit de hierro y disminución de la sintomatología premenstrual.
- 1978: Se comprobó la interacción de medicamentos con los contraceptivos orales, lo que disminuye o suspende su eficacia, por ejemplo algunos antibióticos como la tetraciclina, la ampicilina y la rifampicina. Puede ocurrir también con los hipnóticos como el hidrato de cloral, clordiazepóxido y meprobamato. Esta interacción antidepresivos tricíclicos, hipotensores, medicamentos para controlar la diabetes y la carbamazepina.
- 1990: Es evidente el efecto protector de contraceptivos orales contra el cáncer de endometrio y el ovario, prueba de que no hay aumento del riesgo de cáncer de mama, pero no se puede excluir la posibilidad de que cierto grupo puede tener riesgos más altos. Se decide eliminar la edad máxima para el uso de mujeres sanas y no fumadoras (sobre todo con los anticonceptivos de progestágenos solos).

Existen varios tipos de contraceptivos orales, entre los que podemos citar los estrógenos aislados, los progestágenos solos (minipíldoras) y los estrógenos y progestágenos combinados que pueden administrarse en dosis fijas, secuenciales (bifásicos o trifásicos) y los llamados depósitos (inyectables). Entre los com-

puestos que los integran tenemos los estrógenos sintéticos, el etinilestradiol y el mestranol.

Dentro de los progestágenos podemos referirnos a los derivados de la progesterona (el acetato de medroxiprogesterona, el acetato de megestrol, el acetato de clormadinona y el superlitin). Existen también los derivados de la testosterona dentro de los cuales están los derivados de la 19-norestisterona, el noretinodrel, el norgestrel, la norestisterona y el linestrenol.

La anticoncepción oral consta de varios lugares y mecanismos de acción. En la hipófisis e hipotálamo provoca la inhibición de secreción de gonadotropinas, en el ovario la inhibición de secreción de hormonas ováricas (no ovulación), en las trompas se produce una disminución de secreción y motilidad, en el endometrio trae consigo una disminución del glucógeno endometrial (atrofia endometrial), el *mucus* cervical se hace más espeso y menos permeable, y dentro de la vagina provoca un aumento de leucocitos y una disminución de secreción.

Naturalmente existen contraindicaciones en la anticoncepción oral y pueden ser absolutas en los casos de HTA maligna, accidentes vasculares, cardiopatías, várices, hepatopatías, cáncer ginecológico, diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica. Hay también contraindicaciones relativas como es en las mujeres con padecimientos de epilepsia, mioma, síndrome depresivo (por disminución del triptófano cerebral), HTA leve, ser fumadora y cefalea migrañosa.

Como efectos indeseables de estos métodos pueden aparecer las náuseas, los vómitos, el sangramiento intermenstrual, un moderado aumento del gasto cardíaco, el infarto agudo del miocardio en pacientes fumadoras, un aumento de la TA, el tromboembolismo venoso, el efecto diabetógeno, así como también en algunos casos la posible acción depresiva.

### 3. Anticoncepción sistémica parenteral. Progestágenos solos.<sup>8</sup>

De esta existe 2 tipos, que son el depo-provera (DAMP) que es el depósito de medroxiprogesterona de 150 mg con un tiempo de duración de su acción de 3 meses (12 semanas). El otro tipo es el noristerat, que no es otra cosa que el enantato de norestisterona de 200 mg con 2 meses (8 semanas) como tiempo de acción.

En ellos el mecanismo de acción está caracterizado por cambios en el *mucus* cervical (más espeso), lo cual se convierte en una acción muy importante, cambios endometriales desfavorables para la implantación, cambios en la función ovárica (40 % de ovulaciones), y una disminución del peristaltismo tubario (por ello puede haber mayor incidencia de embarazo ectópico). Se indica en aquellas mujeres con efectos colaterales por el contenido de estrógeno, mayores de 40 años, o también a las diabéticas, obesas e hipertensas. Su efecto colateral principal es el sangrado intermenstrual irregular al inicio, y amenorrea posteriormente. Las ovulaciones posteriores, después de suspendido el medicamento, pueden ser algo retardadas.<sup>8</sup>

### 4. Implantes subdérmicos (norplant).

Son 6 pequeños tubos de silicona de 2,4 mm de diámetro y 3,4 cm de longitud, y cada uno contiene 36 mg de la hormona (levonogestrel); se implantan subdérmicamente en la cara interna del brazo con un efecto anticonceptivo de 5 años.

### 5. Anticoncepción poscoital.<sup>9</sup>

En 1967 se empieza a hablar de estas píldoras que pueden ser anticigóticas o evitan la implantación. Se les conoce como "píldoras de la mañana siguiente" o

"anticoncepción poscoital", pues cualquier sustancia estrógenica en dosis suficiente impide la implantación del óvulo. En 1969 en un estudio con 72 pacientes (violación, condón roto o coito sin protección) se utilizaron estrógenos durante las 48 h siguientes al coito con las dosis siguientes: etilbestrol de 5 mg 5 veces al día por 5 días, o etilbestrol de 1 mg 2 veces al día por 5 días. Ninguna quedó embarazada.

En 1973 se alcanzan resultados satisfactorios con estrógenos como anticonceptivo poscoital, pero también una alta tasa de incidencia de efectos colaterales, por lo que tan solo debe usarse como medida de emergencia. Al usarse los progestágenos hay menos efectos colaterales, y por lo tanto los efectos son más aceptados.

En 1976 se logra la inserción de DIU en las 72 h posteriores al coito no protegido o la violación, y se evita la implantación del ovocito. Actualmente se utilizan dentro de las 72 h después del coito 2 tabletas de 50 mg de etinilestradiol o 2 de 0,25 mg de levonogestrel, y después 2 más a las 10 h siguientes.

### 5. Mifepristona o RU-486 (nombre químico conocido internacionalmente).

Es un esteroide derivado de la norestisterona que actúa como inhibidor competitivo de la progesterona; es también un posible anticonceptivo poscoital, y su acción depende del momento de la administración. Puede interrumpir la ovulación cuando se da a la mitad del ciclo, induce la menstruación cuando se administra en fase luteínica tardía (días 24 a 26 del ciclo menstrual), inhibe la actividad glandular secretora del endometrio e induce el sangrado (menstruación), y también si se utiliza inmediatamente después del coito, puede prevenir la implantación. Las dosis pueden ser una dosis

intramuscular (600 mg el día 27 del ciclo) o una dosis intramuscular (200 mg los días 23-27 del ciclo).

No obstante, su uso más conocido es como abortificante, inducción temprana del aborto (hasta 49 días de embarazo, desde la fertilización, lo que es igual a 63 días de amenorrea). En Cuba se ha usado como abortificante en el Hospital "América Arias", usándola por vía intramuscular asociada a óvulos de prostaglandinas, en la inducción del aborto del primer trimestre.

Su desarrollo histórico ha sido desde el año 1986 con la primera mención de la mifepristona o RU-486. Tres años después se aprueba su uso en Francia, en 1991 en el Reino Unido, y al año siguiente es aceptado su uso en Suecia.

#### 6. Anticonceptivos vaginales.<sup>10</sup>

En 1973 se inician los primeros ensayos de anillos vaginales que liberan dosis de esteroides para inhibir la ovulación, y ya en 1984 se propone el anillo vaginal silástico de 3 capas que contiene levonogestrel y estradiol para uso por 3 semanas. Surgen también esponjas vaginales anticonceptivas, pero su uso es de una sola vez, son desechables. La esponja anticonceptiva, contiene espermicida nonoxinol-9, están hechas de poliuretano de forma esférica de 5 cm de diámetro, con una depresión en un lado que sirve para cubrir el cuello. Puede insertarse 24 h antes del coito, y previamente hay que humedecerlas con agua para activar el espermicida. Debe cubrir el cérvix y hay que retirarlas no más de 6 h después del coito. Tiene como desventaja que puede causar reacción alérgica, es a veces difícil de retirar y tiene una alta tasa de fracasos.

En 1985 se propugna anillo vaginal que libera dosis fijas de progestágenos, y en 1991 existen los anillos vaginales de

progesterona (Consejo Mundial de Población), los cuales constituyen un método eficaz durante la lactancia, sin efectos nocivos para la leche materna, ni el desarrollo del bebé.

#### 7. Espermicidas.<sup>10</sup>

Estos anticonceptivos vienen en espumas, aerosoles, cremas, toallas sanitarias, jaleas vaginales o supositorios vaginales. Se usan poco tiempo antes del coito, inmovilizan los espermatozoides y también impiden en algo su llegada al útero. Entre sus ventajas encontramos que son fáciles de usar, no tienen efectos colaterales y no necesitan receta médica. Sus desventajas están dadas por su alta tasa de fracaso, es esencial para su efectividad un corto tiempo de espera entre la inserción y el acto sexual, su efecto dura poco tiempo, y hay quienes lo rechazan por considerarlos poco aseados pues fluyen a través de la vagina.

#### 8. Diafragmas.<sup>4,5,11</sup>

De estos existen 3 tipos: resorte de alambre enroscado, resorte de alambre plano y resorte angulado.

#### 9. Capuchones cervicales.<sup>11</sup>

Hay 3 tipos: vimule, cervical y dumas o bóvedas. Los capuchones cervicales de goma con borde flexible se usan con espermicidas, se introducen en la vagina y cubren el cuello uterino, evitando así el paso de espermatozoides al útero. Entre sus ventajas podemos citar que no tienen efectos colaterales, pueden colocarse un tiempo antes del coito, y dan cierta protección contra algunas enfermedades de transmisión sexual. Como desventajas se citan que las mujeres están solas durante la in-

serción, se limita su uso por problemas culturales (manipulación de los genitales), y requieren control después del parto, abortos o pérdida de peso de 2,2 kg o más.

#### 10. *Condón femenino.*<sup>11</sup>

Aparece el condón femenino por primera vez en el Reino Unido. Es una holgada bolsa de poliuretano blando de 15 cm de largo y 7 cm de diámetro, y sujeto alrededor de su extremo libre se encuentra un anillo exterior de poliuretano flexible que cubre la vulva, y otro interior que se desplaza dentro de la vagina y se ajusta al cuello uterino como un diafragma, destinado a facilitar la inserción del dispositivo. Previene el embarazo, SIDA, ETS, clamidias y el virus del papiloma humano.

1992: Los encargados de la administración de drogas y alimentos de Estados Unidos recomiendan la aprobación de la bolsa vaginal real que se usa en Europa y recibe el nombre de femidón.

Entre sus desventajas podemos citar su alto costo, 2 dólares (7 000 pesos mexicanos), que es el doble del valor del condón masculino. Es desechable, pero dado el alto costo, algunas mujeres lo reutilizan y esto es peligroso. No es discreto y es difícil su uso sin el consentimiento masculino.

#### 11. *Esterilización femenina o ligadura de trompas de falopio.*<sup>5</sup>

Es un método permanente, casi irreversible del control de la natalidad. Imposibilita el paso de óvulos a través de trompas seccionadas, actualmente tiene varias técnicas quirúrgicas, y la más usada en nuestro país es la salpingectomía parcial bilateral por el método de *Pomeroy*.

#### 12. *Lactancia materna.*<sup>12</sup>

La lactancia materna además de aumentar la supervivencia infantil, ejerce efectos anticonceptivos y ayuda a espaciar los embarazos. En países en desarrollo la lactancia materna da protección anticonceptiva mayor que cualquier otro método. Se estimó que en la década del 80, la lactancia materna en Asia y África previno 4 nacimientos durante la vida reproductiva de una mujer, lo que representa una disminución de 1/3 de la fecundidad potencial.

El efecto anticonceptivo es mayor durante la amenorrea producida por la lactancia materna, y es el resultado de la liberación de prolactina y endorfina (estimulada por la succión del pezón) que interfieren con las hormonas necesarias para la ovulación. Esta interrupción de la ovulación dura varios meses después del parto. En agosto de 1980 en la reunión de expertos en Italia se discutió el efecto anticonceptivo de la lactancia materna.

Cuando una madre se encuentra ofertando lactancia materna exclusiva, o casi exclusiva, y permanece en amenorrea, la lactancia proporciona protección contra un embarazo en más del 98 % de los casos en los primeros 6 meses del posparto, pero el riesgo de embarazarse aumenta si han transcurrido más de 6 meses posparto, si reaparece la menstruación y si la lactancia materna se suplementa con otros alimentos.

El Instituto de Estudios Internacionales de Planificación de la Familia (ISNPF) plantea que el establecimiento del algoritmo requiere que se practique lactancia materna exclusiva durante los primeros 4 a 6 meses, que se administre a libre demanda día y noche, que si se dan otros alimentos suplementarios, debe suministrarse lactancia materna antes del suplemento, que se siga

lactando aunque madre e hijo estén enfermos y que se evite el uso del biberón, chupete u otro tipo de pezón artificial. Si no se cumplen todos estos criterios ya la mujer no estaría protegida, y se recomienda entonces el uso de otros métodos anticonceptivos.

## ANTICONCEPTIVOS MASCULINOS

Los hombres fueron elementos clave en la transición demográfica hacia familias más pequeñas en muchos países desarrollados, usando condones y el método del coito interrumpido antes del uso ampliamente difundido en los años 60 del resto de los anticonceptivos; sin embargo, en la última generación la orientación femenina va a la vanguardia de la planificación familiar. Esto es dado por la real amenaza a la salud de la mujer que plantean embarazos sucesivos,<sup>6</sup> pero los hombres han sido excluidos de muchos programas de planificación familiar bien sea deliberadamente, o por omisión. No obstante, hay 2 factores a raíz del 80 que han desencadenado una mayor participación masculina en la planificación familiar.

El surgimiento del SIDA y su propagación por vía del contacto homo y heterosexual ha determinado que los recursos y atención se dirijan al condón y a la importancia que para la salud sexual tiene el uso del condón y la modificación de la conducta sexual.

Por otra parte, los derechos de la mujer (Naciones Unidas "La década internacional de la Mujer") que culminó en 1985 con la conferencia de Nairobi, Kenya "Maternidad Segura", propugnan por los derechos reproductivos y de salud sexual de las féminas pero con mayor participación masculina.

Históricamente y con cierta justificación se ha supuesto que los hombres son

en general un obstáculo para la planificación familiar. En muchas sociedades los hombres toman un papel dominante en la toma de decisiones sobre fecundidad y la planificación familiar. Los hombres no están dispuestos a instruirse sobre métodos anticonceptivos modernos, temen a los nuevos métodos y dispositivos que tienen la reputación de no ser inocuos para los usuarios, temen probablemente con toda razón que pueda "cambiar" el equilibrio del control social entre hombres y mujeres.<sup>6,7</sup>

Ahora bien, existe una brecha grandísima entre las actitudes positivas y la práctica de la anticoncepción masculina. Es hora ya de que nos ocupemos del papel masculino que le llaman "la mitad olvidada de planificación familiar". Analicemos pues los métodos anticonceptivos que tenemos actualmente y revisaremos algunas de las posibilidades que quizás tengamos en el futuro.

### 1. *Condomes masculinos.*<sup>6,7</sup>

En 1990, 45 millones de parejas lo utilizaban en el mundo. El porcentaje más elevado se encuentra en Japón, Hong Kong y Taiwan, y en América Latina el 10 % de parejas lo usan. El condón es seguro, fácil de usar, no necesita supervisión médica, previene ETS, quizás disminuya sensibilidad en el coito, pero esto puede ser aprovechado por pacientes con eyaculación precoz, o para prolongar el placer durante el acto sexual. Es cierto que interfiere con la estimulación pre-coito, pero esto se puede mejorar si se erotiza su uso. Fundamentalmente falla por su uso inadecuado e inconstante, ellos no son populares por una serie de razones, como pudieran ser las dudas de su confiabilidad, causa disgusto la idea de interrumpir la relación sexual para ponérselos, reducen el placer sexual, hay quienes simplemente lo

consideran vergonzoso, es asociado en muchos países y culturas con el sexo ilícito y la asociación de los condones y las ETS, y el sexo ilícito se ve aumentada con la amenaza del VIH-SIDA.

#### 2. *Retiro o coito interrumpido.*<sup>5-7</sup>

Es el método más antiguo de anti-concepción masculina, en Europa se ha usado durante siglos y contribuyó a reducir la tasa de fecundidad. En América Latina cerca del 18 % de las parejas lo usan o lo han usado alguna vez, aunque tiene alta tasa de fracaso. Es un método inocuo, no requiere supervisión médica y también es cierto que tiene muchos detractores.

#### 3. *Abstinencia periódica.*<sup>5,6</sup>

Es una forma también antigua y frecuente de contracepción, y aunque es considerado por algunos expertos como método femenino, lo incluimos aquí porque requiere de la cooperación masculina para su realización. Muchos estudios<sup>6</sup> reportan que este método es usado ampliamente en el mundo (31 millones de parejas), y tiene una alta tasa de fracasos (embarazos no deseados) que alcanza el 20 %. Algunos expertos lo llaman como "conciencia de fecundidad" o "planificación familiar natural". Este método evita el coito durante la parte intermedia (perioovulatoria) del ciclo menstrual, en él se asocian la temperatura basal femenina, sintomatología y la filancia del *mucus* cervical (que aumenta y cristaliza como hojas de helecho durante los días ovulatorios). También llamado de *Ogino* y *Knaus* se propone saber la duración de los 12 ciclos menstruales anteriores, y de ahí resta 10 días del ciclo más corto y 11 del ciclo más largo.

#### 4. *Vasectomía o esterilización masculina.*<sup>5,6</sup>

Tiene un 99 % de eficacia, en 1992 cerca de 42 millones de hombres en edad reproductiva se habían realizado la vasectomía. Actualmente en China se ha implantado un método de "vasectomía sin bisturí", que es más rápido, menos molesto, tiene menos complicaciones y produce menos temor. Es un método permanente e irreversible (son necesarios altos costos y técnicas microquirúrgicas para restaurar la fertilidad y no siempre es posible).

Hay países, como por ejemplo en E.U., donde los hombres con poder económico, y cuando tienen la descendencia deseada, se lo realizan para evitarse problemas legales de demandas judiciales sobre requerimientos de paternidad.<sup>6,10</sup>

### MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MASCULINOS EN EL FUTURO

Veamos ahora las posibilidades futuras que según investigadores actuales tienen los hombres como medidas anticonceptivas.<sup>1,2,6,7</sup>

Aun cuando desde hace años se han sometido a estudios ideas prometedoras sobre medicamentos anticonceptivos para los hombres, que serían fáciles de revertir e inocuos, estos aún no se han materializado.

#### *Píldoras masculinas.*

Una serie de obstáculos técnicos hace que falte mucho para lograr un medicamento anticonceptivo para uso general a mediados del siglo XXI. Es innegable que hay muchas barreras fisiológicas para encontrar un buen anticonceptivo masculino. Ej.: Destrucción del medicamento por el tubo digestivo.

### *Anticonceptivos hormonales (implantes subdérmicos).*

Serían 2 cápsulas subdérmicas, una liberaría dosis baja de un medicamento hormonal (LHRH-13, que suprimiría la producción de espermatozoides), y el otro garantizaría el impulso sexual masculino por medio de liberación de una sustancia andrógena (17 alfa metil 19 norestisterona). Este todavía está en estudio.

### *Inyectables.*

Se ha probado con enantato de testosterona y se produce supresión total de espermatozoides en hombres asiáticos, a diferencia de solo un 60 % en hombres de otras etnias. Se proponen inyecciones semanales, pero todavía está en estudio.

Como desventaja de estos medicamentos hormonales para el uso masculino se tiene que estas hormonas disminuyen la producción de testosterona a medida que interrumpen la producción de espermatozoides, y es necesario combinarlos con andrógenos sintéticos para mantener el impulso sexual; no se puede tampoco utilizar la vía oral porque se inactivan, y debe entonces ser por vía parenteral o subdérmicas lo cual es muy costoso.

### *Vacuna antifecundidad.<sup>6</sup>*

Esto se encuentra en etapas iniciales del estudio, dicha vacuna no interfiere la producción de óvulos, ni espermatozoides, simplemente impediría que el espermatozoide lograra adherirse a la superficie del óvulo. Esta vacuna produciría anticuerpos que recubrirían la superficie del espermatozoide que sirve para enlazar con el óvulo, así se impediría un paso indispensable en la fecundación. Es posible que esta vacuna en forma de píldora aparezca como anticonceptivo femenino, ya que es más fácil

bloquear el número relativamente bajo de espermatozoides que entran en el cuerpo femenino, que las docenas de millones de espermatozoides que produce el hombre día a día. Según predicciones su aparición para uso general no estaría disponible hasta el 2025. Como desventaja se señala que se necesitan muchos años para obtener al menos esta posibilidad, inicialmente sería femenina porque la versión masculina es sumamente difícil de alcanzar.

### *Interferencia química*

Sustancia utilizable en pocos años, es el gopisol que se encuentra en el aceite de semilla de algodón (doctor Shelton J. Segal. Fundación Rockefeller, New York). Este medicamento se usó y se le imputó como causa de infertilidad e impotencia en hombres chinos y amenorrea en mujeres. El gopisol es un método que no suprime la producción hormonal a nivel testicular, y sí la producción de espermatozoides.

Como desventaja del producto se señala su toxicidad, pues causa agotamiento del potasio en algunos hombres, y esto puede acarrear arritmias cardíacas, por ello, se están buscando dosis no tóxicas y más efectivas. La restauración de la fecundidad solo ha sido alcanzada en el 80 % de los que lo estuvieron utilizando (atractiva alternativa cuando se compara con lo irreversible de la vasectomía). Hay que señalar que ha tenido un avance lento pues el gopisol, es un producto químico natural, que no ha podido ser sintetizado químicamente hasta el momento.

## EFFECTOS DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA SEXUALIDAD HUMANA<sup>1-3</sup>

Sobre la esterilización femenina, podemos decir que no tiene efectos adversos sobre la sexualidad, pero en un porcentaje

pequeño de casos hay disminución de la libido y alguna dificultad en la capacidad de excitación por motivos psicógenos, y esto sucede si la decisión de la esterilización no fue voluntaria y sí impuesta por motivos de salud, económicos u otros.

En el caso de los DIU, sí pueden interferir con la sexualidad al provocar dispareunia, inflamación pélvica, la guía del DIU puede lacerar el pene masculino. También pueden provocar dolor en bajo vientre y menstruaciones prolongadas por lo que pueden traer consigo efectos contraproducentes en la relación sexual.

Acerca de los llamados contraceptivos orales e inyectables (hormonales), pueden tener efectos sobre la sexualidad en determinadas mujeres, y en dependencia de la composición de estrógenos o no, es decir, si son de progestágenos solos o no. Todo ello puede ser atribuido a factores fisiológicos y en otros casos a factores psicológicos.

Sí se producen trastornos menstruales, sensibilidad en las mamas, cloasma, vaginitis crónicas o cefaleas. Estos cambios pueden producir disminución de la libido, pero quizás en algunas mujeres, el aumento de peso mejoraría cambios en la figura, así como también mejoraría el acné en las que lo padecen y todo ello juega un papel positivo en la elevación de su propia imagen pues mejora la autoestima y por supuesto el funcionamiento sexual.

Sobre el diafragma es válido señalar que su empleo puede ser inoportuno y producir disminución de la excitación, puede parecer antiestético para la pareja el momento de su colocación y disminuye el interés sexual, puede también producir coitalgia si es demasiado grande.

El condón por su parte no es recomendable para quienes tengan problemas con la potencia eréctil, pues requiere constante atención a la presencia o ausencia de erección, lo que pudiera aumentar la "ansiedad" o "angustia anticipatoria". En ocasiones mejora la eyaculación precoz, y hay que retirar el pene antes de que pierda la erección para evitar que el semen se salga y entre en la vagina, lo que puede interferir con la intimidad del momento.

Cuando se usan espermicidas, muchas veces el hombre tiene que renunciar al *cunnilingus* (contacto oral-vulvar) porque casi todos tienen mal sabor, y producen aumento de la lubricación vaginal lo cual puede provocar alteraciones en la sensibilidad coital.

El coito interrumpido implica gran alteración de la libido por la retirada del pene cuando se está próximo al orgasmo, y el método del ritmo implica períodos de abstinencia que provocan presiones inusuales para la actividad sexual, pues se debe realizar en días indicados se tengan o no deseos.

**SUMMARY:** A historical review on the development of each of the contraceptive methods that can be used to avoid unwanted pregnancies and to attain an adequate family planning was made. The effects that the different contraceptive methods may have on human sexuality were also approached.

Subject headings: **FAMILY PLANNING/methods; CONTRACEPTIVE AGENTS, FEMALE/history; CONTRACEPTIVE AGENTS, MALE/history; SEXUALITY; INTRAUTERINE DEVICES/history; CONTRACEPTIVE AGENTS/history.**

## **Referencias bibliográficas**

1. William H, Virginia E, Robert C. La sexualidad humana. Ciudad de La Habana: 1987:174-215 (Edición Revolucionaria).
2. ——. Tratado de medicina sexual. Ciudad de La Habana: 1985:C-15 p 283-4. (Edición Revolucionaria).
3. Siegfried S. El hombre y la mujer en la intimidad. 2da ed. Ciudad de La Habana, 1989:229-43. Editorial Científico-Técnica.
4. Ronald K. Manual de planificación familiar para parteras y enfermeras. 3ra. edición. Publicaciones médicas de IPPF. Londres, 1989:10.
5. Ronald K. Manual de planificación familiar para médicos. 6ta edición. Publicaciones médicas de IPPF. Londres, 1989:10,33-222.
6. Kim B. Family Health International. Network esp. Los hombres y la planificación familiar. Octubre 1992;7(3):4-7.
7. Ronald K. Bol Med IPPF. Las asociaciones de planificación familiar. 1992;26(1).
8. Ronal K. Bol Med IPPF. Número dedicado a anticoncepción inyectable. 1992;26(6).
9. Robin F. Bol Med IPPF. Anticoncepción Pos-coito. 1991;25(3).
10. Carmel M. Bol Med. Número especial por el 40 aniversario de IPPF. 1995;26(5).
11. Feldbum P. Family Health International. Netivork esp. Métodos modernos de barrera. 2000;20(2):18.
12. Sara T. Family Health International. Network esp. La lactancia el nuevo método anticonceptivo. 1993;(8)1:6-11.

Recibido: 21 de junio de 1999. Aprobado: 1 de noviembre de 1999.

*Dr. Ignacio González Labrador.* 66 A # 2905 entre 29 y 29-A, municipio Playa, Ciudad de La Habana, Cuba.