



Doble protección: más necesitada que practicada o comprendida

Marge Berer

Editora de Reproductive Health Matters, y Co-Presidenta del Consorcio Internacional para el Aborto Médico, Londres, Reino Unido E-mail: RHMjournal@compuserve.com

Resumen: *Aunque el uso de anticonceptivos que no son de barrera se ha vuelto la norma mundial, el sexo sin protección en relación con las infecciones de transmisión sexual (ITS) continúa siendo la norma en casi todas partes. La doble protección – protección del embarazo no deseado, el VIH y otras ITS – es una forma de que las parejas heterosexuales tengan sexo más seguro, que es más necesitada que practicada o entendida. Este artículo se basa en una revisión de artículos sobre la planificación familiar, obstetricia y ginecología, en revistas relacionadas con el sida desde 1998 hasta principios de 2005. Las definiciones de la doble protección, encontradas principalmente en el material sobre la planificación familiar, son muy estrechas. El condón continúa siendo el pilar, pero el objetivo de este artículo es proporcionar una lista más amplia de los métodos de doble protección para mostrar que existe una variedad de opciones. Entre éstas figuran el sexo no penetrador y el uso en alza del condón con el respaldo de la anticoncepción de emergencia por parte de los jóvenes. El hecho de que las personas quizás no usen la doble protección de manera sistemática y correcta no es una razón válida para no promoverla. Nunca es muy tarde para que aquellos que proporcionan servicios de planificación familiar y de prevención de ITS/VIH empiecen a promover el condón y la doble protección. A la larga, el desarrollo de métodos de doble protección de alta eficacia y aceptación es una urgente prioridad de investigación, comenzando por una mayor variedad de condones que atraerá a más personas. © 2011 edición en español, 2006 edición en inglés, Reproductive Health Matters.*

Palabras clave: *doble protección, embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual, VIH, condones, anticoncepción de emergencia.*

EN los últimos 100 años, el uso de anticonceptivos ha llegado a constituirse en una norma global, como resultado del desarrollo de una exitosa campaña de promoción de la planificación familiar a nivel mundial. Sin embargo, el sexo sin protección frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) sigue siendo una constante en casi todas partes. Esta es la principal razón por la que hay epidemias mundiales del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otras ITS que no han logrado ser derrotadas con todo el dinero en el mundo.

La doble protección supone protección contra un embarazo no deseado, el VIH y otras infecciones de

transmisión sexual. Es una forma de sexo más seguro para las parejas heterosexuales¹ y requiere del acuerdo e involucramiento de ambos miembros de la pareja. El advenimiento de la píldora anticonceptiva y otros métodos que no son de barrera utilizados por las mujeres en la década de 1960 generaron la idea de que ya no era necesaria una protección que interfiriera con el placer sexual; de hecho, éste fue un importante argumento de venta de estos métodos. Como resultado, durante más de cuatro décadas, los hombres que tienen relaciones sexuales con mujeres en la mayor parte del mundo dejaron la protección contra un embarazo no deseado casi enteramente en manos de las mujeres.

Aunque la epidemia del VIH/sida mostró lo efímero de esta ilusión, el mensaje no llegó al mundo de la planificación familiar, que desechó los condones con el argumento de una menor efectividad y tomó distancia de las personas en riesgo de contraer el VIH argumentando que no constituían una población objetivo de los servicios de planificación familiar. En los lugares donde los métodos de barrera eran los únicos métodos anticonceptivos disponibles, el uso del condón cayó vertiginosamente y la producción y uso del diafragma desapareció casi por completo. El retiro, una forma de reducción del riesgo practicada aún por millones de parejas,^{2,3} fue simplemente ignorado.

Este artículo aborda el tema de quién necesita la doble protección y por qué. Examina cómo las definiciones restringidas de doble protección y el sesgo contra el condón en la literatura han contribuido a hacer de ésta una de las prácticas de salud pública más subestimadas y menos promovidas, incluso después de 25 años de iniciada la epidemia de VIH y de millones de muertes provocadas por el sida. Aunque los condones siguen siendo el pilar de la doble protección, el objetivo de este artículo es proporcionar una lista más amplia de métodos de doble protección para mostrar la variedad de opciones disponibles para quienes la necesitan, y que es posible satisfacer las diversas necesidades de los distintos subgrupos de la población para lograr un sexo más seguro utilizando una variedad de formas de protección dual. Finalmente, examina las necesidades de los jóvenes, y el creciente uso del condón con el respaldo de la anticoncepción de emergencia en este grupo de edad.

El artículo se basa en una revisión de la literatura sobre la doble protección, publicada fundamentalmente en las revistas de planificación familiar y salud sexual y reproductiva, encontradas en PubMed entre 1998 y principios del 2005; en revistas sobre VIH; algunos artículos de PubMed entre los años 1995 y 1997, revistas sobre temas de población indexadas en la web de la colección JSTOR, revistas en el portal electrónico de Lippincott, Williams & Wilkie, incluyendo los temas de sida, enfermedades de transmisión sexual y diversas revistas obstétricas y ginecológicas. A pesar de no pretender ser exhaustiva, la revisión abarcó las revistas de mayor difusión en este campo.

Se encontró que incluso entre quienes conocen el concepto, las definiciones de doble protección son muy restringidas. Como resultado, ni los prestadores de servicios de planificación familiar ni los de salud sexual han sido capacitados ni motivados a promover la protección dual, básicamente porque consideran que no es apropiada justamente para las personas que más la necesitan.

¿Quién necesita la doble protección?

Una mujer y un hombre requieren doble protección si tienen relaciones sexuales coitales, si ambos son fértiles y no desean un embarazo, y si existe la posibilidad de que hayan estado expuestos a una infección de transmisión sexual, incluyendo el VIH, durante relaciones sexuales sin protección entre ellos o con alguna otra persona¹

Las mujeres que sólo tienen relaciones sexuales con otras mujeres y los hombres que las tienen sólo con otros hombres no necesitan la doble protección, dado que no están en riesgo de embarazo, aunque obviamente pueden necesitar protección frente a una ITS/VIH. Quienes tienen relaciones sexuales con parejas de ambos sexos pueden requerir la doble protección con sus parejas del sexo opuesto.

Uno de los beneficios de lograr que el sexo seguro sea la norma social es que la protección sería aceptada como positiva en sí misma y para la salud sexual, independientemente de las relaciones pasadas o actuales de la persona. De esta manera, el practicar un sexo más seguro generaría confianza, y no lo contrario. Ninguno de nosotros sabe qué pasará mañana; por lo tanto, todas las personas deberían conocer sobre sexo seguro y sexo protegido, incluyendo la doble protección, como parte de la educación en sexualidad y relaciones desde temprana edad. El éxito de la regulación de la fecundidad y otras iniciativas de salud pública que suponen un cambio en prácticas arraigadas, como el dejar de fumar a gran escala, muestran que se trata de un objetivo factible.⁴ Para alcanzarlo, sin embargo, es necesario primero lograr que la duda y el escepticismo no predominen precisamente en aquellos cuya labor es promover un sexo más seguro.

La doble protección: más que planificación familiar

En la literatura revisada, la doble protección recibió mayor atención por parte de los profesionales de planificación familiar que por aquellos vinculados al VIH/sida. Las revistas especializadas en temas de VIH estaban más interesadas en el tratamiento e investigación clínica del VIH, o en el análisis de la práctica sexual más que en las relaciones sexuales protegidas, y daban poca –o ninguna– atención a la doble protección. Así, en el portal de Lippincott, Williams & Wilkie, una búsqueda con la palabra clave “*dual protection*” (doble protección) arrojó sólo 13 artículos, aunque sumamente relevantes, entre 1998 y 2005; y una búsqueda con las palabras claves “condones” y “anticoncepción de emergencia” arrojó sólo dos artículos. Ello, en contraste

con casi 1,200 artículos en la misma página web que mencionan los condones; en 20 de los primeros 150 artículos incluidos, el título hacía alguna referencia a la anticoncepción.

Uno de los mayores problemas para definir la doble protección en general o sólo desde el punto de vista de la planificación familiar es que el sexo más seguro supone más que la protección durante un coito vaginal. Se trata también del contacto de la boca o el ano, tanto como de la vagina y el pene, con semen o fluidos vaginales infectados, y el contacto oral o genital con llagas externas provocadas por una ITS como la herpes simplex o las verrugas genitales. Así, es posible que se requiera también una barrera oral o anal además de una barrera vaginal o en el pene. Esto es lo que hace tan importante el uso del condón. Se ha encontrado que algunos jóvenes, en la creencia equivocada que el sexo anal es seguro porque no conduce a un embarazo, lo practicaban sin protección, colocándose en riesgo de contraer una ITS/VIH sin saberlo.⁵

La investigación sobre prevalencia anticonceptiva, aun si incluye al condón con fines de planificación familiar, puede en realidad ocultar la magnitud del uso del condón y la práctica de la doble protección. Por ejemplo, un artículo de EEUU describe cómo el análisis de la información refleja la prioridad dada a la anticoncepción por encima de la protección frente a una ITS/VIH. Cuando la información mostraba el “uso doble de un método de barrera y uno hormonal”:

“... para fines de análisis, si una persona había usado más de un método en su última relación sexual, era categorizada como usuaria de método hormonal (el método más efectivo de prevención del embarazo), tal como suele ocurrir en el análisis de conjuntos de datos a nivel nacional como la Encuesta Nacional de Crecimiento de la Familia (de EEUU).”⁶

De manera similar, en un estudio en hombres adolescentes realizado en Brasil sobre el uso del condón durante la primera relación sexual, aun cuando la mitad de adolescentes señaló que había utilizado el condón con el propósito de obtener doble protección, no se abordó la discusión del concepto en sí mismo ni tampoco el alto nivel de conciencia acerca del doble riesgo enfrentado por los adolescentes a pesar de su corta edad.⁷ Así, la investigación puede ocultar o ignorar la doble protección porque los investigadores mismos no la consideran relevante.

La mayor parte de la literatura que menciona la doble protección no intenta analizar el concepto ni explicar por qué es definido de una manera u otra. De hecho,

el enfoque de la planificación familiar sobre la doble protección en la literatura contribuye a las siguientes ideas equivocadas y omisiones en la forma como ésta es entendida:

- Se enfatiza en la necesidad de utilizar un anticonceptivo efectivo y no en la importancia del uso correcto y sistemático del condón, siendo lo primero considerado más factible.
- Los condones son vistos fundamentalmente como un método de protección contra la infección y no, en la misma medida, como un método anticonceptivo, y se considera demasiado problemático promoverlo entre parejas casadas o estables.⁸
- El retiro no es considerado suficientemente efectivo como forma de reducción del riesgo como para mencionarlo o promoverlo.
- Aun si se considera el uso de dos métodos de barrera, como el diafragma o el capuchón cervical junto con el condón, este uso casi nunca es sugerido.
- Se menciona constantemente todo tipo de sesgos contra el condón, particularmente con respecto a su uso como método único, aun cuando no utilizar el condón resulte mucho más riesgoso.
- Raramente se centra la atención en las necesidades de doble protección en poblaciones específicas, lo que evita que se explore las formas más apropiadas de doble protección para ellas.

Definiciones limitadas de doble protección y sesgos contra el condón

Muchas de las definiciones de doble protección encontradas en la literatura tienden a limitarse a una sola modalidad, generalmente, el uso del condón para la prevención de enfermedades y de las píldoras anticonceptivas para el control de la fecundidad⁹ o, con menor frecuencia, el uso de condones con otros anticonceptivos.^{10,11}

Algunos autores asumen que dada la frecuencia de uso de la píldora anticonceptiva, lo más fácil sería añadir el uso del condón. Sin embargo, esto implica no sólo contar con un suministro suficiente y usar un condón en cada relación sexual, sino también tomar la píldora cada día alrededor de la misma hora, lo que convierte a esta combinación en una de las formas más demandantes de doble protección posibles. Los anticonceptivos de acción más prolongada, como los parches anticonceptivos, los inyectables y los implantes, por ejemplo, no requieren de esta constante atención. Otras prácticas de reducción de riesgo, como el sexo sin penetración, a menudo tampoco son mencionadas.¹² La esterilización

junto con los condones es otra opción de protección dual.¹³ aunque tampoco es practicada con frecuencia.

En Brasil, donde la esterilización femenina es una de las formas más comunes de regulación de la fecundidad, el uso del condón es raro entre las mujeres que se habían sometido a ella,¹⁴ y en EEUU, la anticoncepción hormonal y la esterilización quirúrgica no estaban significativamente asociadas con la probabilidad de un uso sistemático del condón en mujeres entre 18–45 años previamente diagnosticadas de una ITS.¹⁵ La literatura no mencionaba en absoluto el uso del condón asociado a la vasectomía como una opción; es posible que en la mayoría de los casos no se considerara factible pedir a los hombres que utilicen dos métodos, por no hablar de uno solo.

Pocos médicos defienden el uso del condón masculino o femenino como método único.¹⁶ Es frecuente encontrar en la literatura de planificación familiar un fuerte sesgo contra el uso del condón como método único, a menudo expresado de la siguiente manera: “ningún anticonceptivo por sí mismo, incluyendo el condón masculino, proporciona una protección completa contra ambos”¹⁷ o “aunque los condones masculinos son la mejor forma de protección contra una ITS/VIH, no son el método más efectivo para prevenir un embarazo no esperado”.¹⁸ Irónicamente, los mensajes de prevención del VIH a menudo afirman lo contrario.

Una lista más amplia de los métodos de doble protección

De hecho, es posible lograr la doble protección de diferentes maneras, sea no utilizando ningún método, o utilizando uno, dos, tres o incluso cuatro, no necesariamente de manera simultánea. A continuación presentamos una lista más amplia de métodos de doble protección:

- No tener relaciones sexuales.
- La masturbación, la masturbación mutua y otras formas de sexo sin penetración (i.e. sin que el pene penetre la vagina, el ano o la boca).
- Monogamia mutua entre miembros de la pareja sin infección preexistente, con el uso de cualquier método anticonceptivo efectivo y el respaldo del aborto inducido.
- Uso del condón masculino o femenino como métodos únicos, incluyendo su uso para el sexo vaginal y anal y el uso del condón masculino para el sexo oral.
- Uso del condón masculino o femenino junto con un diafragma o un capuchón cervical.
- Uso del condón masculino o femenino junto con otro método que no sea de barrera, i.e. la píldora, el im-

plante, el inyectable, el parche, el anillo vaginal o el DIU (este último en ausencia de una ITS)* o la esterilización masculina o femenina.

- Condón masculino o femenino con el respaldo de la anticoncepción de emergencia y/o el aborto inducido más el respaldo de la profilaxis post-exposición contra el VIH.
- Lactancia materna exclusiva a demanda con condones para los primeros meses post-parto.
- El retiro como método único.
- El retiro junto con el condón masculino o femenino durante el periodo de ovulación o en presencia de una ITS.
- El retiro con el respaldo de la anticoncepción de emergencia y/o el aborto inducido más el respaldo de la profilaxis post-exposición contra el VIH.

El retiro como método único o utilizado con otros métodos permite una reducción del riesgo y protege tanto de un embarazo como del VIH. Sin embargo, en el caso de ITS no trasmisibles por medio del semen, el uso exclusivo de este método no es efectivo para reducir el riesgo.

Estas definiciones van más allá de los estrechos confines de las definiciones mencionadas previamente, al reconocer la posibilidad de usar tanto los anticonceptivos no-hormonales como los hormonales, otros métodos de barrera, métodos de respaldo, el retiro y el sexo sin penetración.

Los microbicidas se integrarán a la lista, siempre y cuando, entren a escena. Diversos artículos mencionan la posibilidad de utilizar el diafragma lubricado con un microbicida en el futuro.^{20,21} Actualmente, está en estudio la aceptabilidad y seguridad del diafragma para la doble protección cuando los microbicidas estén disponibles.²⁰ En realidad, el uso del diafragma con el condón evoca los días en que no se habían desarrollado aún los métodos hormonales; en combinación, servían como una forma efectiva de doble protección mucho antes que la epidemia del VIH se iniciara en varios países desarrollados. Se ha mostrado que los espermicidas existentes, especialmente el nonoxynol-9, no brindan una protección segura contra las ITS/VIH, especialmente si se usan con frecuencia,²² y no pueden ser promovidos como método único de doble protección.

* Se ha expresado preocupación por el uso del DIU en los casos en que existe riesgo de una ITS no tratada. Ver Steen y Shapiro.¹⁹

Formas diversas de doble protección para diferentes personas y necesidades

A partir de la lista anterior, resulta claro que para quienes no desean tener relaciones sexuales, decir “no” es completamente seguro, mientras que quienes quieren tenerlas no necesitan abstenerse. Tener relaciones sexuales con menor frecuencia o con menor número de parejas ayuda a reducir el riesgo de ITS/VIH, aunque en entornos con alta prevalencia del VIH o ITS, esta medida está lejos de reducir el riesgo. En el caso que uno de los miembros de la pareja tenga una ITS, es siempre recomendable evitar el coito, y muchas personas practican un sexo más seguro con esta medida y explorando sus cuerpos de otras maneras.

Sin embargo, los condones siguen siendo el pilar de la doble protección, y su uso sistemático es altamente efectivo. Un estudio combinó los datos de dos ensayos aleatorios controlados sobre la eficacia anticonceptiva del condón, con una muestra de 800 parejas que usaban exclusivamente tres marcas de condones de látex por un periodo de hasta seis ciclos menstruales. La tasa de embarazo combinada con un uso típico del condón en los seis ciclos fue de 7%. La tasa de embarazo combinada con un uso consistente del condón en los seis ciclos fue de sólo 1.0%. La tasa de ruptura combinada para los primeros cinco usos del condón fue de sólo 0.4% y la tasa de deslizamiento del condón de sólo 1.1%. El estudio concluyó que era muy poco frecuente que los condones se rompieran o deslizaran durante el coito, y que el riesgo de pérdida del semen en los condones que se mantenían intactos era muy bajo. Los condones también ofrecían una alta eficacia anticonceptiva, especialmente si eran usados de manera consistente.²³ Otro estudio encontró que entre mujeres con alto riesgo de contraer una ITS, la tasa de falla disminuía de 20% en el primer uso a 1.2% luego de 15 veces en el caso del condón femenino, y de 9% en el primer uso a 2.3% luego de 15 veces en el caso del condón masculino.²⁴ De esta manera, lo fundamental es lograr un poco de práctica. Diversos estudios que comparan la tasa de ITS en pacientes de clínicas de ITS usuarios y no usuarios del condón, han encontrado evidencia limitada de protección contra ITS específicas. Sin embargo, uno de los estudios mostró una diferencia estadísticamente significativa en las tasas de gonorrea y clamidia en hombres y mujeres, y de tricomoniasis en mujeres y herpes genital en hombres que usaban el condón de manera sistemática, respecto a quienes no lo usaban de esta manera.²⁵

Aún así, las actitudes negativas hacia el uso del condón son reiteradas, y la literatura expresa una aversión abierta o velada hacia los condones.²⁶ Sin embargo, es posible que este método elimine parte importante de la

ansiedad frente al VIH y el embarazo no planeado que a menudo acompaña al sexo sin protección.

A pesar que el retiro es un método anticonceptivo relativamente efectivo, utilizado por millones de parejas heterosexuales y es también una estrategia de reducción del riesgo empleada por hombres que tienen sexo con otros hombres,³ ha recibido escasa atención como método de doble protección de parte de los profesionales de la salud. Sin embargo, se ha reportado la práctica de evitar la eyaculación durante el sexo vaginal, anal y oral entre parejas en las que el hombre que realiza la penetración es seropositivo en Norte América, Europa y Australia. Resulta plausible que la reducción de la exposición a la (pre) eyaculación por medio del retiro sea una forma efectiva de reducir el riesgo de contraer el VIH y evitar un embarazo no deseado,²⁷ pero existe escasa evidencia disponible basada en la investigación. Un estudio europeo realizado en 1993 con 122 parejas heterosexuales en los que el hombre era seropositivo y la mujer seronegativa, y que usaban condones de manera irregular, encontró una menor tasa de transmisión del VIH mientras menos eyaculaba el hombre dentro de su pareja, y nula en las mujeres cuya pareja nunca lo hacía, comparado con un 30% en las mujeres cuya pareja lo hacía siempre.²⁸

Una forma poco explorada de doble protección para trabajadoras sexuales que quieren evitar tanto el embarazo como una infección es el uso combinado del condón y un método hormonal de larga duración, como los parches, implantes o inyectables, dado que no demandan demasiada atención y no generan complicaciones para el uso del condón. Un reciente estudio en Camboya con 632 trabajadoras sexuales que asistían por primera vez a una clínica de atención de ITS encontró que el 87.3% dependía del condón para fines de doble protección, mientras que sólo 1.6% utilizaba ya sea la píldora, un inyectable o el DIU. El aborto estaba ampliamente difundido; una de las principales razones para ello era que no se estimulaba a las mujeres a acudir a las clínicas de planificación familiar, y el Centro Nacional de VIH/Sida, Dermatología e ITS estaba preocupado por el impacto que tendría sobre el uso del condón el hecho que las mujeres utilizaran otros métodos.²⁹ No obstante, esto no sería un problema si las trabajadoras sexuales estuvieran convencidas del valor de utilizar el condón en un 100% de los casos.

Lo que este estudio también resalta, sin embargo, es que las mujeres a nivel mundial optan por un aborto inducido, seguro o inseguro, cuando es muy tarde para usar anticonceptivos. El no incluir el aborto como un componente necesario y legítimo para regular la fecun-

dad, y como un componente necesario y legítimo de la doble protección, obvia la realidad e ignora las necesidades de las mujeres.

La juventud: la elección de condones y la anticoncepción de emergencia

Un estudio realizado en Francia encontró un aumento en el uso del condón en la fase temprana de la vida sexual, de 10% en 1970–85 a 85% en 1995, en respuesta a las campañas de prevención del VIH. Asimismo halló que el mayor uso del condón había propiciado posteriormente un aumento en el uso de otros anticonceptivos, principalmente la píldora.³⁰ Este mismo hallazgo se refleja también en muchos otros países.

Aparentemente, los jóvenes están optando también por un uso creciente del condón con el respaldo de la anticoncepción de emergencia, en los casos en que está disponible. Si ambos métodos están accesibles en farmacias o mediante estrategias de mercadeo social, es posible para los y las jóvenes evitar las clínicas de

planificación familiar que no les atienden bien o no les acogen con agrado. No se conoce con claridad cuál es la magnitud del uso de esta forma de doble protección, dado que la investigación no suele plantearse las preguntas adecuadas. En la mayor parte de estudios se pregunta exclusivamente sobre lo que la persona encuestada ha utilizado, o sólo sobre el uso de métodos anticonceptivos o sobre la protección contra una ITS/VIH, y no sobre lo que ambos miembros de la pareja utilizan ni las medidas que toman con fines de doble protección. En dos estudios en los que se preguntó específicamente a hombres jóvenes sobre el uso del condón, y si su pareja mujer utilizaba también algún método anticonceptivo,^{31,32} se encontró que:

*“Ambos sexos tenían acceso al condón, pero las jóvenes también solicitaban la anticoncepción de emergencia.”*³³

*“La experiencia con la anticoncepción de emergencia se asocia con una mayor probabilidad de uso del condón.”*³⁴



CARYL FELDACKER / PHOTOSHARE

Personal del Centro de Diagnóstico y Educación sobre VIH promueve el condón y el sexo seguro en el desfile de Orgullo Gay, Corumba, Brasil 2004.

De manera similar, un tercer estudio en el Reino Unido refiere que en un club del condón para adolescentes a cargo de enfermeras, la mayoría de jóvenes de ambos sexos que asistían recibían condones y las jóvenes solicitaban también la anticoncepción de emergencia y pruebas de embarazo.³³

Un estudio reciente en una clínica de planificación familiar en Italia encontró que un 64% de 500 mujeres jóvenes que buscaban anticoncepción de emergencia y que habían utilizado previamente un método anticonceptivo, había usado el condón y un 15% adicional había utilizado la píldora y el condón.³⁵ Sin embargo, ninguno de estos artículos se refería al uso de ambos métodos como doble protección. En un estudio realizado en Australia, que entendía el uso de condones y píldoras en adolescentes como doble protección, se reportó también el uso del método del ritmo y del retiro en este grupo de edad, aunque ambos eran descartados como poco efectivos y no se consideraba importante discutirlos con los jóvenes para ayudarlos a que los usen de manera efectiva.³⁶

A continuación, se describe las prácticas de anticoncepción y doble protección de mujeres jóvenes que buscan un aborto en Nueva Zelanda:

“Uso del condón en cada ocasión, o el condón con otro método (incluyendo el periodo seguro del ciclo, el coitus interruptus, la píldora, el DIU, el diafragma, la lactancia, o las duchas vaginales), seguido de la anticoncepción de emergencia en caso que el semen se chorree o no se haya usado un condón, seguido de un aborto si la anticoncepción de emergencia falla.”³⁷

Esta descripción de lo que se usa realmente en la práctica se acerca más a una lista comprehensiva de formas de doble protección (no se recomienda nunca usar las duchas vaginales) que cualquier otro artículo al que hemos hecho referencia aquí.

La anticoncepción de emergencia no es todavía considerada un componente importante de la doble protección, y es poco conocida y utilizada en muchos países en desarrollo. Existen dos maneras de promover y difundir de forma más efectiva el uso del condón con el respaldo de la anticoncepción de emergencia. La primera es la provisión anticipada de la anticoncepción de emergencia junto con el condón en farmacias, servicios de planificación familiar y salud sexual, y centros de diagnóstico y consejería sobre VIH. Dos estudios recientes, uno con madres adolescentes y otro con mujeres contactadas para fines de notificación de la pareja en el caso de ITS, encontraron que las mujeres aceptarían con agrado la provisión anticipada.^{38,39} La segunda es

que las organizaciones de mercadeo social empaquen y distribuyan los condones y las píldoras de emergencia de manera conjunta, por ejemplo un abastecimiento de condones por tres meses junto con tres dosis de anticoncepción de emergencia.

Finalmente, pero no menos importante, el sexo sin penetración es también una opción muy apropiada para jóvenes que quieren explorar sus sentimientos sexuales, no sólo porque entraña poco o ningún riesgo, sino también porque es una manera de explorar la sexualidad y el placer sin tener que acercarse a un proveedor de servicios. Y no cuesta nada. Su difusión más amplia sería muy razonable si tan solo se dejara de negar o criticar el hecho que los jóvenes tengan relaciones sexuales.

Recomendaciones

El promover la doble protección y el sexo más seguro como normas sociales requiere de una estrategia a largo plazo. Con frecuencia, los profesionales que brindan servicios de salud sexual no reciben capacitación para promover la anticoncepción. A menudo, los proveedores de servicios de planificación familiar no promueven el condón debido a la prioridad otorgada a la eficacia anticonceptiva, dada la realidad del aborto inseguro y las políticas para reducir el crecimiento de la población. Sin embargo, la posibilidad de que las personas no utilicen la doble protección de manera sistemática y correcta no es una razón válida para no promoverla.

Tal vez las recomendaciones más importantes que emergen de este artículo sean las siguientes:

- Promover una amplia variedad de formas de doble protección que serán con mayor probabilidad utilizadas por personas en diversas circunstancias y diversos tipos de relaciones y prácticas sexuales;
- Dar a conocer mejor y favorecer un mayor acceso a los métodos de doble protección;
- Capacitar a los prestadores de servicios de planificación familiar y salud sexual, así como a las diversas ONG que brindan estos servicios, sobre la importancia de promover la doble protección, y de confrontar y superar los sesgos hacia el condón.

Los condones son el pilar de la doble protección y seguirán siéndolo hasta el momento en que se desarrollen otros métodos igualmente seguros, efectivos y amigables para los usuarios. Mientras tanto, los condones también ofrecen protección contra la infertilidad derivada de las ITS y el cáncer cervical, así como el embarazo no deseado, las ITS y el VIH. No merecen la mala propaganda que reciben.

Se requiere de un mayor acceso a los métodos existentes de doble protección. Quienes brindan servicios de planificación familiar y prevención de las ITS/VIH tienen la responsabilidad de promover la doble protección en mayor medida que hasta ahora. El desarrollo de un mayor rango de métodos eficaces y aceptables de doble protección es, a largo plazo, una prioridad urgente de investigación, empezando con una gama más amplia

de condones atractivos para un mayor número de personas.

Agradecimientos

Una versión de este artículo fue presentada en Condoms: an International Workshop. Londres y Brighton, 21-23 de junio, 2006. Agradezco al equipo del programa de Internacional HIV/AIDS Alliance por sus comentarios a la versión preliminar

Referencias

1. Berer M. Dual protection: making sex safer for women. Beyond Acceptability: Users' Perspectives on Contraception. London: Reproductive Health Matters for WHO, 1997. At: http://www.who.int/reproductive-health/publications/beyond_acceptability_users_perspectives_on_contraception/berer.en.pdf.
2. Douthwaite M, Miller P, Sultana M, et al. Couple communication and sexual satisfaction among withdrawal users in Pakistan. *Reproductive Health Matters* 1998;6(12):41–49.
3. Ortayli N, Bulut A, Ozugurlu M, et al. Why withdrawal, why not withdrawal? Men's perspectives. *Reproductive Health Matters* 2005;13(25):164–73.
4. Cleland J, Ali MM. Sexual continence, contraception and condoms: trends in young African women: 1993–2001. (Draft paper).
5. Rawlings MK, Graff RJ, Calderon R, et al. Differences in perceptions of what constitutes having "had sex" in a population of people living with HIV/AIDS. *Journal of National Medical Association* 2006;98(6):845–50.
6. Raine T, Minnis AM, Padian NS. Determinants of contraceptive method among young women at risk for unintended pregnancy and sexually transmitted infections. *Contraception* 2003;68:19–25.
7. Juarez F, LeGrand T. Factors influencing boys' age at first intercourse and condom use in the shantytowns of Recife, Brazil. *Studies in Family Planning* 2005;36(1):57–70.
8. Ali MM, Cleland J, Shah I. Condom use within marriage: a neglected HIV intervention. *Bulletin of World Health Organization* 2004;82:180–86.
9. Poppen PJ, Reisen CA. Women's use of dual methods of sexual self-protection [Abstract]. *Matern Child Health J* 1998;2(4):201–09.
10. Adeokun L, Mantell JE, Weiss E, et al. Promoting dual protection in family planning clinics in Ibadan, Nigeria. *International Family Planning Perspectives* 2002;28(2):87–95.
11. Kleinschmidt I, Maggwa BN, Smit J, et al. Dual protection in sexually active women. *South African Medical Journal* 2003;93(11):854–57.
12. Myer L, Morroni C, Matthews C, et al. Dual method use in South Africa. *International Family Planning Perspectives* 2002;28(2):119–21.
13. Sangi-Haghpeykar H, Poindexter AN 3rd. Planned condom use among women undergoing tubal sterilization. *Sexually Transmitted Diseases* 1998;25(7):335–41.
14. Barbosa RM, Villela WV. Sterilisation and sexual behaviour among women in Saõ Paulo, Brazil. *Reproductive Health Matters* 1995;3(5):37–46.
15. Wilson SR, Brown NL, Chin V, et al. Condom use by women recently diagnosed with a sexually transmitted infection: effects of study methodology on the apparent influence of hormonal/surgical contraception [Abstract]. *Sexually Transmitted Diseases* 2004;31(12):740–47.
16. Mantell JE, Hoffman S, Exner TM, et al. Family planning providers' perspectives on dual protection. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2003;35(2):71–78.
17. Bearinger LH, Resnick MD. Dual method use in adolescents: a review and framework for research on use of STD and pregnancy protection. *Journal of Adolescent Health* 2003;32:340–49.
18. Harvey SM, Henderson JT, Branch MR. Protecting against both pregnancy and disease: predictors of dual method use among a sample of women. *Women Health* 2004;39(1):25–43.
19. Intrauterine contraceptive devices and risk of pelvic inflammatory disease: standards of care in high STI prevalence settings. *Reproductive Health Matters* 2004;12(23):136–43.
20. Harvey SM, Bird ST, Branch MR. A new look at an old method: the diaphragm. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2003;35(6):270–73.
21. Rieder J, Coupey SM. The use of nonhormonal methods of contraception in adolescents [Abstract]. *Pediatr Clin North Am* 1999;46(4):671–94.
22. WHO/CONRAD Technical

- Consultation on Nonoxynol-9, World Health Organization Geneva, 9–10 October 2001: Summary Report. *Reproductive Health Matters* 2002;10(20):175–81.
23. Walsh TL, Frezieres RG, Peacock K, et al. Effectiveness of the male latex condom: combined results for three popular condom brands used as controls in randomized clinical trials. *Contraception* 2004;70:407–13.
24. Valappil T, Kelaghan J, Macaluso M, et al. Female condom and male condom failure among women at high risk of sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Diseases* 2005; 32(1):35–43.
25. Shlay JC, McClung MW, Patnaik JL, et al. Comparison of sexually transmitted disease prevention by reported level of condom use among patients attending an urban sexually transmitted disease clinic. *Sexually Transmitted Diseases* 2004; 31(3):154–60.
26. Maharaj P. Obstacles to negotiating dual protection: perspectives of men and women. *African Journal of Reproductive Health* 2001;5(3):150–61.
27. Richters J. Coitus interruptus: could it reduce the risk of HIV transmission? *Reproductive Health Matters* 1994;2(3):105–07.
28. DeVincenzi I, for the European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Heterosexual transmission of HIV in a European cohort of couples. Abstract WS-CO2-1. 9th International Conference on AIDS. Berlin, 6–11 June 1993. Reported in [13].
29. Delvaux T, Crabbe F, Seng S, et al. The need for family planning and safe abortion services among women sex workers seeking STI care in Cambodia. *Reproductive Health Matters* 2003;11(21):88–95.
30. Rossier C, Leridon H. The pill and the condom: substitution or association? An analysis of the contraceptive histories of young women in France 1978–2000. *Population-E*(3/4):387–414.
31. Lindberg LD, Ku L, Sonenstein FL. Adolescent males' combined use of condoms with partners' use of female contraceptive methods. *Maternal and Child Health Journal* 1998;2(4):201–09.
32. Santelli JS, Warren CW, Lowry R, et al. The use of condoms with other contraceptive methods among young men and women. *Family Planning Perspectives* 1997;29(6):261–67.
33. Thompson C, Smith H. "Condom club": an interface between teenage sex and genitourinary medicine [Abstract]. *International Journal of STD & AIDS* 2004;12(7):475–78.
34. Walker DM, Torres P, Gutierrez JP, et al. Emergency contraceptive use is correlated with increased condom use among adolescents: results from Mexico. *Journal of Adolescent Health* 2004;35:329–34.
35. Bastianell C, Farris M, Benagiano G. Reasons for requesting emergency contraception: a survey of 500 Italian women. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2005;10(3):157–63.
36. Lindsay J, Smith AMA, Rosenthal DA. Conflicting advice? Australian adolescents' use of condoms or the pill. *Family Planning Perspectives* 1999;31(4):190–94.
37. Sparrow MJ. Condom failures in women presenting for abortion. *New Zealand Medical Journal* 1999;112:319–21.
38. Belzer M, Yoshida E, Tejirian T, et al. Advanced supply of emergency contraception for adolescent mothers increased utilization without reducing condom or primary contraception use [Research summary]. *Journal of Adolescent Health* 2003;32(2):122–23.
39. Golden MR, Whittington WLH, Handsfield HH, et al. Failure of family planning referral and high interest in advanced provision of emergency contraception among women contacted for STD notification. *Contraception* 2004;69:241–46.