

REFLEXIONES A PROPÓSITO DE LA ATENCIÓN A ADOLESCENTES Y JÓVENES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE UN SERVICIO MUNICIPAL DE SALUD

Juan Madrid Gutiérrez

Jefe de División del Programa del Adolescente. Ayuntamiento de Madrid

Alfonso Antona Rodríguez

Técnico- Coordinador del Programa del Adolescente. Ayuntamiento de Madrid

En el artículo presentamos la experiencia en el diseño y desarrollo de un programa de salud que con adolescentes se realiza en el Ayuntamiento de Madrid. Tras una breve introducción sobre lo que significa la adolescencia y la salud, se presentan algunos datos sobre la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes, y los criterios que, tras algunos años de trabajo, creemos ha de tener un programa de salud dirigido a este segmento etáreo, para que resulte eficaz.

Palabras clave: Adolescentes, jóvenes, salud, sexualidad, programa de salud.

We present in the article, an experiment in designing and developing a health programme which is being undertaken with young people in Madrid Town Hall. After a brief introduction on what adolescence and health mean, some data on the sexual and reproductive health of adolescent and young males and females plus the criteria which, after some years of work, we believe a health programme earmarked to this age bracket has to have in order to be effective, are presented.

Key words: Adolescents, young people, health, sexuality, health programme.

La adolescencia es una construcción social y cultural cuya característica principal pudiera ser la transición. Un periodo de tiempo, cada vez más demorado, por el que el niño pasa al *mundo adulto*, es decir, la adquisición de autonomía; económica, social, afectiva, etc. Este espacio-tiempo característico y *caracterizante*, es un espacio-tiempo liminal donde aparecen algunas peculiaridades y necesidades específicas relativas a la salud de la adolescencia a las que hemos de dar respuesta. Podemos hablar de la adolescencia como un proceso en el que hay una dinámica evolutiva de cambio que se da en un marco social e histórico concreto; donde se suceden etapas y acontecimientos, hechos y circunstancias, algunos de los cuales serán estabilizadores y otros

problematizadores, con capacidad de generar recorridos diferentes, adolescencias diferentes. No siempre este avanzar, este evolucionar, este transitar es *hacia delante*, hacia un futuro *saludable*, sino que a menudo se producen desviaciones, salidas o entradas en una situación social menos aceptada, con más conflictos dentro de la sociedad (Funes, 2000).

En la evidencia de que en la adolescencia se producen cambios biológicos (pubertad), psicológicos (con distintas fases y etapas) y sociales (emancipación y valores sociales) -diferentes y diferenciados de otros segmentos etáreos-, que contribuyen a la construcción de la identidad sexual y a la posibilidad de reproducirse; parece lógico que esta especificidad suponga una especificidad de aten-

ción a las necesidades en salud sexual y reproductiva (SSR). Así, si pretendemos comprender sobre qué criterios se establece la atención en salud a la adolescencia, nos vemos obligados a fijar la mirada en el discurso que sobre ellos se maneja en nuestro entorno social y cultural.

Han sido muchos los intentos para establecer una definición de salud que sea capaz de catalizar todas las dimensiones que *la salud* puede significar. Referido a la adolescencia, el concepto *salud* supone un proceso dinámico de dimensiones biológicas, psicológicas y socio-culturales que, durante este periodo vital, posibilitan el desarrollo de capacidades y potencialidades que genera una oportunidad para establecer unas bases de salud o no-salud, que condicionarán las etapas posteriores de la vida, por lo que, probablemente, uno de los retos de los y las adolescentes sea compaginar su necesidad de experiencias con la exposición a situaciones potencialmente “no saludables” o de riesgoⁱ. Durante las últimas décadas, conceptos como *adolescente* y *adolescencia* han cobrado un protagonismo diferencial, convirtiéndose en un bio-socio-estrato específico, que se caracteriza por unos patrones de conductas de salud en la que los y las adolescentes asumen o están expuestos a un conjunto particular de factores de riesgo que les hace más vulnerables: accidentes, trastornos del comportamiento alimentario, VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual (ITS), embarazos, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, depresión y ansiedad, fracaso escolar. Silber (1992), al referirse al binomio salud-enfermedad, hace notar que las amenazas para la salud del adolescente hoy día proceden predominantemente de la conducta más que de condiciones biomédicas. El manejar estas situaciones marca algunas de las líneas del trabajo que desarrollamos.

A comienzos de los años ochenta algunos municipios españoles pusieron en marcha programas de promoción de la salud impulsados por las líneas marcadas en la reunión internacional de “Alma-

ⁱ Estas conductas de riesgo aparecen cada vez a edades mas tempranas y con riesgos múltiples de forma simultánea.

Ata”ⁱⁱ, poniendo el énfasis en la promoción de salud, la prevención y la participación de la comunidad en la gestión de su salud. Algunos ayuntamientos, a través de centros municipales de la salud (CMS) crearon programas de salud, algunos sobre salud sexual y reproductiva (SSR), dirigidos a grupos de población y necesidades de salud específicas no contemplados por el sistema público. El Ayuntamiento de Madrid cuenta con 14 centros desde los que desarrolla programas dirigidos a todas las etapas de la vida: niños, adolescentesⁱⁱⁱ jóvenes^{iv}, mujeres, adultos y mayores. Como contestación a las que se consideraron necesidades especiales y específicas de los y las adolescentes, el Ayuntamiento de Madrid, creó en 1995 el Programa del Adolescente, con el objetivo de dar una atención integral a los diferentes problemas y necesidades de la adolescencia, de tal forma que la atención en sexualidad y anticoncepción que se prestaba hasta entonces en el programa de planificación familiar, se integró en un programa más amplio en el que se trabaja con el adolescente y su entorno desde una perspectiva global e integral.

Adolescencia y sexualidad

El tipo de recursos en salud sexual y reproductiva (prevención de embarazo, infecciones de transmisión sexual, etc), que ofertan las instituciones son reflejo del discurso que, referido a la sexualidad, manejamos en nuestro entorno social y cultural. El discurso social hegemónico es sexista, genitalista, androcéntrico, heterosexual y coitocéntrico; y eso se trasluce en la atención, que en SSR se demanda y oferta, centrada en la prevención de riesgos. En nuestra consideración, los cambios discursivos sobre sexualidad que han aparecido en los últimos

ⁱⁱ Patrocinada y convocada por la Organización Mundial de la Salud, se celebró, en 1978 la Conferencia Mundial sobre salud, en la ciudad de Alma-Ata. En este evento se pusieron algunas de las bases sobre políticas y estrategias de promoción de la salud.

ⁱⁱⁱ A lo largo de todos estos años, la atención en sexualidad y anticoncepción a los y las adolescentes y jóvenes han ocupado y ocupa un lugar prioritario.

^{iv} En el año 1981, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara la necesidad de establecer políticas específicas en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) sobre todo dirigidas a grupos de riesgo como la adolescencia y juventud.

años, son más aparentes que reales y un reflejo lo aporta el hecho de que la reproducción sigue siendo el marco de referencia a la hora de presentar la sexualidad. Seguimos confundiendo sexualidad con genitalidad, tomamos la parte por el todo (dentro de un modelo cartesiano), y como consecuencia acabamos aleccionando, casi exclusivamente sobre anticoncepción. La corporalidad aparece como una suerte de anatomía y fisiología, focalizada sobre los genitales que olvida el resto del cuerpo y hace difícil distinguir la sexualidad del aparato respiratorio o circulatorio.

La salud sexual y reproductiva parece restringida a las mujeres, más del 90 % de las consultas que atendemos son realizadas por chicas, consecuencia lógica si nos fijamos en que casi todas las consultas de anticoncepción están enmarcadas en los programas dirigidos a la mujer. Así, parece que la responsabilidad de la SSR ha de recaer sobre una de las partes. Escasamente el 19% de las adolescentes atendidas vienen acompañadas de su pareja. El varón es el gran ausente. Esta situación parece estar aceptada y no cuestionada ni por usuarios ni por profesionales, reproduciendo un discurso sexista que limita la eficacia y eficiencia de la intervención en SSR, y no es posible realizar un adecuado plan de cuidados en salud sexual y reproductiva si una de las partes está excluida. Desde las administraciones estamos contribuyendo, en muchas ocasiones, a reproducir un planteamiento reduccionista de la sexualidad. La mayoría de las propuestas educativas y asistenciales de las instituciones siguen haciendo incidencia, casi en exclusividad, sobre los aspectos preventivos^v; que sin dejar de ser importantes, desplazan otros elementos necesarios para configurar verdaderas opciones de responsabilidad. Hemos de tener en

^v Expuestos a los mismos factores de riesgo, algunos jóvenes tienen problemas y otros no. Esto es importante porque muchas veces descuidamos los factores de protección (calidad de la enseñanza, entorno familiar y relacional positivo, recursos sociales y personales para el afrontamiento de problemas desarrollados, etc.) En base a esto, desde el Programa del Adolescente, venimos haciendo incidencia en trabajar la educación sexual desde el desarrollo de la resiliencia, o lo que es lo mismo, la capacidad del individuo para hacer las cosas bien y socialmente aceptable, en un entorno adverso, a pesar de los riesgos.

cuenta que las personas no se desarrollan en un campo aséptico, no son una “hoja en blanco” sobre la que los profesionales podamos escribir lo que queramos. Sus sentimientos y conductas han sido construidas en un entorno cultural, al cuál no somos ajenos, por lo que hemos de ser prudentes cuando fijamos la responsabilidad únicamente sobre los y las jóvenes, desde una actitud paternalista que no tiene en cuenta que la responsabilidad es compartida^{vi}. La necesidad de unos servicios específicos en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes no se justifica tanto en que su sexualidad sea muy diferente de la del adulto. Probablemente, la principal dificultad con la que se encuentran los y las jóvenes, es la paradoja de que por un lado, a nivel discursivo, se les hipersexualiza (“siempre están pensando en lo mismo”), pero por otro aparece una constante negación de su sexualidad, advirtiéndoles de las nefastas consecuencias en caso de no cumplir su rol de seres *asexuados*.

Desde el Programa del Adolescente, estamos intentando implementar un modelo de educación^{vii} (para la salud y en sexualidad) que supere los modelos de corte preventivista (en los que se resalta el riesgo) y moralizante. Una intervención adecuada, cuyo objetivo es la consecución de una *sexualidad saludable*, pasa por fomentar y potenciar la educación sexual desde una perspectiva en la que se contemple la promoción del placer y la competencia. Hemos de superar la *educación reproductiva y patogenital*, nos decantamos por la línea propuesta de Félix López: un modelo de educación profesional, que tiene en cuenta las diferentes biografías, una educación-intervención democrática y abierta; donde la tolerancia y la ética relacional se conforman como pilares básicos.

^{vi} Permanentemente, desde muy diferentes ámbitos, se focalizan las soluciones a los problemas-necesidades de salud en la RESPONSABILIDAD individual, haciendo oídos sordos y ojos ciegos a los determinantes de origen estructural.

^{vii} La educación sexual no es algo graciable, es un derecho que tienen los jóvenes y adolescentes. Existe un marco legal que obliga a la intervención educativa (Declaración de los Derechos Humanos de 1948, la Constitución Española y multitud de normas legislativas)

Kirby y col (1994)^{viii} analizaron un gran número de programas educativos con la finalidad de identificar las características distintivas de aquéllos que demostraron ser eficaces para reducir o prevenir las conductas sexuales de riesgo, revisaron los resultados obtenidos en cuanto a: inicio de las actividades sexuales, uso de anticonceptivos, abstinencia, primer coito, prevención de ITS y frecuencia de la actividad sexual. Algunas de las características de los programas educativos eficaces figuran en el cuadro 1.

Cuadro 1. Características de los programas educativos "más eficaces"

Centrados en reducir las conductas de riesgo usando las teorías modernas del aprendizaje.

Sólo daban una información básica sobre los riesgos del coito sin protección y cómo evitarlo.

Incluían actividades sobre la influencia de los medios de comunicación.

Fortalecían valores que se opusieran a las conductas grupales de sexo no protegido

Aportaban modelos y habilidades para la negociación

Fuente: Elaboración propia a partir de la cita de Kirby y col. que utiliza Enriqueta Barranco en el "Manual de salud sexual y reproductiva en la adolescencia". Citado en la bibliografía

Comportamiento sexual y anticonceptivo de los y las adolescentes.

A través del estudio de los datos que manejamos en los CMS del Ayuntamiento de Madrid, la edad de inicio de las prácticas sexuales coitales, en menores de 24 años, se sitúa en torno a los diecisiete años y medio, un año más en las mujeres. La tendencia en los últimos 20 años es hacia una ligera disminución en la edad de inicio, con un ligero adelanto de las relaciones coitales. Algunos factores que pueden explicar esta tendencia son: la mayor permisividad social y cultural, un mejor

^{viii} Citado por Enriqueta Barranco en el "Manual de salud reproductiva en la adolescencia" (2001 pp 640-641)

acceso a los métodos anticonceptivos o la disminución de la edad (una media de 12 años) de la menarquia. Sin embargo, el porcentaje de adolescentes de 16 años que mantienen relaciones coitales oscila entre el 16-27 por ciento, mientras que en el norte de Europa es del 50 por ciento. Según el Informe de la Juventud del año 2000 (Martín, M. y Velarde, O. 2001a) entre los 15 y 29 años el 48 por ciento no han tenido relaciones sexuales coitales. La interacción sexual suele declararse como *no planificada*, identificando *el sexo* como fuente de placer y libertad. Se percibe como algo espontáneo y romántico en el que las infecciones de transmisión sexual *no entran* "esto no me pasa a mí". Hacemos referencia a estos datos, porque si queremos favorecer una conducta protectora en las y los adolescentes hacia su salud sexual y reproductiva debemos tener en cuenta algunos factores que han demostrado influir en sus comportamientos. (Ver cuadro 2)

Cuadro 2. Factores que influyen en la intención de una conducta preventiva

- Conocimiento de las ITS
- Grado de vulnerabilidad percibida
- Actitudes personales y del grupo hacia medidas preventivas
- Autoestima e interés personal por la salud
- Sentimientos hacia la pareja y habilidades de comunicación
- Grado de autoeficacia percibida en los comportamientos de prevención
- Ventajas e inconvenientes reconocidos
- Grado de erotofilia.

Fuente: Elaboración propia a partir del capítulo 16 (Perpiñá, J y otros) del "Manual de salud sexual y reproductiva en la adolescencia". Citado en la bibliografía.

El citado Informe de Juventud y otros estudios (Ayuntamiento de Madrid, Schering, etc) realizados reflejan también que está más extendido, entre las generaciones jóvenes, el uso de métodos anticonceptivos en las primeras relaciones con penetración, tanto más cuanto más jóvenes son. Según estos datos en la última relación sexual con coito, el 80 y el 85 por ciento ha usado un método anticonceptivo y el método más usado es el preservativo masculino.

Hay toda una serie de factores que han contribuido

a que, en la última década, el preservativo haya desplazado a la “píldora” como el método anticonceptivo más utilizado por las y los adolescentes: el miedo a padecer una infección de transmisión sexual, sobre todo el SIDA y la hepatitis B; el mayor número de parejas, algunas percepciones sobre la píldora como el miedo a engordar o que la píldora es “cosa de mayores”; una mejor imagen, entre los jóvenes, del preservativo (sabores, colores, etc) y que el uso del preservativo no requiere ir a la consulta médica.

Según la encuesta Schering (2002) sobre sexualidad y anticoncepción en la juventud española, el 18% de las mujeres (de 15 a 24 años) utilizó la píldora del día siguiente o tratamiento de anticoncepción de emergencia (APC). La demanda de “postcoital” supone aproximadamente el 70 por ciento de las atenciones de nuestro Programa del Adolescente.

Embarazos

Según los datos del Movimiento Natural de la Población (Instituto Nacional de Estadística, 1998), en dicho año se produjeron en España 11.264 nacimientos de madres menores de 20 años (10.804 en mujeres de 15-19 años y 460 en

menores de 15 años). En el total de nacimientos ocurridos ese mismo año, en 14.311 casos (4 por ciento) al menos uno de los progenitores era menor de 20 años. El 68 por ciento de estos menores eran solteros. La tasa de embarazos en la población adolescente (15-19 años), a nivel estatal, fue en 1998 del 13.37 por mil; en el municipio de Madrid en ese mismo año fue del 12.6 por mil (ver cuadro 3). Un factor que está modificando las tasas de embarazo, nacimiento y aborto, es el incremento de la población inmigrante, a la que habrá que dotar, sobre todo a las segundas generaciones, de las estrategias de promoción, prevención y asistencia pertinentes, no solo en salud sexual y reproductiva sino en otras áreas de la salud.

Según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo (1998), la tasa de Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en mujeres entre 15 y 19 años ha pasado del 5.60 por mil en 1998 al 7.49 por mil en el año 2000, lo que, a su vez, representa el resultado del 40-50 por ciento de todos los embarazos producidos en ese grupo de mujeres. En suma, vemos cómo los embarazos están experimentando una tendencia ascendente en los últimos años, debido fundamentalmente a

Cuadro 3. Tasas de embarazos e interrupciones voluntarias de embarazo (IVE) en mujeres de 15-19 años. Estatal y municipio de Madrid.

	Nacimiento	TASA Fertilidad	IVE	TASA IVE*	TOTAL Embarazo	TASA Embarazo	**PORCENTAJE DE IVEs EN 15-19 AÑOS	
							Total IVE	Total Embarazo
MADRID								
1998	489	6.08	531	6.6	1020	12.6	9.86	52
1999	588	7.5	579	7.46	1167	15	8.54	49.6
ESTATAL								
1991	17875	11.00	6329	3.89	24204	14.90	14.6	26.14
1995	11864	7.64	6844	4.51	18708	12.15	13.8	36.6
1998	10804	7.77	7657	5.60	18461	13.37	14.2	41.58

Fuente: Elaboración propia

*Las tasas de fertilidad, IVE y embarazo están calculadas por mil adolescentes de 15 a 19 años.

** El porcentaje de IVE se refiere al porcentaje de IVE, de adolescente de 15 a 19 años respecto al total de IVE, para todas las edades. La segunda columna se refiere al porcentaje que representan los IVE, respecto al total de embarazos

la población adolescente inmigrante. Es un factor de análisis y que nos está incitando a modificar algunos patrones de atención en los Centros Municipales de Salud.

Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) en adolescentes

La adolescencia es una etapa de especial riesgo para las infecciones de transmisión sexual desde la perspectiva biológica, en especial para las chicas, debido a la inmadurez de su sistema reproductivo. Para otros factores son los chicos más vulnerables: mayor número de parejas, relaciones sin protección con personas desconocidas, edad de inicio temprana, fracaso escolar, falta de percepción de riesgo, no uso de métodos anticonceptivos y el consumo de drogas. Otros factores que intervienen de forma general tienen que ver con la carencia de educación sexual y la falta de dispositivos sanitarios específicos a los que pueden acudir. Un aspecto a tener en cuenta es que las infecciones de transmisión sexual (ITS) pueden ser la alerta de otros problemas, pueden encubrir una depresión que lleva a promiscuidad^{ix} sexual, problemas sentimentales complejos o abusos sexuales (Antona, 2001).

Aunque no existen datos fiables sobre la prevalencia en los sistemas de registro sanitario, es significativo el alto desconocimiento que sobre ITS^x siguen teniendo los adolescentes, desconociendo aspectos como las vías de transmisión, efectos, síntomas, etc. La infección de transmisión sexual que se diagnostica con más frecuencia, entre el 23 y el 45 por ciento, es la uretritis no gonocócica que en el 27 por ciento de los casos puede atribuirse a infecciones por chlamydias. Afectando a entre un 5 y un 7% de los jóvenes europeos. En la actualidad, el herpes genital está aumentando su incidencia entre la población adolescente.

^{ix} El término promiscuidad aquí utilizado se hace con una connotación de conducta compulsiva, sin entrar en otro tipo de valoraciones.

^x Respecto a la infección por vía sexual del VIH las chicas tienen de 2-4 veces más riesgo que los chicos.

En relación con el SIDA, hasta el 30 de Junio de 2000 el número de casos, en jóvenes de 15 a 19 años, en España era de 400. Los casos diagnosticados de SIDA entre la juventud fueron en ascenso hasta 1994; a partir de esa fecha las estadísticas reflejan un descenso sin interrupción y los especialistas opinan que la disminución de enfermos de SIDA, sólo en parte, se debe a una reducción en el número de personas infectadas. El resto habría que atribuirlo a las nuevas terapias que se generalizaron a partir de 1996 (Martín, M y Velarde, O., 2001b).

¿CÓMO ATENDER LAS NECESIDADES DE SALUD DE LOS Y LAS ADOLESCENTES?

A la vista de los datos anteriores, parece evidente que la atención a las necesidades de salud de los y las adolescentes precisan de una aproximación específica y especializada. En este planteamiento, la Organización Mundial de la Salud en sus estrategias en Salud Sexual y Reproductiva (2001) establece que para asegurar el fácil acceso de los jóvenes a los servicios de SSR, se creen servicios especiales. Por cada 100.000 jóvenes (10-24) debe existir, al menos, un servicio (youth-friendly) que debe ser confidencial, gratuito (o de precio reducido), y en los que no se requiera consentimiento paterno o materno.

La OMS (1991) en una revisión de las experiencias seguidas en diferentes países para reducir los embarazos en adolescentes concluye que esto es posible de conseguir cuando se realiza una educación sexual correcta y esta educación se vincula con la disponibilidad de servicios de anticoncepción (Aláez y otros 1996). Los estudios comparativos entre países indican que Holanda es el país que tiene la tasa menor de embarazos no planificados del mundo, debido a dos hechos fundamentalmente: 1) el nivel general de información sexual y anticonceptiva es alto; y 2) los servicios de anticoncepción son fácilmente accesibles. Como resultado, la población holandesa realiza prácticas sexuales más seguras.

Además de los datos objetivos, es conveniente

conocer las demandas (reales o percibidas) de los potenciales usuarios, en caso contrario, la perspectiva *sanitarista* y “adultista” puede convertirse en una barrera que dificulte la consecución de las metas propuestas. Para conocer sus necesidades en Salud Sexual y Reproductiva podemos partir de lo que conocemos de sus comportamientos y problemas por un lado y, por otro preguntarles directamente, bien a través de encuestas o de pequeños cuestionarios previos a la intervención. En una encuesta realizada en un centro educativo de Madrid con 659 adolescentes de 14 a 19 años, cuando les preguntamos acerca de sus intereses o necesidades de salud vemos que valoran la salud como algo importante, pero a medida que aumenta la edad valoran su estado de salud más bajo (6.37 sobre 10), en especial las chicas. Cuando se sienten mal acuden a la familia o a sus amigos, sólo un 8.5 por ciento acude al médico, sin embargo el 37.2 por ciento estarían interesados en consultar con un profesional de la salud. Este interés aumenta con la edad y más en las chicas llegando al 50 por ciento en 2º de bachillerato. Los temas que más les interesan consultar son: sexualidad (43 por ciento), hábitos de salud (40,6 por ciento) y problemas psíquicos y emocionales (35,6 por ciento). Los temas de sexualidad y drogas prefieren tratarlos en grupo mientras que los psicoemocionales y familiares individualmente (Brugera y al 2002).

Por lo dicho hasta el momento parece que está sobradamente justificada la necesidad de intervenir con adolescentes. ¿Cómo hacerlo? “Los objetivos de los programas y servicios de Salud Sexual y Reproductiva dirigidos para adolescentes y jóvenes se basan no sólo en la prevención de riesgos derivados de su actividad sexual, como el embarazo o las infecciones de transmisión sexual, sino también del riesgo de trastornos emocionales originados por la dificultad de adaptación a los cambios físicos y psicosexuales de la adolescencia y por la sobrecarga emocional derivada de sus relaciones familiares, afectivas y sexuales. Se trata de ofrecer un modelo de atención integral basado en la escucha, el apoyo y el asesoramiento, capaz de pro-

porcionar alternativas a sus necesidades sexuales y afectivas, fomentando actitudes positivas y hábitos y vivencias sexuales responsables, saludables y no sexistas” (Llopis, 2002)^{xi}.

Creemos que para atender las necesidades de salud de los y las adolescentes es necesario ante todo:

- a) Identificar y describir la magnitud de sus necesidades.
- b) Identificar, describir y evaluar los servicios disponibles y en qué medida atienden esas necesidades.
- c) Modificar e introducir servicios adecuados para atender las necesidades no cubiertas en la actualidad, evaluando su eficacia.

Los criterios básicos de actuación del Programa del Adolescente del Ayuntamiento de Madrid, vienen definidos por ser un programa: **integral**, basado en los principios de **la educación para la salud** y con **continuidad en el tiempo** (Madrid, J y Antona, A. 2000)^{xii}.

Primero de todo partimos de la idea de que la salud es **integral** y, por tanto debe ser abordada de la misma forma. La salud del adolescente la concebimos dentro del contexto de las interrelaciones dinámicas de tres sistemas básicos (biológico, psicosocial y ambiental). Estos procesos sitúan a los profesionales que trabajamos con los y las adolescentes en la necesidad de concebir las condiciones de salud de los adolescentes como resultado de etapas anteriores y efecto de los factores presentes durante su adolescencia.

Nuestro programa contiene un planteamiento de intervención conjunta e integral a través de tres estrategias diferenciadas: asistencial, educativa y participativa. (Ver figura 1)

^{xi} Llopis, A. (2002). En "Manual de salud reproductiva en la adolescencia" Sociedad Española de Contracepción. Wyeth-Lederle Varios autores. Zaragoza.

^{xii} Madrid, J y Antona, A (2000). "Programa del Adolescente". Ayuntamiento de Madrid, Madrid

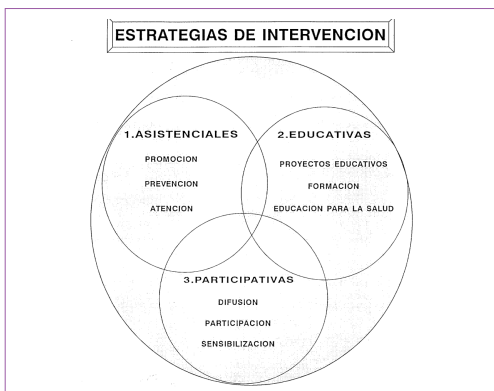


Figura.1

El término integral nos remite a la Intersectorialidad, cualquier programa de salud debe estar integrado en los planes globales, en este caso en los planes integrales de la juventud, y a la interdisciplinariedad, a través de la que un equipo de profesionales médicos, enfermería, psicólogos, ginecólogos, trabajadores sociales, educadores sociales, etc., comparten un enfoque sistémico de la atención a los y las adolescentes. Una de las herramientas de trabajo que se nos ha mostrado más interesante ha sido la educación, razón por la que una nueva visión de la salud requiere una óptica nueva de la **Educación para la Salud** (EpS) que, desde nuestra experiencia, debe estar orientada por tres objetivos básicos^{xiii}: Despertar en los adolescentes su propio valor personal (autoestima) y su fuerza potencial como grupo (ayuda mutua o apoyo solidario). Aportar instrumentos a los adolescentes para analizar la situación problema en la que viven, los factores de riesgo con los que conviven, a descubrir la necesidad de actuar para modificar estas situaciones. Ayudar a los adolescentes a obtener los recursos y conocimientos necesarios para asumir el control de su propia salud y la de su comunidad.

^{xiii} Serrano, I. (1990) "Educación para la Salud y Participación Comunitaria. Una perspectiva metodológica.", Díaz de Santos. Madrid.

Para que un programa sea más eficaz debe cumplir estos criterios y además, otro muy importante que es la **continuidad en el tiempo**. Los y las adolescentes son muy sensibles a cualquier cambio en los servicios y cuesta mucho recuperarles como usuarios si no perciben una continuidad en el programa, en la atención y en los profesionales. En definitiva, estamos hablando de un **programa horizontal** que basa su acción integral en un sector en donde se agrupe la juventud, como la escuela, centros de salud o servicios especiales para jóvenes y donde su salud sea concebida y tratada también de forma integral. Como dice Funes Artiaga, un programa de oportunidades, para los adolescentes y jóvenes de nuestro municipio.

Centrándonos en la atención de la Salud Sexual y Reproductiva de los y las adolescentes

Cuando pusimos en marcha los Centros Municipales de la Salud del Ayuntamiento de Madrid, en las consultas de planificación familiar no se establecían criterios diferenciales por la edad a la hora de prestar sus servicios, la adolescente o joven era una usuaria más. Pasados algunos años, la experiencia sugería que los programas de planificación familiar comenzaran por considerarles como grupo de riesgo, facilitando básicamente una cita más próxima a la demanda. Pero se vio que tal y como estaban estructurada la atención, no se conseguían eliminar las barreras y hacer del adolescente un usuario habitual de las consultas. Después de estudios y debates, se llega a la conclusión de que era necesario crear un servicio específico para la atención a los adolescentes. En 1986 se puso en marcha el "**Programa Joven**"^{xiv} en el CMS de Hortaleza incorporando y desarrollando actividades como "la tarde o día joven"; la educación sexual en los centros educati-

^{xiv} Este programa puso en marcha la mayoría de las premisas que posibilitaban que un programa dirigido a jóvenes se mostrara funcional.

vos; la anticoncepción de emergencia; trabajos de investigación a propósito de las actitudes y conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción, materiales de difusión como la creación de una imagen del programa, materiales didácticos, etc. Este programa junto al de otros CMS de Madrid y los desarrollados en otras ciudades (Barcelona, Coslada, Alcobendas, etc.) del Estado, nos sirvieron para el desarrollo de un modelo propio de atención en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes que implementamos en el municipio de Madrid.

La revisión de experiencias en este campo, como ya hemos comentado anteriormente, indican que la consistencia de la conducta anticonceptiva y de uso de estos servicios por los adolescentes está en función de variables de organización del servicio, de la disponibilidad del mismo y de la relación entre el proveedor y los potenciales usuarios más que en función de las características individuales de éstos. (Alaéz y otros, 1996)^{XV} En el cuadro 4 exponemos las características que, en nuestro criterio, hacen más adecuado un servicio de salud dirigido a los y las adolescentes.

Cuadro 4. Características que hacen que un servicio de atención en salud sexual y anticonceptiva sea apropiado para la población adolescente

1. Conocer sus necesidades en salud sexual y reproductiva.
2. Implicar a los adolescentes y sus organizaciones en el servicio.
3. Disponer de material informativo suficiente y disponible.
4. Vincular la educación sexual con los servicios de anticoncepción y salud sexual.
5. Sensibilizar y formar al profesional sanitario y educativo sobre la necesidad y características de los adolescentes.
6. Facilitar la accesibilidad de los servicios eliminando las barreras organizacionales.
7. Confidencialidad. No pedir documentación.
8. Flexibilidad en la prestación del servicio: citas, ausencias, tiempo, etc

Fuente: Elaboración propia a partir de las aportaciones de Alaéz y otros. Citado en la bibliografía

^{XV} Alaéz y otros (1996) "Evaluación de un programa de atención a adolescentes en materia de sexualidad y anticoncepción". Clínica y Salud, (7), 293-315

Una de esas características tiene que ver con el conjunto de **Barreras en la organización del Servicio** que han sido identificadas en diferentes trabajos y deben revisarse para conseguir un mayor uso del mismo por los y las adolescentes (ver cuadro 5). El primer grupo de posibles barreras tiene que ver con la accesibilidad: la capacidad que tiene el adolescente para retrasar o demorar la satisfacción de una necesidad es baja; esto plantea el que tengamos que manejar la recepción para que el tiempo que transcurre entre la solicitud de consulta por los adolescentes y la primera cita en el programa no supere dicha capacidad. Otro tanto ocurre con la cadena de pasos que el o la adolescente ha de dar hasta ver satisfecha su demanda: si aquélla es alta o muy rígida (tiene que llamar en una banda horaria estrecha, ser atendido por una persona concreta, realizar un "recorrido asistencial" con trámites o pasos innecesarios para la prestación del servicio, acudir a consulta en horarios no compatibles, etc.) se perderán los adolescentes con menor capacidad para ver demorada la satisfacción de sus demandas, que frecuentemente coinciden con los que presentan un patrón de comportamiento de mayor riesgo.

Cuadro 5. Posibles barreras organizacionales de los centros de salud

- RELACIONADAS CON LA ACCESIBILIDAD
 1. Tiempos o listas de espera
 2. Exigencia de cita previa y/o pasos intermedios
 3. Sistemas de recepción rígidos
 4. Horarios de atención
- RELACIONADAS CON EL AMBIENTE PROFESIONAL
 1. Ausencia de confidencialidad y/o anonimato
 2. Sala de espera y espacios no específicos o adaptados
 3. Personal con déficit de habilidades de comunicación con el/la adolescente
 4. Medicalización
- RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN A DEMANDAS "URGENTES" DEL/LA ADOLESCENTE
 1. Anticoncepción postcoital
 2. Pruebas de embarazo
 3. Información previa y revisión post ive
 4. Otras consultas realizadas como urgencias.

Fuente: Elaboración propia

Un segundo grupo de barreras tiene que ver con el ambiente que va a rodear la atención prestada: la aclaración por parte del profesional del principio de confidencialidad en que se basa su intervención, la existencia de materiales y espacios de espera y atención adecuados para los adolescentes en el Centro de Salud (y que van desde los materiales de la sala de espera hasta los folletos audiovisuales, etc. de las actividades grupales de educación para la salud, pasando por la posibilidad de concentrar una parte central de las actividades programadas en un mismo día de la semana), y la necesaria formación del personal del programa en la relación con los adolescentes (habilidades de comunicación y escucha, reconocimiento de los aspectos emocionales, abordaje de áreas conflictivas, aspectos evolutivos de la etapa adolescente, metodología grupal, etc.).

Frente al binomio Salud-Enfermedad, que es el que organiza habitualmente la relación entre profesionales y usuarios de los Centros de Salud, el concepto que prevalece en los adolescentes es el de bienestar-malestar por lo que es mucho más adecuado utilizar este concepto como referente para articular la relación entre el Centro de Salud o el Profesional y el o la adolescente.

Un tercer tipo de barreras se puede producir cuando no se gestionan adecuadamente las demandas urgentes que realiza el o la adolescente. Hay que tener en cuenta que un número significativo de adolescentes van a establecer su primer contacto con el Programa y sus actividades^{xvi} a través de una consulta relacionada con alguna urgencia, sea ésta real o percibida. Conseguir que los y las adolescentes que realizan una consulta “urgente” en el Centro se conviertan en usuarios regulares del mismo, y permanezcan en el Programa, debe de ser un objetivo del mismo. En este sentido uno de

los criterios de nuestro Programa es que cualquier adolescente que acude a un Centro Municipal debe ser atendido independientemente de la zona en la que viva, de hecho atendemos a muchos jóvenes que vienen de los pueblos de los alrededores de Madrid.

Estas demandas urgentes suponen ya más del 70 por ciento de las consultas por año que atendemos y uno de los cambios (en las conductas y la utilización de los servicios) que hemos evidenciado es el acortamiento del tiempo de demora entre la primera relación coital y la visita a un centro de atención en Salud Sexual y Reproductiva. Habitualmente se considera como un criterio de calidad de servicio de atención, que la demora no sea más de año y medio. Gracias, en parte a la atención poscoital se ha conseguido reducir esta demora a menos de un año, reduciendo por tanto el tiempo supuesto de riesgo.

En otro nivel, y de cara a las actividades de difusión-captación, se debe tener en cuenta que la información de que disponen los adolescentes sobre los Servicios de Salud y las creencias que poseen, con frecuencia son un obstáculo más para su decisión de acudir al Servicio. Los estudios epidemiológicos disponibles con población adolescente indican que, sobre todo en algunos problemas de salud, existe una brecha importante entre las necesidades sentidas (demanda potencial) y las necesidades expresadas (demanda real) en este sector de población; y esa brecha se explica en buena medida por la percepción que tienen los adolescentes acerca de los Servicios de Salud y de los mismos profesionales que les atienden.

Por ello, se hace necesario dar una información clara sobre los servicios que prestan, los pasos o procedimientos para su uso por el y la adolescente, así como enfatizar los aspectos relacionados con la accesibilidad. Disponer de una imagen y un lema y hacérselo familiar y reconocible facilita el contacto con el Programa. Ahondando en estrategias que facilitan el conocimiento del programa está la realización de encuestas de necesidades, por ejemplo, en los centros educativos al inicio del curso escolar, y en las que se les pregunta, entre otras cosas, si conocen la existencia del Centro

^{xvi} Una de las actividades que realizamos con los centros educativos cuando realizamos educación sexual es invitarles a visitar el CMS. Acuden individualmente, por parejas o la clase entera y aprovechamos para presentar el centro, las consultas y los profesionales que les pueden atender. De esta forma conseguimos que las consultas sean un lugar con personas referentes y no un sitio abstracto con personas desconocidas a las que acudir con cuestiones de índole íntima.

Municipal y su ubicación.

Una de las características claves de la atención a adolescentes es la confidencialidad, no sólo desde la perspectiva del secreto profesional, sino también del reconocimiento del derecho que tienen los y las adolescentes a ser atendidos, sin la obligatoriedad del consentimiento de madres o padres, al considerarles como sujetos maduros y responsables, condición *sine qua non* para conseguir la tan exigida responsabilidad adolescente. Transmitir a las y los adolescentes la seguridad de que su consulta será confidencial y que no requiere de ninguna autorización ni documentación es sin duda una de las claves para conseguir que acudan a los centros. Este aspecto representa hoy en día una de las principales barreras en la atención en Salud Sexual y Reproductiva a los y las adolescentes. Muchos profesionales se declaran *objetores* para atender a menores sin el consentimiento de sus padres. Se crea así la paradoja de que, por un lado les culpabilizamos en relación a sus comportamientos de riesgo y, por otro, les negamos la atención e información necesaria para que su salud sexual y reproductiva sea potencialmente saludable.

Conseguido el objetivo de que acudan a la consulta, se hace preciso que la entrevista con el o la adolescente y la atención del servicio responda a determinados criterios de calidad. En no pocas ocasiones es preciso separar la demanda explícita de la implícita, porque suele suceder que tras la demanda expuesta aparecen otras necesidades o problemas (consciente o no) a las que hemos de dar respuestas. La mejor herramienta metodológica que hemos encontrado es la entrevista abierta, basada en la escucha activa, donde la empatía se nos presenta como la mejor manera de conocimiento e intervención. Cada chico o chica es una persona, una historia que ha de ser abordada de forma personal e individualizada. Las recetas estándar se nos han mostrado limitadas y limitantes. Los y las adolescentes suelen venir acompañados (parejas, amigos, etc.), que en la mayoría de las ocasiones se configuran como componentes fundamentales para el diagnóstico y la terapia. Así, es imprescindible dar espacios a los acompañan-

tes, sin alterar la privacidad y confidencialidad de la atención.

Trabajar con adolescentes exige un entrenamiento de los y las profesionales que hace preciso incidir y conocer la actitud de los mismos, con el fin de conseguir que sea abierta y flexible, no autoritaria ni moralizante, ayudándoles a mantener una distancia (física y afectiva) óptima, y que evite prejuicios. Conseguir crear un clima de confianza, tolerante y profesionalizado ha sido una de las bazas más importante para la *buena marcha* del Programa.

A modo de resumen

Tras ocho años de experiencia han sido muchas las cosas que hemos aprendido, lo que nos permite plantear que los programas o consultas específicos para jóvenes son una forma eficaz y eficiente de trabajo. Este tipo de programas de intervención en salud sexual y reproductiva mejora cuando se fundamentan en las necesidades expresadas y sentidas por los y las adolescentes; cuando las estructuras y dispositivos están orientados de forma específica en espacios y en horarios a los que ellas y ellos puedan acceder sin complicaciones, con profesionales que posean una formación especializada y donde se contemplen no sólo el conocimiento de los trastornos y patologías de la pubertad y adolescencia, sino que sea extendida a las esferas psicológicas y sociales que configuran el mundo adolescente y su salud sexual y reproductiva.

BIBLIOGRAFÍA

- Aláez, M., Madrid, J., Mayor, M., Babin, F. Y Cebrián, M. (1996). "Evaluación de un programa de atención a adolescentes en materia de sexualidad y anticoncepción (Programa Joven de Hortaleza). *Clínica y Salud* (7), 293-315.
- Antona, A. (2001). "Promoción de la Salud y prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual". *Revista de Estudios de Juventud*. (55), 31-38.
- Antona, A., Madrid, J. y Alaez, M. (2003). "Adolescencia y Salud". *Papeles del psicólogo*. (84), 45-53.
- Barranco, E (2001). "Salud y relaciones afectivas y sexuales adolescentes" "Manual de salud reproductiva en la adolescencia" Sociedad Española de Contracepción. Wyeth-Lederle. Zaragoza.
- Brugera, M.,Asolo,I., Yega,M, y Espinoza,E. (2001). Intereses y necesidades de salud en un grupo de adolescentes según sexo y edad. XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente. Libro de ponencias. Pamplona. SEMA.
- Funes, J. (1990). "Nosotros los adolescentes y las drogas. *Ministerio de Sanidad y Consumo*. Madrid.
- Madrid, J. y Antona, A. (2000). "Programa del Adolescente" *Ayuntamiento de Madrid*. Madrid.
- Martín, M y Velarde, O. (2001). "Informe Juventud en España 2000". *INJUVE. Ministerio de Educación y Cultura*. Madrid.
- Schering (2002). "Primera encuesta Schering sobre sexualidad y anticoncepción en la juventud española" IPD Fundación Schering España. Equipo Daphne. Madrid.
- Serrano, I. (1990). "Educación para la Salud y participación comunitaria. Una perspectiva metodológica." Díaz de Santos. Madrid
- Silber, T., Munist, M., Maddaleno, M. y Suárez, E. (1992). "Manual de Medicina de la adolescencia". *Organización Panamericana de Salud*. Serie Paltext para ejecutores de Salud (20). 587-600. Washington, D.C. Organización Mundial de la Salud