

maternitat

infància

adolescència



Pla de salut afectiva i sexual (PSAS)

Promoció i prevenció en la infància i l'adolescència, amb especial èmfasi en la població vulnerable



GRISIJ Grup de Recerca en Intervencions Socioeducatives en la Infància i la Joventut

 Generalitat de Catalunya
Agència de Salut Pública de Catalunya

Direcció i coordinació

Mireia Jané Checa
Pere Amorós Martí
M^a Cruz Molina Garuz
M^a José Vidal Benedé
Antoni Mateu i Serra

Equip de recerca

Universitat de Barcelona

Pere Amorós Martí, Universitat de Barcelona
M^a Àngels Balsells Bailón, Universitat de Lleida
Elia Díez, Agència de Salut Pública de Barcelona
Núria Fuentes Peláez, Universitat de Barcelona
Ainoa Mateos Inchaurredo, Universitat de Barcelona
M^a Cruz Molina Garuz, Universitat de Barcelona
Crescencia Pastor Vicente, Universitat de Barcelona
Clara Quevedo, Facultat de Pedagogia, Universitat de Barcelona

Agència de Salut Pública de Catalunya

Carmen Cabezas Peña. Subdirecció General de Promoció de la Salut
Albert Giménez Masat. Programa per a la prevenció i l'assistència de la sida
Angelina González Viana. Programa de salut als barris
Mireia Jané Checa. Programa de salut maternoinfantil
Tona Lizana Alcazo. Pla director d'immigració en l'àmbit de la salut
Núria Mestre Roset. Programa per a la prevenció i l'assistència de la sida
M^a José Vidal Benedé. Programa de salut maternoinfantil

Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència

Joan Malloral Simón. Subdirecció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència
M^a José Morcillo Buscato. Servei de Planificació i Avaluació

Col·laboradors/es

Professionals participants

Mireia Amat Segalà, Casal dels Infants del Raval. Barcelona
Queralt Anglès Devesa, Centre Residencial d'Acció Educativa (CRAE) Vilana. Barcelona
Ana Archeaga. Aldees Infantils SOS Catalunya
M. Ángeles Avecilla Palau, Programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva (PASSIR). Badalona
Carmen Borreguero Pinel, Ajuntament de Manresa
Anna Cabot Dalmau, Associació de Mediadors Culturals Africans del Maresme "Vine amb mi". Ajuntament de Mataró
Montse Canet Ponsa, Centre d'Atenció Primària. Olot, Girona
Esther Cármenes Prades, Centre Residencial d'Acció Educativa (CRAE) Les Palmeres. Barcelona
Ana Maria Cerro Miranda, Consorci Sanitari Integral
Ana Corchero Cabrera. Aldees Infantils SOS Catalunya
Maite Cortés Albaladejo. Ajuntament de Sabadell
Montse Crespo Mahilla, Centre d'Acolliment Talaia. Barcelona
Montse Cullerell Parés, Centre d'Atenció Primària Raval Nord. Barcelona
Montserrat Domínguez, Ajuntament de Canovelles. Barcelona
Raquel Écija Martín, Aldees Infantils. Sant Quirze del Vallès. Barcelona
Marta Fernández Guasp, Centre Residencial d'Acció Educativa (CRAE) Llar Claudina. Barcelona
Isabel Ferré. Programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva (PASSIR). Badalona, Barcelona
Jaume Font Planells, Fundació Pagesos Solidaris. Fundació Sida i Societat
Carme Fornells Ortiga, Centre Jove de Salut Integral. Girona
Ramona Gelabert Prat, Ajuntament de Sabadell
Raquel Gómez Rodríguez, Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat (CJAS). Barcelona
Carmen Gómez Serra, Centre d'Atenció Primària. Balaguer, Lleida
Montserrat Gómez Torras, Ajuntament de Manresa. Barcelona
David González Miguel, Centre Residencial d'Acció Educativa (CRAE) Minerva. Barcelona
Iolanda Gordillo Ollé. Centre Residencial d'Acció Educativa (CRAE) Manresa. Barcelona

M^a Dolors Guix Llistuela, Programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva (PASSIR). Granollers. Barcelona

Rosario Jiménez Leal, Consulta Jove. Atenció Primària. Vallcarca-Sant Gervasi, Barcelona

Sara Martínez Barnes, Centre Lledoners. Fundació Mercè Fontanilles. Barcelona

Àngels Martínez de Castilla Gil, Programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva (PASSIR) de Drassanes. Barcelona

Jordi Milozzi Berrocal, Centre d'Atenció Primària Santa Coloma de Gramenet. Barcelona

Rosa Mir Casals, Servei Infància, Joventut i Família. Fundació Institut de Reinserció Social (IReS)

Eva Montes Zafra, Fundació Institut de Reinserció Social (IReS)

Sandra Montoya Cot, Centre Residencial d'Acció Educativa (CRAE) Talaia. Barcelona

Aurora Morato Tercero, CI Sant Andreu. Barcelona

Anna Nadal Puig, Ajuntament de Granollers. Barcelona

Guadalupe Navas Díaz, Centre Residencial d'Acció Educativa (CRAE) Les Palmeres. Barcelona

Jesús Edison Ospina Valencia, Programa Agents Comunitaris de Salut. Agència de Salut Pública de Barcelona

M^a Jesús Penas Campos, Programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva (PASSIR). Olot, Girona

Marta Pérez Serafín, Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat (CJAS). Barcelona

Toni Pérez. Centre Residencial d'Acció Educativa (CRAE) Vilana. Barcelona

Cristina Prat Martín, Centre Residencial d'Acció Educativa (CRAE) Kairós. Barcelona

Jordi Pros Velasco, Centre Residencial d'Acció Educativa (CRAE) Minerva. Barcelona

Francesc Puigdollers Carbonell, El Local (Centre Municipal d'Iniciatives Juvenils). Canovelles, Barcelona

Manel Àlex Rojas Soriano, Centre Residencial d'Acció Educativa (CRAE) Elima. Sabadell, Barcelona

Cristina Sabaté Navarro, Centre Residencial d'Acció Educativa (CRAE) Casa Solaz Infantil. Barcelona

David Sanitjas Garreta, Ajuntament de Santa Perpètua de Mogoda. Barcelona

Edmundo Sepa Bonaba, Equip de Treball de l'Àfrica Negra a l'Ensenyament (ETANE)

Ethel Sequeira Aymar, Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample (CAPSE). Barcelona

Marta Soler Oliva, Centre Residencial d'Acció Educativa (CRAE) Casa Solaz Infantil. Barcelona

Gumersindo Torrecusa Garrido, Associació per a la Prevenció i la Promoció de la Salut (CEPS). Barcelona

Maite Utgés Nogues, Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil de Balaguer. Lleida

Sara Valmajor Safont, Associació per a la Prevenció i la Promoció de la Salut (CEPS). Barcelona

Andreu Villalba Biarnès, Centre Residencial d'Acció Educativa (CRAE) La Llar. Barcelona

Ana María Zaragoza Bas, Programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva (PASSIR). Ciutat Vella. Barcelona

Ana Zaragoza Marfa, Programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva (PASSIR) SAP Muntanyà. Barcelona

Joves participants en els grups focals contactats mitjançant les entitats següents

Ajuntament de Lleida

Centre Residencial d'Acció Educativa (CRAE) Talaia. Barcelona

Centre Residencial d'Acció Educativa (CRAE) Vilana. Barcelona

Centre Jove de Salut Integral. Girona

Centre de Recursos Juvenils (CRAJ). Cornellà, Barcelona

Casal dels Infants del Raval. Barcelona

El Local (Centre Municipal d'Iniciatives Juvenils). Canovelles, Barcelona

© 2014, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 3.0 de Creative Commons.

La llicència es pot consultar a <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/>

Dipòsit legal

B. 1379-2014

Edita

Agència de Salut Pública de Catalunya. Departament de Salut

1a edició

Barcelona, febrer de 2013

Assessorament i revisió lingüística

Secció de Planificació Lingüística del Departament de Salut

URL

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.137833b1b7903d2d48af8968b0c0e1a0/?vgnextoid=400cb088013da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=400cb088013da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=detall&contentid=f9a758ba52fbf210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD>

Índex

Introducció	7
PART I: MARC TEÒRIC	12
1. La salut afectiva i sexual en l'adolescència	12
1.1. Inici de les relacions sexuals	13
1.2. Ús del preservatiu i d'altres mètodes.....	15
1.3. Infeccions de transmissió sexual (ITS)	18
1.4. L'embaràs adolescent	19
2. Factors associats als embarassos i a les ITS en adolescents	25
2.1. Factors relacionats amb les condicions polítiques, socioeconòmiques, culturals i mediambientals	26
2.2. Factors relacionats amb les xarxes socials i comunitàries.....	28
2.3. Factors relacionats amb les característiques personals i els estils de vida	32
3. Les intervencions preventives de l'embaràs i de les ITS i del VIH/sida en adolescents	35
3.1. La intervenció en poblacions específiques	35
3.2. La intervenció educativa.....	38
3.3. La intervenció familiar	44
3.4. La intervenció des dels serveis sanitaris i la provisió de contracepció	46
3.5. L'atenció social i comunitària.....	48
3.6. La metodologia i els recursos.....	49
4. Bibliografia	51
PART II: ANÀLISI DE NECESSITATS SOBRE LA SEXUALITAT EN JOVES EN SITUACIÓ DE VULNERABILITAT	59
1. Objectius	60
2. Enfocament metodològic i disseny	61
2.1. Fases de l'anàlisi de necessitats	62
3. Descripció dels participants.....	72
3.1. Característiques dels professionals.....	72
3.2. Característiques dels adolescents.....	73
4. Resultats dels grups de discussió amb professionals	75
4.1. Accions i recursos de promoció de la salut afectiva i sexual: característiques principals.....	75
4.2. Valorar les accions d'educació afectiva i sexual	78
4.3. Analitzar les necessitats diferencials d'adolescents en situació de vulnerabilitat	81
4.4. Explorar les propostes d'acció més innovadores.....	84
4.5. Comprendre les mancances per dur a terme les accions i els programes d'educació afectiva i sexual.....	86
4.6. Identificar les fortaleeses per dur a terme les accions i els programes d'educació afectiva i sexual	89
5. Anàlisi dels resultats dels grups de discussió d'adolescents	91
5.1. Coneixements dels adolescents sobre la salut afectiva, sexual i reproductiva	91
5.2. Accions i recursos per a la promoció de la salut afectiva i sexual que han rebut els joves o en què han participat	95
5.3. Riscos: percepcions i conductes de risc dels joves	97

5.4. L'embaràs: experiència i opinions	101
5.5. Propostes per promocionar la salut afectiva i sexual dels joves	102
6. Discussió.....	109
6.1. Recursos i actuacions disponibles.....	109
6.2. Necessitats dels joves en situació de vulnerabilitat	111
6.3. Necessitats diferencials segons els col·lectius	112
6.4. Innovació per a l'educació i la promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva dels adolescents en situació de vulnerabilitat	113
6.5. Fortaleses i mancances de la xarxa i dels professionals	114
7. Bibliografia	115

PART III: PLA D'ACCIONS PER PROMOURE LA SALUT AFECTIVA, SEXUAL I

REPRODUCTIVA 116

1. Eixos i accions per promoure la salut afectiva, sexual i reproductiva.....	119
1.1. Finalitat	119
1.2. Objectius específics	119
1.3. Eixos	120
2. Eix 1. Promoció i sensibilització	122
2.1. Objectiu general	123
3. Eix 2. Formació dels professionals	129
3.1. Objectiu general	129
4. Eix 3. Treball en xarxa i promoció de les xarxes socials	136
4.1. Objectiu general	137
5. Eix 4. Optimització i adequació de recursos	143
5.1. Objectiu general	144
6. EIX 5. Intervenció amb joves en situació de vulnerabilitat	150
6.1. Objectiu general	150
7. Eix 6. La intervenció familiar	157
7.1. Objectiu general	158
Planificació	164

Introducció

La salut afectiva i sexual és un dret dels adolescents, i promoure una sexualitat responsable és un deure de les institucions públiques. La Llei de salut sexual i reproductiva i d'interrupció voluntària de l'embaràs del 2010 i la Llei 14/2010, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència a Catalunya (Departament d'Acció Social i Ciutadania, Generalitat de Catalunya, 2010), emparen aquests drets.

Els adolescents passen per una etapa vital en la qual l'afectivitat i la sexualitat es viu amb molta intensitat i pren el significat d'una forma de relació i de desenvolupament de la identitat personal. La manera de viure i d'expressar-se determina en gran mesura el desenvolupament personal i el benestar. La cultura, el context social i l'ambient familiar, entre d'altres, incideixen en la manera d'entendre i percebre les relacions afectives i sexuals.

L'Associació Mundial de la Salut Sexual (World Association for Sexual Health-WAS, 2008) afirma que, per aconseguir la salut sexual, totes les persones i també els adolescents han d'accedir a la informació completa i a l'educació integral de la sexualitat, així com als serveis d'atenció a la salut sexual en tot el cicle de la vida.

Actualment, es coincideix a conceptualitzar la sexualitat des de la integritat de l'ésser humà, més enllà del concepte tradicional que la considerava únicament des del fet biològic i reproductiu. Per l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2006:5), "la sexualitat és un aspecte central de l'ésser humà present durant tota la vida que inclou el sexe, la identitat i el rol de gènere, l'orientació sexual, l'erotisme, el plaer, la intimitat i la reproducció. Pot ser viscuda i expressada en forma de pensaments, fantasies, desitjos, creences, actituds, valors, conductes, pràctiques, rols i relacions interpersonals, tot i que no sempre s'expressen totes aquestes dimensions. La sexualitat està influïda per la interacció de factors biològics, psicològics, socials, econòmics, polítics, ètics, històrics, religiosos i espirituals".

La salut afectiva i sexual implica una visió positiva envers les relacions afectives i, per tant, experiències satisfactòries, segures, sense coacció, discriminació ni violència. El respecte cap a les opcions sexuals i l'acompliment dels drets sexuals són elements necessaris per a la salut integral.

La salut reproductiva es defineix i conceptualitza de manera diferenciada amb referència específica als processos reproductius, i incideix en la possibilitat de tenir una vida

afectiva i sexual satisfactòria i de decidir-ne lliurement el moment i la freqüència, en relació amb la reproducció. La informació i l'accés als serveis d'atenció a la salut i als mitjans de planificació familiar segurs es consideren un dret per assolir una vida reproductiva saludable, per a la mare, per a la parella i també per als fills i filles.

Des d'aquesta perspectiva la salut reproductiva inclou la salut afectiva i sexual, de manera que els serveis d'atenció a la salut reproductiva haurien d'incorporar accions orientades a millorar el benestar personal i relacional a més dels consells relacionats amb la reproducció i les infeccions de transmissió sexual (ITS).

La promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva preveu la integració d'uns requisits bàsics definits per la WAS (2008):

- Reconèixer, promoure, garantir i protegir els drets sexuals per a tothom i ubicar-los en el context dels drets humans.
- Avançar cap a la igualtat i l'equitat de gènere.
- Condemnar, combatre i reduir totes les formes de violència relacionades amb la sexualitat.
- Promoure l'accés universal a la informació completa i l'educació integral de la sexualitat.
- Assegurar que els programes de salut reproductiva reconeguin el caràcter central de la salut sexual.
- Detenir i revertir la propagació de la infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH) i altres ITS.
- Identificar, abordar i tractar les preocupacions, les disfuncions i els trastorns sexuals.
- Aconseguir el reconeixement del plaer sexual com un component de la salut i el benestar total.

Taula 1. Declaració dels drets sexuals de l'Associació Mundial de Sexologia (Organització Mundial de la Salut, OMS – Organització Panamericana de la Salut, OPS, 2000:11)

- Dret a la llibertat sexual
- Dret a l'autonomia, la integritat i la seguretat sexual del cos
- Dret a la privacitat sexual
- Dret a l'equitat sexual
- Dret al plaer sexual
- Dret a l'expressió sexual emocional
- Dret a la lliure associació sexual
- Dret a la presa de decisions reproductives, lliures i responsables
- Dret a la informació basada en el coneixement científic
- Dret a l'educació sexual integral
- Dret a l'atenció de la salut sexual

Aquesta perspectiva pluridimensional i ecològica de la salut afectiva, sexual i reproductiva integra les vessants emocional, afectiva i social, especialment importants en els adolescents. La construcció de la identitat sexual, les relacions respectuoses i satisfactòries amb els altres, els iguals i els adults, així com el desenvolupament d'un autoconcepte i d'una autoestima positives contribueixen al seu creixement com a persones i ciutadans i ciutadanes amb drets i deures també respecte a la sexualitat.

La identitat sexual es forma amb el pas dels anys i permet a la persona formular un concepte de si mateixa sobre la base del seu sexe, gènere i orientació sexual, i desenvolupar-se socialment d'acord amb la percepció que té de les seves capacitats sexuals. En aquest període els adolescents defineixen la seva orientació sexual i requereixen el respecte de l'altre per desenvolupar un concepte positiu de si mateixos i poder manifestar-se i expressar-se amb seguretat i llibertat.

La situació de vulnerabilitat o de risc social en els adolescents pot anar acompanyada de dèficits afectius importants, per la situació familiar, per la diferència cultural o pel context social. En general, la dimensió afectiva pren especial importància en l'adolescència i és necessària una percepció ben entesa del vincle afectiu com una forma d'establiment de llaços amb altres, tant pel que fa a la parella com a la família i a l'àmbit social.

L'amor, tal com expressa l'OPS (2000:7), representa una forma particularment desitjable de vincle afectiu. L'afectivitat, les emocions, l'enamorament i el desamor són aspectes de la sexualitat que cal tractar amb els adolescents, perquè el fet de viure'ls

intensament no dificulti els comportaments sexuals responsables, que són un signe de maduresa, honestat, autonomia i respecte, i perquè no s'acostin a les conductes violentes, d'explotació, manipulació i discriminació.

La rellevància de la dimensió social de la sexualitat també és reconeguda per les organitzacions que vetllen pel benestar social de les persones més vulnerables, com la UNICEF, que afirma que diferents condicions socials –com una bona educació, una carrera professional, condicions adequades d'habitatge o el retard del naixement dels fills, entre d'altres– constitueixen la norma dels països desenvolupats. Aquestes condicions es poden veure afectades per un embaràs adolescent no planificat.

Tanmateix, cal conèixer les percepcions dels joves respecte de la maternitat, ja que per un o una adolescent amb una percepció negativa del seu benestar actual, tenir un fill o filla a qui pot oferir afecte i de qui en pot rebre, pot ser una opció atractiva. Al contrari, la percepció pot ser diferent en adolescents amb un context familiar i social de suport i acompanyament i expectatives de vida positives, que poden veure afectats el seu benestar i futur per un embaràs imprevist. Les taxes de fecunditat en adolescents poden servir, doncs, com a indicadors d'un aspecte de la seva vida (UNICEF, 2007).

L'educació dels adolescents ha d'incorporar l'afectivitat i la sexualitat com un dret reconegut per promoció de la salut afectiva i sexual. L'OPS (2000:29) es refereix a l'educació sexual integral com un procés vital que comporta l'adquisició de coneixements, actituds i valors respecte a la sexualitat i la considera una de les millors inversions de la societat.

L'educació afectiva i sexual dels adolescents ha de fomentar les relacions sexuals responsables i segures, que redueixin el risc d'embarassos no planificats i d'ITS, fomentin el respecte a les diferències culturals i d'orientació sexual i afavoreixin comportaments equitatius de gènere, des d'una perspectiva global de desenvolupament saludable. L'escola i els serveis socioeducatius són espais idonis per desenvolupar l'educació afectiva i sexual en un context de promoció de la salut en totes les etapes educatives, que s'ha de complementar amb intervencions comunitàries i de serveis d'atenció a la salut.

Els serveis d'atenció sanitària reproductiva, orientats a fomentar la salut reproductiva i el benestar de les persones ateses, actualment inclou l'atenció a la salut afectiva i sexual, amb el propòsit de millorar la qualitat de vida, les relacions personals, i també prevenir problemes de salut reproductiva i les ITS.

L'anàlisi i la reflexió sobre els elements conceptuals i principis generals aporten les bases i els fonaments per a l'acció. El repte és adequar les accions a les necessitats dels diferents contextos i actuar d'acord amb l'evidència que aporta l'experiència i la investigació científica, respectant els principis ètics de qualsevol acció educativa, sanitària i social.

El Pla de salut afectiva i sexual, Pla SAS, que es presenta a continuació es fonamenta en les evidències que aporta la revisió de la literatura científica especialitzada i en l'anàlisi de necessitats dels agents implicats. La proposta d'actuacions es desenvolupa en sis eixos, seguint el model dels determinants de la salut de Dahlgren i Whitehead (1995), per tal d'incidir en aquells factors personals i del context que interactuen i que són modificables, i fa especial èmfasi a les situacions de vulnerabilitat per contribuir a l'equitat en salut: 1) Sensibilització i comunicació; 2) Formació de professionals; 3) Treball en xarxa; 4) Optimització de recursos; 5) Intervenció amb joves, i 6) Intervenció familiar.

PART I: MARC TEÒRIC

1. La salut afectiva i sexual en l'adolescència

La salut afectiva i sexual en l'adolescència ha esdevingut una preocupació social de primer ordre. Les conseqüències adverses de les pràctiques sexuals no segures, com l'embaràs i les infeccions de transmissió sexual, inclosa la infecció pel VIH, afecten la vida dels adolescents i també de les persones adultes. Les conductes de risc són habituals quan els adolescents comencen a interessar-se pel sexe i s'associen sovint a altres conductes de risc per a la salut, com l'ús de drogues, legals o il·legals.

La relació inversa entre la salut i les poblacions vulnerables és una realitat patent, de manera que la millora de les condicions socials pot conduir a millorar la salut. Una revisió sobre l'embaràs adolescent i l'exclusió social (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007) assenyala que aquestes desigualtats són conseqüència de la interacció complexa d'una sèrie de factors:

- els efectes a llarg termini d'una posició social desfavorida;
- les diferències en l'accés a la informació, els serveis i els recursos;
- les diferències en l'exposició al risc;
- la falta de control de les pròpies circumstàncies de vida;
- un sistema de salut que reforça les desigualtats socials i econòmiques.

Certs col·lectius adolescents viuen en condicions vitals que els fan vulnerables i que comporten risc d'exclusió social. Aquest cúmul de circumstàncies pot incidir, a més, en l'adopció de conductes de risc per a la salut. Les persones adolescents de famílies amb un nivell socioeconòmic baix, les que experimenten fracàs escolar, les persones joves tutelades, les immigrants i les mares i pares adolescents, així com els seus germans i germanes, es troben en una situació vulnerable respecte a la salut i, en concret, la salut afectiva, sexual i reproductiva (NICE, 2007).

Swann i col·laboradors (NHS, 2003) assenyalen que les persones adolescents que deixen els centres tutelats, les que han patit fracàs escolar, les filles de mares adolescents, les que pertanyen a minories ètniques, les adolescents involucrades en situacions delictives greus com crims, les sense sostre, etc. estan també més

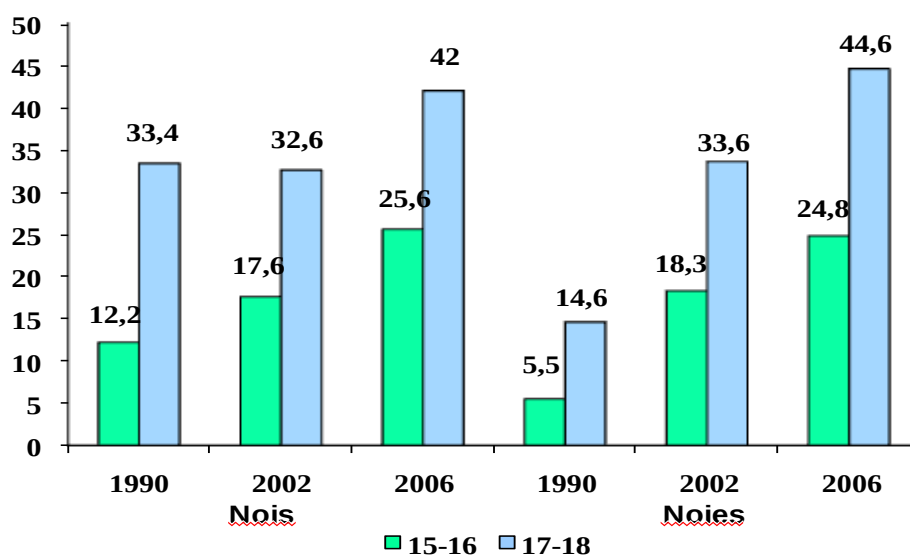
exposades a patir una maternitat/paternitat adolescent. Totes presenten un risc elevat de pràctiques sexuals no segures.

L'embaràs i la maternitat en l'adolescència s'associen a conseqüències socials i de salut desfavorables tant per a les mares com per als fills i filles. Les mares adolescents presenten amb més freqüència depressió postpart, alleten menys, acostumen a disposar de menys recursos econòmics, els fills i filles tendeixen a experimentar a la vegada una maternitat adolescent i experimenten un increment del risc de mortalitat infantil (Trip, 2006; NICE 2007). Tot i així, cal tenir present que alguns joves opten per la maternitat al final de l'adolescència com una opció positiva (Department for Education and Skills, 2006).

1.1. Inici de les relacions sexuals

L'edat d'inici de les relacions sexuals té una importància cabdal en la salut afectiva, sexual i reproductiva. En les últimes dècades l'edat d'inici de l'activitat sexual a Espanya ha presentat una davallada. Ha estat especialment significatiu entre les noies, que han arribat a igualar-se amb els nois, segons l'enquesta de l'OMS *Conductes dels escolars relacionades amb la salut* (ECERS-HBSC) (Moreno et al., 2011).

Gràfic 1. Percentatge de nois i noies de 15 a 18 anys que ha tingut relacions sexuals coitals

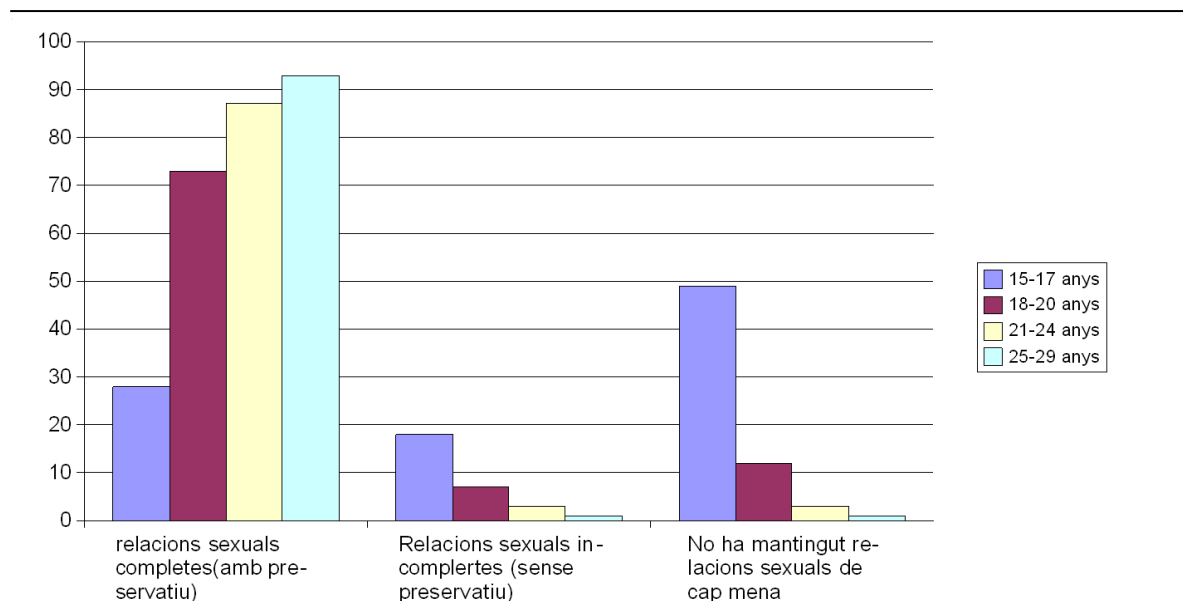


Font: Enquesta ECERS-HBSC, Espanya, 1990, 2002 i 2006

L'estudi *Jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por VIH* analitza la població espanyola de 18 a 29 anys a partir de l'*Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales* (M. Belza, 2006). Segons aquest estudi, l'edat mitjana d'inici de la primera relació sexual a Espanya és de 17 anys en els homes i de 18 anys en les dones.

Segons el darrer sondeig d'opinió i situació de la gent jove de l'Instituto de la Juventud (INJUVE) en què s'estudia l'activitat sexual, fet l'any 2008, un 78% de les persones de 15 a 29 anys a Espanya ha mantingut relacions sexuals coitals. Entre els 15 i els 17 anys el 49% no ha iniciat relacions sexuals de cap tipus, un 18% ha mantingut relacions sense penetració i un 28% ha tingut relacions amb penetració. L'edat mitjana de la primera relació sexual coital se situa als 17 anys, set mesos abans que en l'enquesta anterior de l'INJUVE del 2003. Entre els que han tingut relacions, els nois inicien les relacions coitals als 16,8 anys i les noies als 17,5 anys (INJUVE, 2008).

Gràfic 2. Activitat sexual en joves de 15 a 29 anys. Sondeig d'opinió de la gent jove. INJUVE, Espanya, 2008



Font: 2008: Sondeig d'opinió de la gent jove. INJUVE (EJ132)

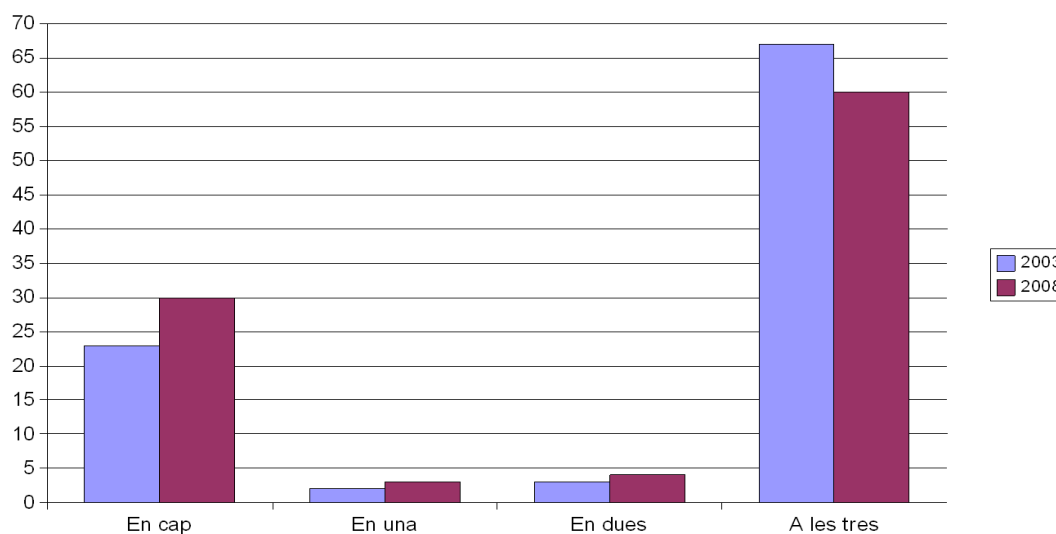
A Catalunya, d'acord amb l'enquesta escolar realitzada a tercer i quart d'educació secundària obligatòria (ESO) en el curs 2005-2006, un 30,5% de l'alumnat ha mantingut relacions sexuals amb penetració (Departament de Salut, 2008). Aquest percentatge és

superior en l'alumnat de quart d'ESO, entre els nois, i en l'alumnat d'origen estranger. A Barcelona, les enquestes escolars FRESC (factors de risc a l'escola secundària) mostren que el percentatge d'adolescents que ha tingut relacions coitals a quart d'ESO va passar del 25% l'any 2004 al 33% el 2008 (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2010).

1.2. Ús del preservatiu i d'altres mètodes

El mètode anticonceptiu més emprat per la població espanyola i, en especial, pel jovent és el preservatiu. L'enquesta a joves de l'INJUVE (2008) així ho posa de manifest ja que un 60% va manifestar que l'havia utilitzat en les darreres pràctiques sexuals. En relació amb l'enquesta de l'INJUVE del 2003, s'aprecia un descens en l'ús d'aquest entre els joves que declaren que han utilitzat el preservatiu en les darreres relacions sexuals.

Gràfic 3. Evolució de l'ús del preservatiu en les darreres relacions sexuals. Sondeig d'opinió de la gent jove. INJUVE, Espanya 2003 i 2008



Font: 2003: Sondeig d'opinió de la gent jove. INJUVE (EJ093)
2008: Sondeig d'opinió de la gent jove. INJUVE (EJ132)

Per edats, els grups més joves utilitzen el preservatiu molt freqüentment i el deixen de fer servir de manera progressiva.

Taula 2. Ús del preservatiu en les darreres relacions sexuals segons l'edat i el sexe. Sondeig d'opinió de la gent jove. INJUVE, Espanya 2008

	Van utilitzar preservatiu (%)
Homes	72
Dones	59
De 15 a 17 anys	91
De 18 a 20 anys	84
De 21 a 24 anys	67
De 25 a 29 anys	56

Les diferències d'utilització entre nois i noies es relacionen amb l'ús d'altres mètodes contraceptius per a les noies i, a mesura que augmenta l'edat, amb l'establiment de parelles més estables acompanyades d'un canvi de mètode contraceptiu, com l'anticoncepció hormonal. Entre els aspectes que dificulten l'ús del preservatiu, l'informe d'aquesta enquesta destaca la baixa accessibilitat, la imprevisió de la relació sexual, el baix nivell d'estudis, les influències culturals i religioses, la baixa percepció de risc, les dificultats de comunicació i el consum de drogues i alcohol.

A Catalunya, segons l'enquesta realitzada a l'alumnat de tercer i quart d'ESO el curs 2005-2006, el mètode anticonceptiu utilitzat amb més freqüència l'última vegada que s'han mantingut relacions sexuals és el preservatiu (75%). Un 8,9% declarava que no ha utilitzat cap mètode. Per sexes, el 71,9% dels nois i el 78,9% de les noies va utilitzar el preservatiu en la darrera relació sexual. Segons el país d'origen, un 66,1% de l'alumnat estranger o d'origen estranger havia utilitzat el preservatiu en la darrera relació, i un 14% no havia utilitzat cap mètode. A Barcelona l'enquesta FRESC 2008 mostra que, a quart d'ESO, un 91% dels nois que ha tingut relacions amb penetració i un 90% de les noies utilitza el preservatiu sempre o gairebé sempre (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2010).

En termes comparatius internacionals, els adolescents espanyols són els que més utilitzen el preservatiu entre els països europeus, amb un 89% als 15 anys, i Espanya és també el país europeu amb un percentatge més baix d'ús de contracepció hormonal, amb un 4% d'ús als 15 anys, davant del 52% d'Holanda, el país on més s'utilitza aquest mètode (Currie et al., 2008).

En efecte, corroborant les dades nacionals esmentades abans, un 80% dels joves de 17 a 18 anys declara que ha utilitzat el preservatiu masculí en la darrera relació sexual, el percentatge més alt dels països participants en l'estudi. Cal tenir en compte, però, que

un 10% dels i les espanyoles de 15 a 16 anys declara que no ha utilitzat cap mètode en la darrera relació, un 10,4% la marxa enrere i un 2,7% no sap quin mètode va utilitzar.

A Catalunya, des de l'octubre del 2004, en què l'anticoncepció d'emergència es va començar a dispensar als centres d'atenció primària de salut, fins al desembre del 2009, es van dispensar 288.412 d'aquests tractaments en centres sanitaris de la xarxa sanitària d'utilització pública. La distribució per edats de les usuàries mostra una gran concentració entre les joves de 16 a 24 anys. Un 5,5% són menors de 16 anys, un 31,1% té de 16 a 19 anys i un 24,9% entre 20 i 24 anys. En edats posteriors se'n redueix l'ús. En conjunt, un 36,6% té menys de 20 anys. En relació amb l'ús reiterat del tractament, les dones menors de 20 anys hi són menys propenses i no mostren un consum reiteratiu del tractament. El 77% de les dones l'ha pres exclusivament en una ocasió i un 23% l'ha pres dues vegades o més (Departament de Salut, 2009).

Un estudi qualitatiu de grups focals amb joves immigrants realitzat pel Ministeri de Sanitat i Consum va posar de manifest diferents aproximacions al significat de l'anticoncepció d'emergència i un baix coneixement del tipus de producte, la seva actuació i l'accés (Serrano, 2007).

D'altra banda, entre algunes persones adultes, i fins i tot professionals, prevalen mites relacionats amb aquest mètode i la creença que pot influir en la disminució de la utilització d'altres mètodes anticonceptius. Tanmateix, segons diverses revisions, la dispensació de l'anticoncepció d'emergència no contribueix a reduir l'ús d'altres mètodes anticonceptius ni a incrementar les infeccions de transmissió sexual o dels embarassos no desitjats (American Association of Pediatrics, 2005).

Pel que fa als coneixements, les percepcions i les actituds dels adolescents, l'enquesta realitzada als alumnes de tercer i quart d'ESO de Catalunya en el curs 2005-2006 assenyala que un 15,4% de l'alumnat se sent desinformat pel que fa a la sexualitat, un 13,7% pel que fa als mètodes anticonceptius i un 12,7% pel que fa a la prevenció de les infeccions de transmissió sexual. En general, l'alumnat estranger se sent més mal informat que l'autòcton. L'alumnat amb autopercepció de salut regular o dolenta es declara menys informat que aquell que presenta una percepció de salut excel·lent, molt bona o bona (Departament de Salut, 2008).

La mateixa enquesta, en relació amb les actituds, indica que un 30,7% de l'alumnat pensa que aconseguir preservatius és molt difícil, amb importants diferències segons el territori (26,7% a la regió de Barcelona i el 40,9% a la de Terres de l'Ebre). Un 90,8%

dels i les joves enquestats es considera capaç d'utilitzar correctament preservatius, un 69,1% de comprar-ne i un 61,9% de portar-ne sempre. Per gènere, els nois se senten més capaços de portar sempre preservatius i de comprar-ne. Sobre el fet de rebutjar una relació sexual si no es té preservatiu o si la parella es nega a utilitzar-lo, un 71,6% declara sentir-se'n capaç. Seguint amb el gènere, un 59,8% dels nois se sent capaç de rebutjar-la davant el 83,4% de les noies. L'alumnat estranger o d'origen estranger se sent menys capaç de rebutjar una relació no protegida que els autòctons. D'altra banda, un 92% té la intenció d'utilitzar sempre el preservatiu. Apareixen diferències en relació amb l'origen, ja que un 86,7% de l'alumnat nouvingut manifesta aquesta intenció enfront d'un 93% de l'alumnat autòcton (Departament de Salut, 2008).

Com a resum de la situació, cal destacar que un 30,5% de l'alumnat de tercer i quart d'ESO (de 14 a 16 anys) ha mantingut alguna relació coital. Aquesta proporció ha augmentat en els darrers anys. D'aquests, un 72% dels nois i un 79% de les noies utilitza el preservatiu. El 75% de l'alumnat autòcton ha utilitzat el preservatiu en la darrera relació coital, davant un 66,1% de l'alumnat estranger.

1.3. Infeccions de transmissió sexual

D'acord amb el sistema de vigilància epidemiològica de Catalunya, des del 1981 fins al desembre del 2010 s'han declarat 16.729 casos de sida residents a Catalunya. D'aquests, 13.441 són homes (80,3%) i 3.288, dones (19,47%). El 80% es declara a la regió sanitària de Barcelona. S'ha estimat que a Catalunya viuen 32.932 persones infectades pel VIH/sida, és a dir, aproximadament 6 de cada 1.000 persones de 15 a 64 anys.

En relació amb la distribució per grups d'edat, no es disposa d'informació desagregada per a menors de 20 anys, ja que el grup d'edat utilitzat en el registre català engloba els joves de 15 a 24 anys. El 2006 es van declarar 4 casos de sida en joves de 15 a 24 anys (taxa de 0,58 per 100.000 habitants de 15 a 24 anys), de manera que la taxa de Catalunya és de 3,50 per 100.000 habitants. En relació amb la infecció pel VIH/sida, el 2006 es van declarar 57 casos en persones de 15 a 24 anys, cosa que comporta una taxa de 8,25 per 100.000 habitants de 15 a 24 anys; a Catalunya la taxa global és de 8,80 per 100.000 habitants.

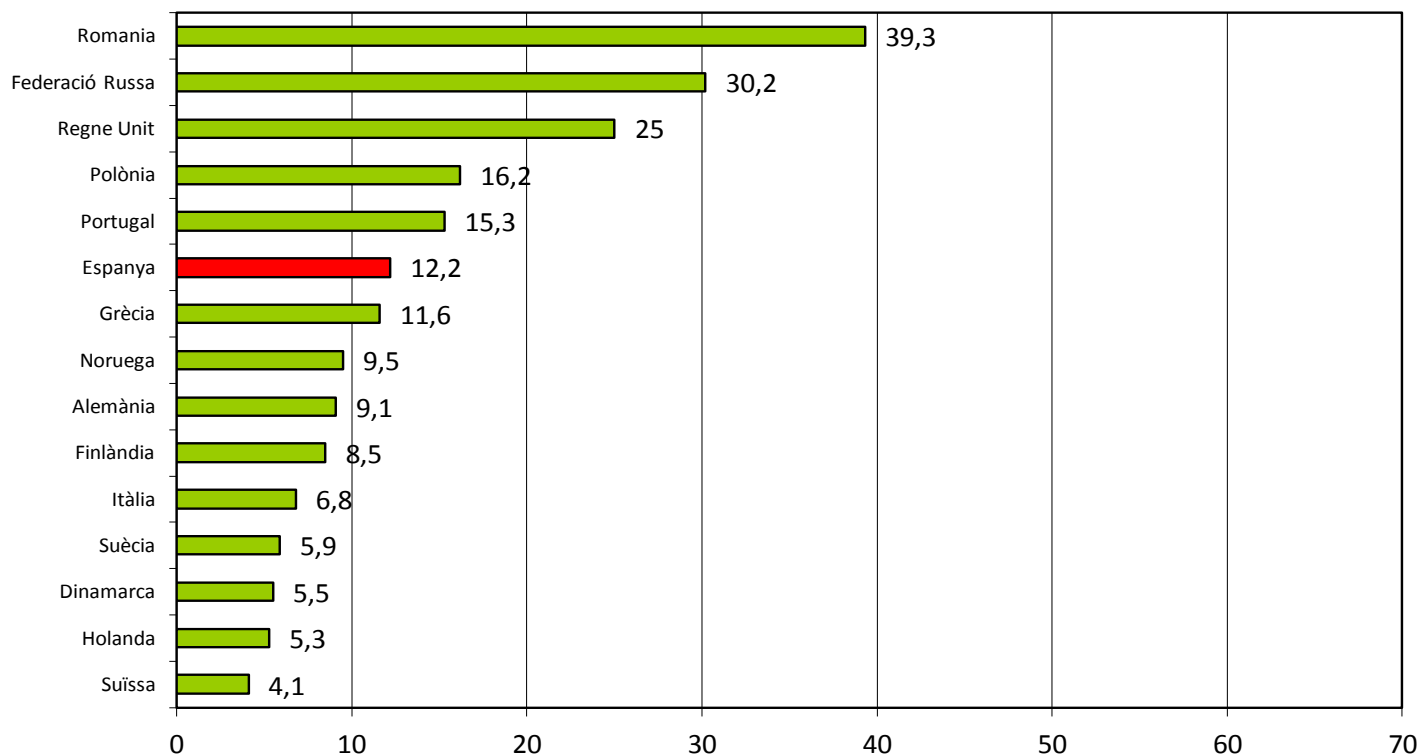
A la Unió Europea i als països occidentals adquireix especial importància la vigilància de les ITS, des de l'augment detectat a partir del 1996, en particular entre les poblacions

més vulnerables de joves menors de 25 anys, els homes que tenen relacions sexuals amb homes, els estrangers o nouvinguts, les persones VIH positives i les dones en edat reproductiva, entre d'altres. Els darrers anys, els sistemes d'informació han observat en diversos països europeus un increment sostingut de les ITS de declaració obligatòria, amb increments l'any 2009 de la gonocòccia, la sífilis, les clamídies i altres ITS. Encara que les dades no estan disponibles per a diversos països europeus, entre els quals hi ha Espanya, és significatiu que el 75% de les declaracions d'infecció per clamídia es donin en el grup d'edat de 15 a 24 anys (ECDC, 2011).

1.4. L'embaràs adolescent

Al món, la taxa de fecunditat adolescent (nombre de naixements durant un any per 1.000 dones de 15 a 19 anys), és de 48. Els països amb taxa de fecunditat adolescent més elevada són els subsaharians, amb taxes de 150 a 200, mentre que els països desenvolupats presenten taxes inferiors a 10. Entre els països occidentals, els EUA i el Regne Unit són els que presenten les taxes més elevades. El gràfic 4 mostra les taxes de naixement i d'interrupció voluntària de l'embaràs adolescent a Espanya i diversos països europeus. La taxa d'interrupció voluntària de l'embaràs a Espanya per 100 dones de 15 a 19 anys és de 12,7 l'any 2009, el darrer disponible (*Indicadores clave del sistema nacional de salud de España*. Ministerio de Sanidad y Política Social 2012).

Gràfic 4. Taxes de fecunditat adolescent (per 1.000 noies de 15 a 19 anys). Diversos països europeus, 2009



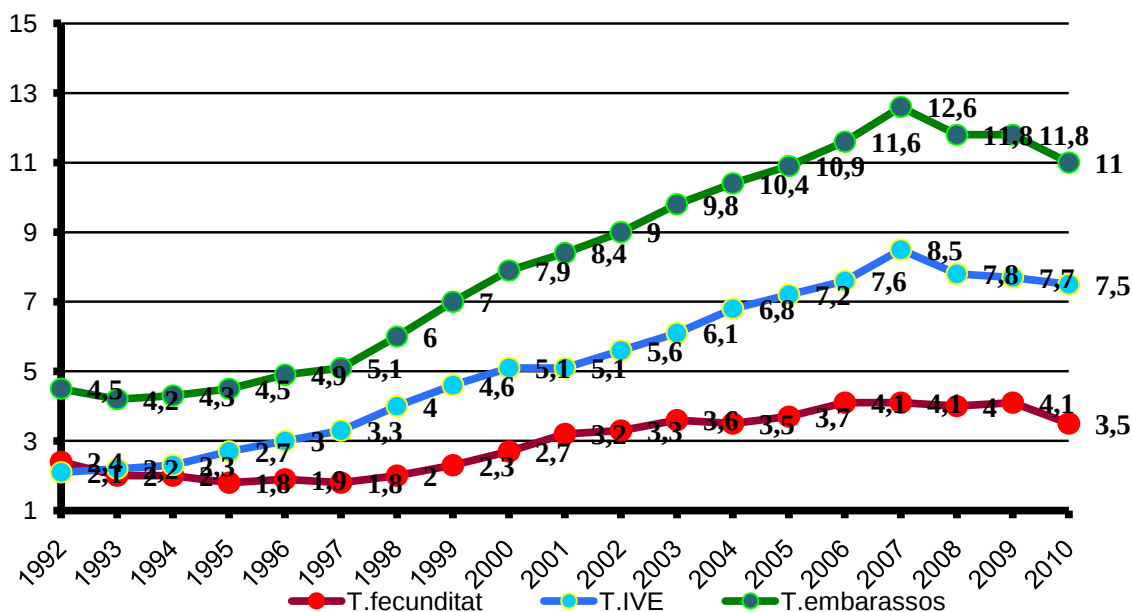
Font: UNESCO, 2012

Des del final de la dècada dels setanta, coincidint amb l'augment de l'ús de contraceptius, les taxes han decrescut a tots els països d'Europa, llevat del Regne Unit, on s'han mantingut força elevades. A Espanya, així com a les diverses comunitats autònomes, les taxes han anat augmentant l'última dècada, i, com es veu en el gràfic anterior, es troba en un rang intermedi dels països europeus. A Catalunya, durant la darrera dècada, els embarassos en adolescents han experimentat un creixement important, tot i que s'han estabilitzat els últims anys. En el grup d'edat de les noies més joves, de 14 a 17 anys, la taxa d'embarassos ha passat de 4,9 per mil l'any 1996 a 11,7 per mil l'any 2008, amb una lleugera reducció de fins a un 11,0 per mil l'any 2010. Igualment, en el grup d'edat de 15 a 19 anys la taxa d'embarassos ha passat de 17,6 per mil l'any 2000 a un 29,2 per mil l'any 2008. (Registre de nadons, ASPCAT i Registre d'interrupció voluntària de l'embaràs (IVE), Servei d'Informació i Estudis. Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitària).

Aquest augment dels embarassos adolescents fins al 2008, general a tot l'Estat espanyol, es va traduir alhora en un increment de la taxa de naixements i d'interrupció voluntària de l'embaràs. Així, la taxa de naixements a Espanya ha evolucionat d'un 9,1 per mil l'any 1998 a un 12,2 per mil l'any 2009; a Catalunya d'un 9,2 per mil l'any 1998 a un 11,0 l'any 2006 i el 2010 se situa en un 10,1 (IDESCAT, 2012). L'increment dels naixements a la meitat d'aquest període es relaciona amb l'augment del nombre de dones immigrades en edat fèrtil. El pes del fet migratori a Catalunya es pot apreciar en la distribució dels naixements de l'any 2008 segons la nacionalitat dels progenitors. El 71,1% dels nounats tenia la mare de nacionalitat espanyola, i el 28,9% estrangera. Un 71,9% dels nounats tenia pare espanyol i un 28,1%, de nacionalitat estrangera. El descens recent de la fecunditat adolescent es dona tant entre la població autòctona com entre la immigrada.

En el grup d'edat de 14 a 17 anys la taxa de naixements a Catalunya ha experimentat canvis notables, ja que ha passat d'un 2,4 per mil l'any 1998 a un 4 per mil l'any 2008. L'any 2010 s'observa una reducció de fins a un 3,5 per mil. Respecte a les IVE, el gràfic següent en mostra l'evolució en dones de 14 a 17 anys a Catalunya.

Gràfic 5. Evolució dels embarassos en dones de 14 a 17 anys (taxes per 1.000). Catalunya, 1989-2010



Font: Registre de nadons, ASPCAT. Registre d'IVE. Servei d'Informació i Estudis. DGORS.

Pel que fa a l'avortament adolescent, a Catalunya, l'any 2008, un 7,7‰ de les dones que va fer una IVE tenia entre 14 i 17 anys. Les taxes d'IVE presenten un important reixement entre les noies més joves fins al 2008, mentre que s'observa una lleugera reducció el 2010 fins al 7,5%. Caldrà observar les dades següents per veure quina és la tendència.

S'observen àmplies diferències en funció del país d'origen. Segons l'Idescat, l'any 2006 el 86,2% de les noies menors de 20 anys que vivien a Catalunya eren espanyoles i el 13,8%, estrangeres. A les taules següents es pot veure el nombre d'embarassos, naixements i avortaments en dones de menys de 20 anys segons l'edat i el país d'origen.

Taula 3. Nombre d'embarassos en dones de menys de 20 anys segons la nacionalitat. Catalunya 2008.

Edat	Residents d'origen estranger	Residents d'origen espanyol	Total d'embarassos
12	3	1	4
13	8	8	16
14	29	38	67
15	82	156	238
16	169	256	425
17	254	478	732
18	626	820	1.446
19	902	918	1.820
20	1.621	1.487	3.108
Total	3.694 (47%)	4.162 (53%)	7.856

Font: Registre de nadons. ASPCAT; Registre d'IVE. DGORS.

El nombre de naixements en noies de menys de 20 anys l'any 2008 va ser de 4.066, dels quals un 56,2% va correspondre a joves nouvingudes. La distribució es descriu a la taula següent.

Taula 4. Naixements en dones menors de 20 anys segons la nacionalitat. Catalunya 2008.

Edat	Residents d'origen estranger	Residents d'origen espanyol	Dones de nacionalitat estrangera	
			N	%
12	1	0	1	100%
13	4	3	7	57,1%
14	8	5	13	61,5%
15	24	24	48	50,0%
16	80	56	136	58,8%
17	155	138	293	52,9%
18	334	272	606	55,1%
19	537	392	929	57,8%
20	1.143	890	2.033	56,2%
Total	2.286 (56,2%)	1.780 (43,8%)	4.066	100%

Font: Registre de nadons. ASPCAT

El nombre d'IVE de les noies de menys de 20 anys va ser 3.790 l'any 2008 i d'aquests el 37,2% corresponia a població estrangera.

Taula 5. Interrupcions voluntàries de l'embaràs segons el país d'origen. Catalunya, 2008

Edat	IVES		Total
	Residents d'origen estranger	Residents d'origen espanyol	
12	2	1	3
13	4	5	9
14	21	33	54
15	58	132	190
16	89	200	289
17	99	340	439
18	292	548	840
19	365	526	891
20	478	597	1.075
Total	1.408 (37,2%)	2.382 (68,8%)	3.790

Font: Registre d'IVE. DGORS

L'any 2008 hi va haver una taxa d'embaràs adolescent en noies immigrades de 64,9 embarassos i del 17,3 per mil dones de 15 a 19 anys en noies autòctones, una taxa de naixements del 35,3 per mil en immigrades i en autòctones, de 5,4, i una taxa d'IVE en immigrades de 29,5 i d'11,8 en autòctones. Això correspon a 7.856 embarassos de noies de menys de 20 anys, dels quals el 47% eren immigrades i el 53%, autòctones; 4.066 naixements, el 56,2% dels quals les mares eren immigrades i el 43,8%, autòctones, i 3.790 IVE, de les quals el 37,2% eren de noies immigrades i el 68,8%, d'autòctones.

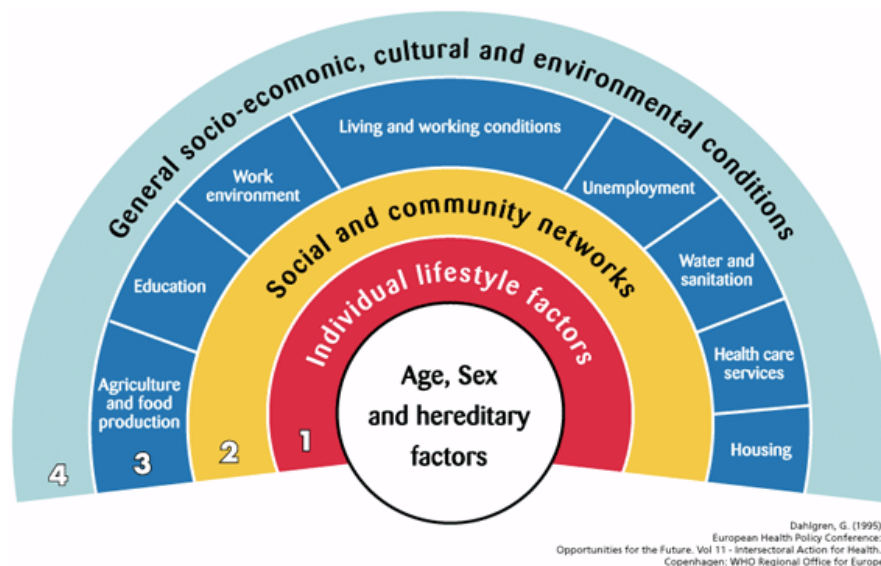
2. Factors associats als embarassos i a les ITS en adolescents

La salut i la malaltia estan determinats per múltiples factors personals i socials. La identificació d'aquests factors permet conèixer el grau de vulnerabilitat de la persona. Els factors de protecció i de risc més influents en la conducta sexual adolescent operen en diferents àrees, les quals es poden convertir en objectiu i diana per reduir l'embaràs adolescent i les ITS/VIH.

L'OMS (1998) va definir els factors de risc com les condicions socials, econòmiques, biològiques, conductuals o ambientals que s'associen a un increment de la susceptibilitat cap a una malaltia específica, una salut deficient o lesions. A la inversa, els factors de protecció designen aquells aspectes relacionats amb l'entorn i amb altres factors, com les habilitats de l'individu que afavoreixen la salut sexual adolescent, les conductes i les actituds.

Seguint el model dels determinants de la salut de Dahlgren i Whitehead (1995), podem observar que hi ha diversos factors que influeixen de manera directa i indirecta la salut de les persones i, també, la salut afectiva i sexual dels joves.

Figura 1. Model de determinants de la salut de Dahlgren i Whitehead (1995)



2.1. Factors relacionats amb les condicions polítiques, socioeconòmiques, culturals i mediambientals

Els darrers anys s'ha constatat que una part important dels factors protectors i de risc de la conducta sexual adolescent són de naturalesa no sexual. Estudis recents confirmen la relació entre l'embaràs adolescent i els factors determinants *amplis*, com poden ser la vinculació amb l'escola i les baixes expectatives de futur laboral (Fletcher, 2008). Swan i col·laboradors (2003) indiquen que les joves que es troben en les circumstàncies següents estan més exposades a l'embaràs: les joves sense sostre, les que han patit fracàs escolar, les filles de mares adolescents, les que pertanyen a minories ètniques i les adolescents involucrades en situacions delictives greus, com ara crims. D'altra banda, també hi ha estudis que relacionen els embarassos adolescents amb la violència de gènere (Manseau, 2007; O'Keefe, 2005).

Diversos estudis qualitius proporcionen informació sobre els factors que els mateixos joves relacionen amb l'embaràs adolescent: poca motivació i vinculació amb l'escola, infància infeliç, condicions materials i recursos escassos i baixes expectatives i aspiracions per al futur (Harden, 2009). Entre les noies, un bon rendiment a l'escola, plans positius per al futur i connexions fortes amb la família, l'escola o la comunitat religiosa redueixen les taxes de maternitat adolescent (Kirby, 2007).

2.1.1. La comunitat

La comunitat en la qual l'adolescent neix i creix influeix directament i indirecta el comportament sexual que desenvoluparà. Existeixen diferents factors de risc comunitaris per a l'embaràs, com les taxes elevades d'abús de substàncies en una zona, la violència explícita o implícita i l'existència de necessitats bàsiques no cobertes, com l'alimentació. En aquest sentit, Miller (1998) destaca que les persones adolescents que viuen en barris pobres, on hi manca feina i els índexs de criminalitat són alts, són més propenses a iniciar abans les relacions sexuals, a no fer servir preservatius i a quedar-se embarassades o a causar un embaràs. Remarca que la pobresa és tant una causa com una conseqüència dels embarassos en l'adolescència.

2.1.2. La cultura

La cultura en què viuen els adolescents és un factor determinant fonamental de l'inici de les relacions sexuals i l'embaràs. Un estudi que forma part de la National Campaign to Prevent Teen Pregnancy (2002) assenyala que més de la meitat dels adolescents opina que els valors i les creences religioses de la família exerceixen més influència en les seves decisions sobre el sexe que els amics i les amigues, els mitjans de comunicació, els mestres i els educadors sexuals.

La cultura d'origen i la religió tenen una importància cabdal, sobretot entre les i els adolescents immigrants. En aquest sentit, segons Serrano (2007), la joventut immigrant s'enfronta a diverses barreres a l'hora de prendre decisions responsables en aspectes sexuals com ara una situació econòmica desfavorable, el desarrelament, la doble afinitat cultural, d'origen i d'acollida. Encara que l'impacte de la pertinença ètnica és difícil de quantificar, les investigacions mostren que les adolescents d'alguns grups ètnics es queden embarassades abans dels 18 anys amb més probabilitats que d'altres (Berrington, 2005).

Feixa (2008) destaca la influència de la cultura del país d'origen en les actituds sexuals i reproductives dels adolescents. Aquest autor planteja l'existència de fortes diferències en funció del moment en què el o la jove arriba al país d'acollida. Així, el que s'ha anomenat generació 1.5 (els nois i les noies que emigren durant l'adolescència i que han fet la socialització secundària al seu país d'origen) tenen més probabilitats de reproduir els esquemes de la seva cultura d'origen; en canvi, la generació 1.75 (nens i nenes que emigren durant la primera infància) o la segona generació (fills d'emigrants nascuts al país d'acollida) tenen més probabilitats de qüestionar aquesta cultura sexual i reproductiva. Per exemple, en algunes societats llatinoamericanes és habitual ser mare entre els 16 i els 18 anys i la maternitat es considera un senyal d'entrada a la vida adulta; tanmateix, les noies de la generació 1.75, que fan tota la socialització secundària en la cultura d'acollida, tenen moltes probabilitats d'aprendre a esdevenir adultes sense necessitat de ser mares.

2.2. Factors relacionats amb les xarxes socials i comunitàries

2.2.1. La família

Segons diversos autors, les relacions entre pares i fills són un factor influent en les conductes de risc de la salut afectiva i sexual, tot i que els pares no poden determinar completament les decisions que els seus fills i filles prenen respecte al sexe.

En aquest sentit, Stanton i col·laboradors (2003) destaquen que l'educació familiar basada en la comunicació dels valors, les expectatives i les preocupacions en un clima d'afecte és un factor protector del comportament sexual de risc. Una relació forta i estreta entre progenitors i fills és un bon factor protector. Inversament, d'acord amb revisions recents, hi ha factors de risc de l'embaràs de les adolescents relacionats amb la família, com són les relacions familiars difícils, l'estructura familiar i les dificultats de comunicació amb els progenitors (Allen, 2007; Bearing, 2007; Cleveland, 2003; Kirby, 2007; Marston, 2006; Miller, 1988; Minister for Children, 2006, i Swan, 2003).

Relacions familiars

Cleveland i col·laboradors (2003) assenyalen una relació positiva amb les mares com un factor protector del risc de ser víctima d'abusos. En canvi, entre els nois no hi ha associació entre la relació parental i la violència amb la parella. Com assenyala Miller (1998), tot i que els pares no determinen completament les decisions dels fills o filles respecte a la sexualitat, cal donar eines per millorar les relacions entre pares i fills ja que això contribueix a minimitzar els riscos d'abusos en les relacions de parella i, per tant, a millorar les relacions afectives i sexuals.

L'estructura familiar

Juntament amb la qualitat de la comunicació i de les relacions familiars, l'estructura familiar i el lloc que ocupa el noi o noia també estan relacionats amb el risc d'embaràs en l'adolescència. Els fills i les filles de famílies monoparentals i els adolescents amb germans i germanes més grans sexualment actius o que han tingut embarassos o fills són més propensos a iniciar l'activitat sexual en edats primerenques. Així mateix, les persones joves que creixen en famílies abusives són més propenses a ser sexualment

actives i a no fer servir mètodes anticonceptius amb constància (Campaña nacional para prevenir el embarazo en adolescentes. EEUU, 2003).

Les aportacions de Kirby (2007) indiquen que l'estructura familiar que consta de dos membres que mantenen una bona relació i proporcionen suport, escolta i control, protegeix els adolescents de les relacions sexuals de risc. En canvi, s'ha observat que quan els membres de la família estan divorciats o separats i no existeix una bona comunicació ni comprensió, és més probable que s'iniciïn abans les relacions sexuals.

Comunicació

La comunicació dins la família és un factor clau per al desenvolupament dels fills i filles, ja que transmet valors i una forma de veure la realitat del món. Mitjançant la comunicació la família estableix normes i límits entre els seus membres, cosa que facilita, alhora, que la comunicació sigui més directa, clara i útil.

La comunicació sobre aspectes sexuals també té certa influència en les relacions sexuals. D'una banda, alguns estudis fets a Anglaterra en adolescents de 10 a 15 anys (The Kaiser Family Foundation, 1999) indiquen que més de la meitat responen que, en cas de dubte sobre les relacions sexuals, els agradaria parlar primer amb el pare i la mare. En aquest sentit, aproximadament la meitat de joves de 15 a 17 anys que participen en un estudi, dels quals un 56% ha mantingut relacions sexuals, diu que no ha parlat mai amb els seus pares sobre com poden saber si una persona jove està preparada per iniciar-se en les relacions sexuals (The Kaiser Family Foundation, 2002). Segons Wellings i col·laboradors (2001), parlar amb els pares sobre els temes sexuals és un factor destacable de protecció de l'embaràs, ja que s'associa a l'ús d'algun tipus de contracepció en la primera relació.

Més enllà de la comunicació familiar, un altre factor determinant és la supervisió que la família exerceix sobre la vida dels fills i filles. Vézina (2007) i Miller (1998) assenyalen que els adolescents supervisats de forma normal pels progenitors són més propensos a iniciar la vida sexual més tard, a tenir menys parelles, a fer servir anticonceptius i a presentar menys risc d'embaràs que la resta. En canvi, cal fer notar que una vigilància exageradament estricta per part dels pares es relaciona amb més risc d'embaràs en l'adolescència. En general, la supervisió parental redueix el risc de ser víctima de la violència en les relacions afectives entre els joves.

Ja s'ha comentat que mitjançant la comunicació familiar es transmeten el conjunt de normes i valors de la família, però, de vegades, la percepció que tenen les famílies sobre la comunicació respecte a l'afectivitat i la sexualitat no coincideix amb les evidències científiques. Les famílies no parlen sobre aspectes afectius i sexuals, com, per exemple, sobre l'ús de preservatius, pel temor erroni a despertar interès per les relacions sexuals. Els estudis revisats per Kirby (2007) indiquen que parlar sobre l'abstinència i els mètodes anticonceptius no accelera l'inici de l'activitat sexual ni incrementa la freqüència de les trobades sexuals ni tampoc augmenta el nombre de parelles. Al contrari, certes actituds hi influeixen de manera negativa, com l'expressió d'opinions negatives sobre l'ús de mètodes anticonceptius.

D'acord amb la National Campaign to Prevent Teen Pregnancy dels EUA (2002), la majoria dels adolescents (70%) considera que els missatges que recomanen l'abstinència acompanyats d'informació sobre mètodes anticonceptius són "clars i específics". Valoren positivament les converses sobre sexualitat ja que fan que adquireixin valors, actituds i conductes protectores de l'embaràs i de les infeccions de transmissió sexual.

Els adolescents que mantenen una relació més propera amb els progenitors i senten el seu suport tenen més probabilitats d'esperar a ser més grans per començar a tenir relacions sexuals, de tenir poques parelles i de fer servir anticonceptius de manera més constant (Miller, 1998). La proximitat, en general, entre els pares i mares i els fills i filles, les activitats compartides, la presència dels pares i mares a casa, la seva cura i la preocupació es relacionen amb un risc menor de relacions sexuals prematures i d'embarassos en l'adolescència (Blum i Rinehart, 1998).

Es pot concloure, doncs, que la qualitat de la relació i la comunicació en l'àmbit familiar és un factor de protecció de l'embaràs i de les infeccions de transmissió sexual. És important, com assenyala Blum (2002), que els pares i les mares parlin directament, de manera clara i sincera, amb els seus fills i filles sobre el sexe, l'amor i les relacions de parella. Tanmateix, els progenitors s'han d'adonar que una simple conversa amb els fills i filles adolescents respecte als riscos de les relacions sexuals prematures, sense involucrar-se més profundament en les seves vides i apropar-s'hi més, és improbable que tingui una repercussió en el retard de les primeres relacions sexuals, en l'increment de l'ús d'anticonceptius o en la disminució del risc d'embaràs. Realment és l'estil educatiu general, de comunicació i de relació que s'estableix en l'entorn familiar el que

podrà convertir-se en un factor protector, un estil obert en què es pugui parlar de diversos temes, que incloguin aspectes relacionats amb l'efectivitat i la sexualitat.

2.2.2. Els iguals i la parella

La pressió de la parella i dels amics són altres elements que poden donar lloc a conductes de risc. En aquest sentit els companys de més edat, que consumeixen alcohol o drogues, amb actituds positives envers la maternitat i la paternitat i amb valors permissius afavoreixen els comportaments sexuals de risc (Kirby, 2007). Contràriament, quan els companys tenen relacions amb preservatiu i tenen una actitud positiva envers aquest mètode, la probabilitat d'embaràs es redueix.

En relació amb la parella, quan aquesta és més gran i tendeix a no utilitzar preservatiu augmenta el risc d'ITS i d'embaràs, però si la parella actual o una parella anterior té una actitud positiva respecte a l'ús de mètodes anticonceptius és més probable l'ús d'aquests. Les parelles que parlen sobre el VIH i les ITS, els mètodes preventius i les relacions són més propenses a utilitzar preservatius (Kirby, 2007).

Quan es pregunta als adults qui exerceix més influència en les decisions que prenen els adolescents en relació amb el tema del sexe, la meitat diu que són els amics. En canvi, hi ha pocs adolescents d'acord amb aquesta opinió, ja que menys d'un terç (32%) opina que els amics són els que exerceixen una influència més important. Aparentment els pares i mares sobreestimen la influència dels amics i subestimen la pròpia (The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2001).

2.2.3. L'escola

La relació dels adolescents amb l'escola és un factor rellevant que cal preveure en la prevenció de l'embaràs (Fletcher, 2009; British Market Research Bureau International, 2004). En efecte, els resultats acadèmics tenen una gran influència en l'edat d'inici de les relacions sexuals. Abans dels 16 anys, les relacions sexuals s'associen amb nivells educatius baixos, amb un ús menys freqüent d'anticonceptius i amb una taxa més elevada d'embaràs. En aquest últim estudi, al voltant del 60% dels joves adolescents i el 47% de les joves que surt de l'escola als 16 anys sense certificat escolar ha mantingut relacions sexuals, mentre que entre els que surten de l'escola després dels 17 anys amb certificat escolar n'ha mantingut un 20% en els dos gèneres. Gairebé el 40% de les mares adolescents ha sortit de l'escola sense certificat (National Statistics, 2004).

L'absentisme escolar també s'associa a taxes d'embaràs adolescent més elevades (Hosie i Dawson, 2005; Fletcher i col·laboradors, 2007). Destaquen com a factors de

risc de l'embaràs la integració escolar fallida, la desmotivació acadèmica, l'absentisme i les expectatives de treball limitades. Altres revisions indiquen com a factors relacionats amb l'embaràs el baix nivell educatiu, l'absentisme escolar, el fet de no haver finalitzat l'escolarització secundària obligatòria i el fracàs escolar (Allen, 2007; Bearing, 2007; Marston, 200; Minister for Children, 2006; Swann, 2003). En un extens estudi longitudinal nord-americà de salut adolescent, en què van participar 13.570 estudiants de 80 escoles, es va detectar que els estudiants de 15 anys, tant nois com noies, que no tenien bones relacions amb el professorat i que no participaven en la vida escolar eren més proclius a presentar factors de riscos sexual (McNeely i Faci, 2004).

Contràriament, l'èxit escolar, el sentit de pertinença i un projecte de vida amb estudis superiors són factors relacionats amb l'ajornament de l'inici de les relacions sexuals.

Segons The Kaiser Family Foundation (2000), molts pares volen que les escoles s'impliquin més en aquests temes. Això pot estar relacionat amb el fet que molts pares i mares no se senten còmodes parlant amb els seus fills sobre això i també amb la percepció que no tenen coneixements suficients per ser educadors sexuals.

Hi ha un acord generalitzat sobre la idea que les escoles són espais on s'ha de promoure la salut sexual. Compartir aquesta funció amb la família i els serveis sanitaris seria el més adequat ja que hi ha evidència que és efectiu (Cochrane, 2010).

2.3. Factors relacionats amb les característiques personals i els estils de vida

Juntament amb els factors de caire social, en l'embaràs adolescent interactuen característiques personals com poden ser les cognitives, les psicològiques, les emocionals o també les biològiques. Pel que fa als aspectes biològics, les investigacions mostren que la maduració física en edats primerenques pot contribuir a iniciar prematurament les relacions sexuals.

Una diferència significativa d'edat en la parella també s'associa amb l'activitat sexual precoç i amb l'embaràs (Blum, 2000). Amb l'edat, el percentatge de joves que mantenen relacions augmenta (Albert, 2003).

El gènere és un altre factor que interactua en la decisió d'utilitzar preservatiu. Els nois tendeixen a tenir diferents parelles, però utilitzen en més freqüència el preservatiu, al contrari que les noies, que tenen tendència a tenir parelles de més edat, cosa que incrementa les conductes sexuals de risc (Kirby, 2007).

Respecte a l'edat d'inici, és important recordar que molts pares i mares no són conscients que els seus fills han iniciat l'activitat sexual. Les investigacions de Bruckner i Bearman (2003) indiquen que tan sols un terç dels pares amb fills que tenen relacions als 14 anys creu que els seus fills han tingut relacions sexuals. En un altre estudi d'escolars nord-americans de 13 a 16 anys sexualment actius, el 50% dels pares ignorava que els seus fills haguessin tingut relacions (Blum, 2002).

L'inici de les relacions sexuals en edats primerenques augmenta el risc de no utilitzar mètodes anticonceptius. Tenir moltes parelles sexuals s'associa a un augment de les possibilitats de contraure ITS.

2.3.1. Aspectes psicològics, emocionals i cognitius

Aquests factors tenen una gran influència en la presa de decisions. L'autoconcepte i un desenvolupament cognitiu adequat afavoreixen la presa de decisions favorables a les conductes preventives. També el *locus* de control intern augmenta la probabilitat d'utilitzar el preservatiu i redueix el risc d'embaràs i la freqüència de les relacions sexuals. Contràriament, l'autoconcepte negatiu, l'angoixa i les actituds depressives poden ocasionar una manca de motivació o de capacitat per prendre decisions relacionades amb la protecció (Kirby, 2007).

Altres aspectes de caràcter psicològic estan relacionats amb els problemes de salut mental. Els estudis de Maskey (1991) han suggerit una relació entre els problemes de salut mental i l'embaràs adolescent. Diferents estudis també mostren una associació entre els abusos sexuals en la infància i l'embaràs adolescent, ja que es produeixen més casos d'embaràs adolescents en noies que han patit abusos sexuals que en la població general. Els investigadors atribueixen aquest fet a la baixa autoestima i a una falta de confiança davant la pressió de tenir sexe sense protecció (Michael, 1994).

2.3.2. Les creences

Les creences dels adolescents són molt importants a l'hora d'actuar, ja que afecten els valors, les habilitats, les actituds, les aptituds i les motivacions envers el comportament sexual.

Entre les moltes raons per les quals els adolescents entre 15 i 17 anys no parlen amb els pares sobre el sexe s'inclou la preocupació sobre la reacció d'aquests (83%),

l'ansietat que els pares pensin que ells tenen relacions sexuals (80%), la vergonya (78%), la sensació de no saber com començar a parlar del tema (77%) i la creença que els pares no els entendran (64%) (The Kaiser Family Foundation, 2002).

Els adolescents amb pares amb idees clares sobre el valor de l'abstinència i els perills de les relacions sexuals sense protecció tenen més probabilitats de posposar la seva primera experiència sexual i d'usar anticonceptius (Blum, 2002). En altres paraules, els fills dels pares que proporcionen missatges clars sobre el valor de demorar l'activitat sexual tenen menys probabilitats de tenir relacions sexuals a una edat primerenca, i és més probable que els fills d'aquells pares que discuteixen el tema de l'anticoncepció usin anticonceptius quan siguin sexualment actius (Blum, 1998).

2.3.3. Relació amb les conductes de risc (consum d'alcohol, de drogues, agressions)

Quan un adolescent consumeix alcohol o drogues augmenta la probabilitat de tenir relacions sexuals amb més parelles, amb més freqüència, i de tenir embarassos no desitjats. Si els pares i mares estan preocupats respecte a la beguda, les drogues, la violència, els problemes a l'escola, l'hàbit de fumar o el sexe (o tot el que s'ha esmentat) el més recomanable és mantenir una comunicació estreta amb els fills adolescents (Resnick, 1997). Una relació pròxima entre pares i fills ajuda a protegir els joves de tenir relacions sexuals primerenques i a limitar altres comportaments de risc com la violència, l'ús de drogues i alcohol i el fracàs escolar.

Diferents investigacions destaquen que l'abús de l'alcohol i de substàncies són factors significatius en el comportament sexual de la gent jove. Redgrave i Limmer (2005), en una investigació realitzada al sud de Londres amb adolescents, van determinar que consumir regularment tabac i experimentar amb drogues augmenta el risc d'iniciar el sexe abans dels 16 anys en ambdós sexes. Els efectes de l'alcohol dificulten el control de la negociació del consentiment del sexe. Altres estudis han constatat que els adolescents que divulguen que han mantingut relacions sota la influència de l'alcohol tenen menys probabilitats de fer servir contracepció i és més probable que lamentin l'experiència (Alcohol Concern, 2002).

3. Les intervencions preventives de l'embaràs i des les ITS/VIH en adolescents

La promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva en adolescents es desenvolupa, tant en l'àmbit nacional com internacional, mitjançant programes educatius i accions sanitàries des de múltiples enfocaments, generalment amb la intenció de reduir els embarassos i les infeccions de transmissió sexual (ITS/VIH).

Amb l'objectiu de conèixer els efectes de les intervencions que s'han dut a terme en els països desenvolupats per prevenir l'embaràs adolescent i les ITS, s'ha realitzat una revisió bibliogràfica. S'han valorat diferents revisions de bona qualitat publicades des de l'any 2000, identificades mitjançant una cerca a les bases de dades MEDLINE PubMed, MEDLINE (EBESCO), Psychinfo, ERIC, Current Contents, al cercador Scholar Google, i directament a les publicacions de NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) i WHO (World Health Organization). Cal destacar les revisions de Swann (2003), Di Censo (2003), Fullerton (2004), NHS (2004), Kirby (2006, 2007), Harden (2006 i 2009), Underhill (2007), Fletcher (2008) i Cochrane (2010). També s'han inclòs alguns articles rellevants que actualitzen els resultats de les revisions esmentades.

La informació obtinguda de la revisió bibliogràfica s'ha organitzat en els apartats següents:

- 3.1. La intervenció en poblacions específiques
- 3.2. La intervenció educativa
- 3.3. La intervenció familiar
- 3.4. La intervenció des dels serveis sanitaris i la provisió de contracepció
- 3.5. La intervenció social i comunitària
- 3.6. La metodologia i els recursos

3.1. La intervenció en poblacions específiques

Certes circumstàncies familiars i socials representen un desavantatge per als col·lectius implicats que poden afectar la seva salut. Existeix un ampli ventall d'investigacions que corroboren la relació entre les desigualtats socials i la salut.

Tot i que hi ha poca literatura científica al voltant de la relació específica entre desavantatge social i embaràs adolescent, Harden, Brunton, Fletcher, Oakley, Burchett i Backans (2006) observen que al Regne Unit està augmentant l'interès per aquests estudis. Els resultats de la seva metanàlisi recent indiquen que les intervencions i els programes de desenvolupament juvenil i els programes de desenvolupament a la infància primerenca, que combinen accions estructurals i individuals redueixen les taxes d'embaràs entre les noies (Harden, 2009).

Les taules següents exposen elements que s'han de tenir presents en el disseny de polítiques i intervencions adreçades a reduir els embarassos adolescents, més enllà de les propostes adreçades al canvi de conducta individual.

Taula 6. Recomanacions per desenvolupar intervencions adreçades a afrontar les condicions materials febles i les infàncies infelices o en situació de desprotecció (Harden, 2006)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Implementar intervencions per prevenir la violència domèstica.- Proporcionar suport als infants i joves que experimenten ruptures o conflictes familiars (per exemple, amb serveis de <i>counselling</i>).- Proporcionar als pares i mares formació en resolució de conflictes.- Millorar la continuïtat i la qualitat de l'atenció dels infants i joves en el sistema de protecció (per exemple, amb suport social o augmentant el nombre de dispositius d'alta qualitat a llarg termini).- Implementar intervencions sobre l'habitatge (per exemple, inversions en habitatge nou o en reparacions o suport a famílies sense sostre i protecció legal). |
|--|

Taula 7. Recomanacions per desenvolupar intervencions adreçades a ampliar les aspiracions i expectatives de futur dels joves (Harden, 2006)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Millorar les oportunitats d'experiència laboral.- Protegir contra les experiències laborals negatives (per exemple, amb l'establiment de salari mínim i millors condicions laborals).- Assegurar que els joves s'impliquin activament en el seu desenvolupament laboral.- Proporcionar activitats extraescolars adreçades a millorar l'autoestima i l'autoconcepte.- Crear més oportunitats laborals a les comunitats desafavorides.- Incrementar la percepció d'oportunitats laborals (per exemple, amb campanyes de comunicació, projectes comunitaris o educació parental sobre les oportunitats). |
|--|

Les diferències existents en la conducta sexual i el risc d'embaràs adolescent entre minories ètniques assenyalen la necessitat de desenvolupar aproximacions locals culturalment apropiades, especialment en àrees on el component ètnic és un factor determinant, de la mà dels grups comunitaris i amb la participació de pares i mares per assegurar que els serveis s'adeqüen a les necessitats i circumstàncies específiques (Department for Education and Skills, 2006). Cal tenir present, però, que no es recomana reunir en un programa només els joves en risc, ja que això pot reforçar les normes socials desfavorables a la prevenció i promoure certa estigmatització, sinó formar grups de joves que es trobin en diferents situacions (Wiggins, 2009).

Una revisió del NICE (2007) recomana, per als col·lectius amb risc d'exclusió social, accions individuals desenvolupades per professionals de diferents serveis (sanitaris, educatius escolars i no escolars), que ofereixin orientacions per a la prevenció de l'embaràs i l'ús de contraceptius. Proposen consell individual sobre:

- a) com es poden prevenir les ITS, com s'han de fer les proves diagnòstiques i com es poden prevenir els embarassos imprevistos;
- b) tots els mètodes de contracepció reversibles, inclosos els de llarga durada;
- c) com es pot obtenir i utilitzar contracepció d'emergència, i
- d) consell d'altres aspectes reproductius i preocupacions. A més, s'ha de proporcionar informació sobre els aspectes anteriors en un format adequat.

En cas d'un embaràs adolescent, els serveis de salut han de garantir:

- a) el seguiment prenatal i postnatal amb visites regulars;
- b) la prevenció de nous embarassos comentant amb la mare i la seva parella, quan sigui adient, la forma de prevenir embarassos no desitjats i les ITS, amb tots els mètodes anticonceptius reversibles, incloent-hi els de llarga durada;
- c) la manera d'obtenir anticoncepció d'emergència;
- d) consells de promoció de la salut;
- e) l'oferiment d'oportunitats per retornar al sistema educatiu, i
- f) formació i accés al treball en el futur. També s'aconsella donar informació apropiada a les necessitats i derivar, si escau, a serveis específics per a la reinserció educativa i laboral.

Els col·lectius en situació de vulnerabilitat necessiten serveis específics que complementin les mesures universals. L'adaptació dels serveis contribueix a garantir l'accés equitatiu, siguin quins siguin els antecedents i les circumstàncies individuals. Les

intervencions adreçades a reduir el desavantatge social han de preveure, més que reemplaçar, l'educació sexual i els serveis contraceptius de qualitat (Harden, 2009).

Part de la reducció de les desigualtats socials depèn del fet que les intervencions que incrementen les conductes saludables siguin diferencialment efectives per als grups socialment desfavorits. Cal destacar la manca de revisions i estudis que analitzin l'efectivitat diferencial entre grups socials i la falta d'investigació de la relació cost-efectivitat de les intervencions de canvi de conducta (NICE, 2007).

Els programes per a germanes d'adolescents embarassades, un altre grup de risc, es desenvolupen per tal d'ajudar aquestes noies a quedar-se a l'escola o a tornar-hi, millorar-los l'autoestima, proporcionar-los les habilitats i els coneixements necessaris per adoptar decisions sobre la seva salut, millorar-los l'accés als serveis de salut i reproductius i fer-los augmentar la comunicació amb els progenitors i altres adults. Un estudi va mostrar que un programa d'aquestes característiques retardava l'inici de l'activitat sexual de les germanes i reduïa les taxes d'embaràs, però no va reduir significativament la freqüència de relacions ni el nombre de parelles, ni tampoc va augmentar l'ús de contracepció (Kirby, 2007).

Una revisió de l'embaràs adolescent en la comunitat llatina dels EUA indica que dos dels principals programes, Safer Choices i Children CAS Carrera, són efectius entre les noies llatinoamericanes i han mostrat efectivitat a retardar l'inici de l'activitat sexual, augmentar la contracepció i reduir el nombre d'embarassos entre les comunitats de baixos ingressos i entre participants d'etnicitat mixta.

La revisió de Swann (2003) indica que els joves en tutela necessiten intervencions intenses, però que, tanmateix, no en reben. Les limitacions de l'educació afectiva i sexual merament escolar en els nois i noies en tutela són àmpliament reconegudes i es recomana implementar educació sexual i afectiva addicional.

3.2. La intervenció educativa

L'educació sexual és un camp molt explorat i debatut socialment, al qual la investigació aporta contínuament resultats sobre l'efectivitat de les intervencions. L'associació SIECUS (Sexuality Information and Education Council of the United States, SIECUS, 1999) defineix l'educació sexual com un procés que dura tota la vida i que facilita l'adquisició d'informació i la formació d'actituds, creences i valors relacionats amb la identitat, les relacions interpersonals i la intimitat.

En aquests moments existeixen revisions sistemàtiques rigoroses que proveeixen elements útils per al disseny d'intervencions i programes de prevenció d'embarassos i ITS/VIH en adolescents. Actualment es pot afirmar que l'educació afectiva i sexual contribueix a millorar la salut afectiva i sexual dels adolescents, a retardar l'inici de les relacions sexuals i a reduir el nombre de parelles sexuals, contràriament a la idea preconcebuda que incrementa l'activitat sexual i els riscos que se'n poden derivar (Kirby, Laris i Roller, 2005; SAFE, 2006, COCHRANE, 2010). Tanmateix, cal recordar també que l'educació sexual és insuficient per si sola per establir canvis en la maternitat adolescent i ha d'estar inserida en polítiques àmplies (Fletcher, 2008; Harden, 2009). Els programes d'educació sexual milloren els coneixements, les normes i les habilitats, les actituds i les conductes sexuals, però no hi ha evidència clara que redueixin les taxes d'embaràs adolescent (Harden, 2008).

Kirby (2007), en una revisió exhaustiva, classifica els programes en: els programes centrats en els factors sexuals de risc o protectors; els centrats en els factors no sexuals, i els que inclouen els dos tipus de factors, i afirma que aquests últims són els més exitosos.

L'educació afectiva i sexual dels adolescents desenvolupada a les escoles i en altres àmbits educatius al món occidental sol basar-se en programes estructurats (programes basats en el currículum). Una extensa revisió del National Health Service (National Health Service, 2004) indica que aquests tipus de programes aconseguixen bons resultats. Globalment, fins a dos terços dels programes d'educació afectiva i sexual estructurats mostren resultats favorables en la conducta sexual adolescent.

Cal fer esforços per mantenir les accions d'educació afectiva i sexual, ja que la consecució dels objectius de reducció de les taxes d'embaràs adolescent pot produir l'efecte de reduir les inversions en aquests programes, com s'evidencia en una revisió europea (SAFE, 2006). Per exemple, l'aplicació d'aquest tipus de programes a Suècia va reduir l'embaràs adolescent entre 1975 i 1990, però una reducció de l'educació afectiva i sexual per les retallades econòmiques pot haver contribuït a augmentar les taxes els darrers anys (Edgard, 2004).

Un tipus de programes educatius promoguts l'última dècada als EUA són els anomenats *d'abstinència*, que promouen l'abstinència sexual fins al matrimoni. Segons diferents autors i associacions de salut pública aquests programes no garanteixen els drets civils i ètics dels joves, ja que assumeixen estereotips de classe, raça i gènere, i fan prevaler la ideologia i els valors religiosos per damunt de l'evidència científica (Dworkin i Santelli,

2007). A més, no hi ha proves clares que els programes basats en l'abstinència redueixin l'inici de les relacions sexuals, incrementin l'abstinència o redueixin el nombre de parelles sexuals que justifiquin la seva àmplia implementació als EUA i, fins i tot, n'hi ha que presenten efectes contrapreventius (DiCenso, Guyatt, Willan, Griffith, 2002; Kirby, 2007; Underhill, Montgomery, Operari, 2007).

Hi ha altres programes que fan prevaler el retard de l'inici sexual, però que reconeixen que hi ha joves que mantenen relacions sexuals i, per a aquests, promouen també l'ús de preservatius i la contracepció; programes que s'han anomenat *d'abstinència-plus*. Aquests programes, aplicats a escoles i equipaments comunitaris, amb dinàmiques grupals, tenen cert efecte protector en almenys una conducta sexual (abstinència, ús de preservatiu i relacions sexuals no protegides), segons una revisió sistemàtica (Underhill, 2007).

Tanmateix, hi ha uns altres tipus de programes educatius, els programes d'educació afectiva i sexual àmplia que preveuen diferents perspectives de la sexualitat: reproductives, afectives, relacionals i de gènere. Acostumen a incloure quatre objectius: 1) proporcionar informació sobre la sexualitat humana; 2) oferir oportunitats per qüestionar, explorar i valorar actituds sexuals per desenvolupar valors i incrementar l'autoestima, les relacions igualitàries de gènere i la responsabilització envers els altres; 3) desenvolupar habilitats interpersonals, i 4) crear responsabilitat respecte a les relacions sexuals interpersonals.

Els programes d'educació sexual àmplia, tot i que encoratgen l'ajornament de l'inici sexual, insisteixen alhora que els joves que tenen relacions sexuals utilitzin sempre preservatius o altres mesures de protecció. Aquests programes ofereixen la possibilitat d'escollir entre diferents opcions preventives i s'han mostrat efectius en el canvi de conducta sexual en dos terços dels 48 programes revisats per Kirby. En concret, un 40% dels programes va retardar la iniciació sexual, va reduir el nombre de parelles sexuals i va incrementar l'ús de preservatius o de contraceptius; gairebé un 30% va reduir la freqüència de les relacions sexuals, inclòs el retorn a l'abstinència, i més d'un 60% va reduir les relacions sexuals no protegides. A més, aproximadament un 40% dels programes va presentar resultats favorables en més d'una d'aquestes conductes, com per exemple, retardar la iniciació sexual i incrementar l'ús de preservatius o l'ús de contracepció a la vegada. Aquests programes mostren impactes positius en diversos factors relacionats amb els coneixements, els valors, les actituds favorables a l'ús del preservatiu i la confiança en l'habilitat de saber negar-se al sexe no desitjat, i de saber

insistir en l'ús de preservatius o contracepció, entre altres factors. Altres revisions d'assajos clínics centrades en la prevenció de les conductes sexuals de risc per les ITS/VIH/sida descriuen resultats igualment favorables. Els programes multicomponents, que inclouen discussions en grup, aconsellament, treball d'habilitats, establiments d'objectius esglaonats, joc de rols, habilitats cognitives, resolució de problemes, jocs i treball sobre casos mostren clares millores (globalment un 57%) en l'ús de preservatiu, la incidència d'ITS, la freqüència de relacions sexuals protegides i no protegides, el nombre de parelles i el retard de l'inici sexual (Pedlow i Carey, 2003).

L'interès d'aquests programes rau en la seva perspectiva oberta. Mostren que cal educar globalment els adolescents i que les conductes sexuals segures no es poden desvincular d'altres aspectes personals i vivencials. Funcionen en els dos gèneres, en gairebé tots els grups ètnics, en els joves amb experiència sexual i sense, en diferents àmbits i en comunitats diverses. Semblen especialment efectius en les comunitats on l'embaràs adolescent, les ITS i el VIH/sida són aspectes destacats i poden resultar menys efectius allà on no és així. En alguns casos, els impactes positius es mantenen durant anys. Emfatitzar alhora l'ajornament de l'inici sexual i la protecció en aquelles persones que ja mantenen relacions és una perspectiva realista i efectiva que no sembla que confongui els joves.

Les revisions també posen en evidència la necessitat de mantenir les accions en el temps i amb qualitat. Quan els programes s'escurcen de manera significativa, s'exclouen activitats relatives a alguna conducta, com l'ús de preservatiu, o quan es duen a terme en àmbits diferents als previstos, els resultats positius originals no es reproduïen (Kirby, 2007).

Kirby (2006, 2007) identifica 17 característiques comunes als programes efectius, que ordena en relació amb quatre aspectes: desenvolupament del programa, continguts, metodologia i implementació, i indica que la incorporació d'aquestes característiques en els programes n'augmenta l'efectivitat (taula 8).

Taula 8. Característiques dels programes educatius efectius (Kirby, 2006-2007)

Procés de desenvolupament del currículum

1. Implica persones amb diferent formació en teoria, investigació i educació sexual i VIH/ITS per desenvolupar els continguts.
2. Valora les necessitats rellevants i actius del grup diana.
3. Utilitza un model lògic per desenvolupar el currículum que especifica els objectius de salut, les conductes que afecten aquests objectius, els factors de risc i protectors que afecten aquestes conductes i les activitats adreçades a aquests factors protectors i de risc.
4. Dissenya activitats coherents amb els valors de la comunitat i amb els recursos a l'abast (per exemple: temps dels professionals, habilitats dels professionals, disponibilitat d'espais i d'existències).
5. Fa una prova pilot del programa.

Continguts del currículum

Finalitats i objectius del currículum:

1. Enfocats amb claredat cap als objectius de salut: la prevenció de l'embaràs o/i del VIH/ITS.
2. Enfocats estrictament cap a les conductes específiques que menen a aquests objectius (per exemple, posposar la iniciació sexual, utilitzar preservatius o altres anticonceptius, abstenir-se de mantenir relacions sexuals), donar missatges clars sobre aquestes conductes i que treballen sobre situacions que poden portar-hi i com evitar-les.
3. Dirigits a múltiples factors psicosocials de risc i protectors que afecten les conductes sexuals (per exemple: coneixement, riscos percebuts, valors, actituds, normes percebudes i autoeficàcia).

Activitats i metodologia docents

1. Estableixen un ambient social segur per als joves que hi participen.
2. Inclouen múltiples activitats per canviar cadascun dels factors diana de risc i protectors.
3. Empren mètodes docents institucionalment reconeguts que impliquen activament les persones participants, que els ajuden a personalitzar la informació, i que han estat dissenyats per canviar cada grup de factors de risc i/o protectors.
4. Utilitzen activitats, mètodes d'aprenentatge i missatges conductuals adequats a la cultura dels joves, el seu desenvolupament i l'experiència sexual.
5. Aborden els temes amb una seqüència lògica.

La implementació del currículum

1. Asseguren un suport mínim de les1 autoritats apropiades com els ministeris de salut, els districtes escolars o les organitzacions comunitàries.
2. Seleccionen educadors amb les característiques desitjables (sempre que sigui possible, els entrenen) i hi proveeixen monitorització, supervisió i suport.
3. Si és necessari, implementen activitats per captar i retenir els joves i superar barreres pel que fa a la seva implicació, com per exemple publicitar el programa, oferir menjar o obtenir consentiment.
4. Implementen virtualment totes les activitats amb una fidelitat raonable.

És important destacar que aquests programes per si sols no són suficients per prevenir el risc d'embaràs no planificat i d'ITS en adolescents, ja que per resultar més efectius cal que formin part d'un pla més ampli d'accions comunitàries (Kirby, 2007; Harden 2008; Fletcher 2009).

L'aplicació de programes educatius a Europa mostra una certa variabilitat. El programa SHARE, basat en bona part en les característiques recomanades per Kirby, no va mostrar a Escòcia millors resultats que l'educació convencional (Henderson, Wight, Raab, Abraham, Parkes, Scott, Hart, 2006). Tanmateix, a Barcelona, el programa

PRESSEC, basat en criteris similars, va mostrar millores significatives en l'ús de preservatiu en la primera relació sexual (Díez, Juárez, 2000).

Diferents grups han desenvolupat intervencions que s'adrecen a l'individu des de tota la seva globalitat, incidint en aspectes psicològics i socials, d'acord amb la naturalesa no sexual de bona part dels determinants. Dos dels abordatges més prometedors són la millora educativa i les oportunitats laborals mitjançant programes de desenvolupament juvenil i els programes per incrementar la connexió entre els joves i les institucions responsables com la família, les escoles i les organitzacions comunitàries (Fletcher, 2008; Harden, 2009).

Diferents revisions (Harden, 2009; Kirby, 2007) assenyalen també els resultats favorables de dos estudis de programes de desenvolupament en la petita infància. El treball a l'escola elemental amb el projecte Abecedarian durant tres anys, que implicava pares i mares, va retardar la fecunditat de les noies del grup d'intervenció més d'un any, en va millorar els resultats intel·lectuals i acadèmics i les participants van acumular més anys d'educació que les que no van participar en el programa (Campbell, 1999). Això concorda amb els resultats d'una coneguda intervenció intensiva en l'etapa preescolar dirigida a població infantil en situació de pobresa per reduir el fracàs escolar, el projecte High Scope Perry Preschool. El programa inclou els àmbits de l'educació, el suport econòmic, la prevenció de la delinqüència i el suport a les relacions familiars i la salut, i mostra importants beneficis en el seguiment a llarg termini (Schweinhart L, Barnes HV, Weikart DP, 1993).

Entre la població adolescent els programes anomenats *de desenvolupament* han mostrat resultats beneficiosos. Existeixen dos tipus de programes, els d'aprenentatge de serveis a la comunitat i els d'educació professional. Els primers tenen dos components, el treball voluntari no remunerat a la comunitat (per exemple, fer de monitor o monitora d'infants, treballar a residències o centres comunitaris, ajudar a arreglar parcs o zones recreatives) juntament amb temps estructurat de preparació i reflexió abans, durant i després del servei (per exemple, participar en discussions en grup, fer articles o redaccions). De vegades el servei forma part d'una activitat formativa de l'escola. Alguns estudis han mostrat amb solidesa que aquests programes produeixen un impacte positiu en els adolescents, perquè retarden la iniciació sexual o redueixen les taxes d'embaràs durant el curs acadèmic en què es van dur a terme. No obstant això, els programes difereixen considerablement, especialment en el contingut, cosa que indica que aquest aspecte pot ser que no sigui particularment important. La màxima

coincidència rau en el fet que tots els programes són molt intensius i impliquen l'alumnat força hores després de classe (Fletcher, 2008). Tanmateix, l'anàlisi de dos programes intensius d'abstinència sexual amb un currículum intens i amb components de desenvolupament juvenil mostra que cap d'aquests va tenir efectes en l'inici sexual, el sexe en els últims 12 mesos, el nombre de parelles, les taxes d'embaràs o les d'ITS.

Tot plegat, una metanàlisi recent de les intervencions adreçades a reduir l'embaràs adolescent mitjançant accions dirigides a reduir els components de desavantatge social mostra que l'efecte conjunt de les intervencions en la petita infància i les de desenvolupament juvenil redueixen les taxes un 39% respecte a les joves que no reben les intervencions.

Els programes de formació ocupacional i laboral inclouen formació acadèmica a més de laboral o prelaboral. Tres estudis que han avaluat aquests programes no aporten per ara evidències que redueixin l'embaràs a llarg termini. Hi ha, però, altres programes amb resultats encoratjadors, com els adreçats a la millora de la qualitat docent a l'escola primària i a l'augment de la vinculació de l'alumne amb l'escola, així com els programes adreçats a pares i mares divorciats amb fills adolescents, tot i que no aporten evidències definitives (Kirby, 2007).

Alguns programes intenten incidir alhora en factors sexuals i no sexuals, com el consum d'alcohol, de drogues o la violència. Normalment aquests programes intenten promoure valors positius entre els adolescents amb l'objectiu de desmotivar la participació en conductes antisocials o de risc. En general, no presenten resultats favorables, tot i que dos d'aquests, l'Aban Aya Youth Project (Flay, 2004) i el Project AIM, van tenir efectes positius en l'activitat sexual recent i l'ús de preservatiu per part dels nois. No obstant això, calen més investigacions per determinar per què alguns programes són efectius i d'altres no tant.

3.3. La intervenció familiar

El diàleg entre pares, mares i adolescents resulta especialment difícil en temàtiques relacionades amb la sexualitat, perquè tant els progenitors com els joves sovint es troben incòmodes. Pocs mares i pares volen participar en programes o en tenen l'ocasió, però diversos estudis mostren que, quan ho fan, la comunicació amb els adolescents millora notablement. Aquests programes redueixen les conductes de risc sexual especialment quan incorporen una bona part dels components de la taula 8

(Kirby, 2006-2007). En efecte, incloure els pares i mares dels adolescents en els programes informatius i preventius és efectiu, i també ho és el suport i la formació de les famílies per promoure un diàleg fluid sobre temes relacionats amb la sexualitat des de la infància (Blake *et al.*, 2001).

Els adolescents que es comuniquen millor i de forma continuada amb el pares o mares sobre aspectes relacionats amb la sexualitat se senten més propers i més còmodes a l'hora de parlar-ne, la qual cosa permet que es puguin abordar diversos temes i aclarir dubtes. La comunicació repetida és un predictor important de la percepció de proximitat dels adolescents amb els pares i de les seves habilitats per comunicar-s'hi sobre temes de sexualitat i altres temes en general (Martino *et al.*, 2008). La bona comunicació retarda l'edat d'inici de les relacions sexuals i, en el cas de mantenir-ne, els joves utilitzen més anticonceptius, tenen menys parelles i augmenten l'ús de contracepció en la primera relació sexual (Martino, 2008; Swann, 2003).

L'educació familiar és una bona eina i és recomanable introduir-la en els plans d'acció per millorar l'èxit dels programes. Per ser efectiva ha d'incloure un determinat nombre de sessions de mares i pares sols i altres conjuntes amb els fills o filles. Per garantir la participació és important que l'horari i el lloc siguin adequats, per fer-les accessibles a la majoria. De vegades, com que es reconeixen les dificultats d'horaris de les famílies, les activitats es fan a casa.

Alguns programes multicomponents, com el Safer Choices, han obtingut resultats positius en la utilització del preservatiu després dels 31 mesos de seguiment, en la majoria de les variables psicosocials analitzades, entre les quals les més significatives han estat els coneixements, les actituds, la conducta normativa, l'autoeficàcia, la percepció del risc i la comunicació amb els pares i mares (Coyle, Basen-Engquist, Kirby, Parcel, Banspach, Collins, Baumler, Carvajal i Harrist, 2001). Una part del programa va consistir en la informació a pares i mares sobre el programa, l'embaràs, les infeccions sexuals i el VIH/sida, i aportava també suggeriments per parlar amb els adolescents sobre aquests temes així com activitats per treballar amb la finalitat de facilitar la comunicació. Tot i això, cal continuar investigant en els impactes de la implicació parental per enfortir l'evidència, perquè encara no es considera sòlida (Kirby, 2007).

Una altra perspectiva és la dels programes de suport social, que generen noves normatives sobre la feina i la maternitat i també poden ajudar més pares i mares amb ingressos baixos a obtenir feina, i contribueixen, d'aquesta manera, a reduir la fecunditat adolescent. Respecte als programes de protecció social per a adults, no hi ha per ara

cap evidència forta d'una reducció de les taxes d'embaràs de les filles adolescents dels perceptors. La revisió de 16 estudis que examinen diferents prestacions socials a adults, com activitats adreçades a millorar l'ocupabilitat, els suplementos econòmics per a pares i mares ja empleats o el temps de percepció de suport econòmic no mostren cap evidència d'impacte (Kirby, 2007).

3.4. La intervenció dels serveis sanitaris i la provisió de contracepció

L'atenció de la salut sexual i reproductiva per part dels serveis sanitaris ocupa un paper important en la prevenció dels embarassos i les ITS en adolescents, ja que aquests serveis proporcionen, o poden proporcionar, a més d'atenció clínica, informació, oportunitats de debat entre iguals, tallers de sexe segur i facilitació de contracepció. Diversos estudis mostren que, quan aquests serveis són accessibles, augmenten l'ús de contraceptius entre els joves sexualment actius, tot i que és difícil mesurar la magnitud d'aquest impacte en la reducció d'embarassos (Kirby, 2007).

A Catalunya, per fer més accessibles els serveis als adolescents, s'estan portant a terme actuacions en l'àmbit escolar (el programa "Salut i escola", impulsat pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya amb coordinació del Departament d'Educació de la Generalitat de Catalunya) i en l'àmbit sanitari (Programa d'anticoncepció d'emergència, impulsat pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya), que inclou educació sanitària i promoció de l'ús del preservatiu.

L'efectivitat dels serveis de contracepció s'ha relacionat amb les característiques següents: provisió a llarg termini, informació i missatges clars i sense ambigüitats, serveis i intervencions a mida de les necessitats locals, enfocats als grups locals d'alt risc, serveis oportunistes que aprofiten les ocasions per donar informació i consell, com per exemple informar els joves en el moment de rebre una prova d'embaràs negativa, serveis que comproven que les intervencions i serveis són accessibles als joves, que tenen a la seva disposició professionals seleccionats i formats compromesos amb els objectius del programa i del servei, respectuosos amb la intimitat dels joves i que col·laboren amb altres serveis i intervencions que s'hi adrecen amb l'objectiu de prevenir l'embaràs (Swann et al., 2003).

El recent descens de les taxes d'embaràs adolescent als Estats Units s'ha atribuït sobretot a la millora en l'ús de la contracepció. Aquests resultats són consistents amb els d'altres països desenvolupats que han seguit un model similar. S'ha estimat que, del

declivi del risc d'embaràs d'un 38%, el 86% d'aquests seria atribuïble al fet que es fa més bon ús dels mètodes d'anticoncepció (Santelli, Duberstein, Finerand i Singh, 2007).

Els serveis que informen, assessoren i proporcionen contracepció als adolescents han d'adequar les pautes d'actuació a les diferents característiques i situacions en què es trobin els adolescents. Entre els adolescents d'alt risc es donen altes proporcions d'errors en l'anticoncepció oral. L'ús incorrecte de preservatius també varia entre diverses ètnies i grups de diferent nivell socioeconòmic. En aquests casos, complementar l'ús de preservatius amb mètodes hormonal és apropiat.

En la prevenció d'embarassos repetits en adolescents és molt efectiva la contracepció hormonal de llarga durada (Tolaymat, 2007). Recentment s'ha elaborat una guia per ajudar els equips clínics a orientar els adolescents en l'elecció d'anticonceptius de llarga durada, ja que l'eficàcia i la comoditat associades a aquests contraceptius els fan molt adequats per a les pacients adolescents. La seguretat, els efectes secundaris i els beneficis no directament vinculats a la contracepció es revisen acuradament en aquest document. L'ús d'injeccions anticonceptives depot s'ha associat al descens d'embarassos adolescents als Estats Units. Es recomana l'implant contraceptiu de progestina perquè és un mètode molt efectiu, còmode i fàcil d'inserir i retirar. També es recomana als adolescents l'ús de dispositius intrauterins, que alliberen hormones (Tolaymat, 2007).

Els programes que proporcionen i inicien la contracepció durant la visita clínica són els més efectius per incrementar-ne l'ús (Kirby, 2008). La provisió avançada de contracepció d'emergència a joves que tenen relacions sexuals n'afavoreix l'ús en cas de necessitat i no incrementa l'activitat sexual ni les pràctiques de risc, ni afecta tampoc l'ús habitual de contracepció (Marston, 2005; Raine, 2005; Harper, 2005; Kirby, 2008). Tot i això, fins ara no hi ha prou evidències que serveixi per reduir l'embaràs (Kirby, 2008).

Moltes escoles arreu del món faciliten preservatius a banda dels serveis sanitaris, a través dels tutors i tutores, el professorat, màquines expenedores o cistelles. En general, la majoria dels estudiants amb experiència sexual aconsegueix els preservatius a partir de programes escolars, especialment quan ofereixen diferents marques de preservatius, gratuïts i a llocs adequats que preservin la intimitat.

També cal destacar, però, que la mera disponibilitat de preservatius a l'escola, sense educació afectiva i sexual o vinculació amb els serveis sanitaris, no n'augmenta l'ús ni redueix la taxa d'embaràs. La provisió de contracepció i/o de preservatius als serveis clínics escolars tampoc no indueix l'inici precoç de les relacions sexuals ni n'augmenta la freqüència. Quan els serveis clínics escolars es concentren en la reducció de riscos i la prevenció de l'embaràs, i faciliten contracepció, n'incrementen l'ús, però l'evidència no és forta (Kirby, 2007).

3.5. L'atenció social i comunitària

Moltes comunitats han constatat que reduir les taxes d'embaràs adolescent requereix accions més àmplies que els programes aïllats dirigits a grups reduïts de joves o a la provisió de contracepció com a única acció. Aquestes comunitats han desenvolupat una diversitat de col·laboracions àmplies amb resultats positius. Quatre dels sis estudis revisats per Kirby (2007) sobre programes comunitaris multicomponents van trobar que aquests retarden la primera relació, augmenten l'ús de contracepció i redueixen les taxes d'embaràs i maternitat. El programa més conegut es va dur a terme a Carolina del Sud. Proporcionava educació sexual extensa a l'aula, reunions individuals amb l'alumnat amb certs criteris de risc social (86% de l'escola) dos cops al mes per parlar de salut reproductiva, i també organitzava esdeveniments comunitaris. Durant molts anys la taxa d'embarassos d'aquesta zona es va reduir molt més ràpidament que la de zones similars. Més endavant, altres comunitats van intentar reproduir el programa, però ho van fer amb poca cura i no van aconseguir efectes positius consistents (Vincent M, 2004).

Potser el programa més intensiu i dut a terme durant el període de temps més llarg va ser el Children's Aid Society-Carrera Program (programa CAS Carrera). Aquest programa incloïa adolescents de 13 a 15 anys i els encoratjava a participar-hi durant l'escolarització secundària. El programa CAS Carrera funcionava cinc dies a la setmana i proveïa serveis en un ampli rang d'àrees: educació familiar i sexual, educació general, incloent-hi valoració acadèmica individual, tutorial, preparació per a exàmens i suport per entrar a nivells acadèmics superiors; ocupació, incloent-hi un club de treball, sous, comptes bancaris individuals, feines i conscienciació sobre la futura carrera; autoexpressió mitjançant les arts, esports individuals i atenció sanitària general, incloent-hi serveis de salut mental i serveis de salut reproductiva, així com contracepció quan calia. En totes aquestes àrees, l'equip al càrrec intentava crear relacions

afectuosos i properes amb els participants, proporcionant-los atenció i cura. Alhora l'equip trametia un missatge molt clar respecte a evitar les relacions sexuals no protegides i l'embaràs. El programa també s'adreçava als pares i mares dels adolescents. Els joves passaven una mitjana de 16 hores al mes al programa durant els primers tres anys. Un estudi rigorós va mostrar que el programa era efectiu en noies, però no en nois. Entre les noies de Nova York va retardar la iniciació sexual, va incrementar l'ús de preservatius, a més d'altres mètodes, i va reduir la taxa d'embaràs adolescent durant tres anys.

Tanmateix, els resultats no es van aconseguir en replicacions fetes a altres estats, on es van fer sense la formació ni els materials originals. Tampoc no ha obtingut els resultats esperats una rèplica recent al Regne Unit. Aquest programa, però, tenia un format i una intensitat més reduïts que l'original.

3.6. La metodologia i els recursos

La intervenció per a la promoció de la salut afectiva i sexual ha d'estar basada en l'aplicació de metodologies i la utilització de recursos atractius i motivadors, quan es tracta de joves. La transmissió dels missatges preventius i la seva assimilació requereix metodologies participatives, innovadores i creatives amb què els joves se sentin identificats. Es recomana que la provisió de programes i intervencions la dugui a terme personal format i capacitat per a aquesta tasca.

En la dècada dels 90 l'educació per iguals va rebre un impuls important. Malgrat la seva excel·lent acollida i difusió al Regne Unit, l'assaig del programa RIPPLE d'educació per iguals, que estudiava els efectes de l'educació per iguals, va mostrar efectes mixtos en una avaluació a mitjà termini que, malauradament, no es van corroborar a llarg termini.

Les intervencions basades en la comunicació i en el màrqueting social suggereixen que els programes s'han de mantenir si es vol que se'n mantinguin els efectes. S'ha demostrat que tant les taxes d'embaràs com l'ús de preservatius, un cop finalitzada la iniciativa de màrqueting social, experimenten un retrocés fins als nivells anteriors a la iniciativa. Aquest efecte és coherent amb els resultats generals de les campanyes de màrqueting (Kirby, 2007).

La tecnologia interactiva constitueix una eina molt motivadora per a la població juvenil i això també és cert per als joves en situacions desfavorides. Es tracta d'un recurs relativament econòmic, que pot utilitzar-se en diferents contextos i situacions. Tres

estudis mostren que els vídeos llargs, interactius, que es veuen diverses vegades, poden impactar en algunes conductes durant sis mesos.

L'estratègia de prevenció dels embarassos adolescents del Regne Unit, que els ha reduït un 11% en menys d'una dècada, inclou el suport, el consell i la informació per a mares i pares d'adolescents mitjançant una pàgina web i una línia telefònica de 24 hores.

Pel que fa a la intensitat dels programes, és conegut que les intervencions han de tenir un mínim de sessions per ser efectives (Suelenthorp, 2010). L'efecte de la durada i la intensitat de les intervencions constitueixen un repte específic per als educadors escolars, ja que acostumen a tenir un temps limitat per implementar els programes en el curs escolar.

La distribució de les sessions en el temps també té importància. Un estudi va demostrar que una mateixa intervenció de 10,5 hores administrada en tres o set sessions només era efectiva per reduir conductes sexuals de risc amb el format de set sessions (Rotheram Borus i col·laboradors, 2004). Aquest resultat dona suport al d'altres revisions. Rotheram Borus i col·laboradors consideren que les sessions més curtes distribuïdes en un període llarg poden ajudar els adolescents a aprendre a reduir les pràctiques de risc.

Els programes també han de preveure acuradament la intensitat i els continguts, ja que els programes que treballen habilitats per a la vida són més llargs que els que només se centren en l'abstinència i en les habilitats amb preservatius.

També es posa en evidència la necessitat de mantenir les accions en el temps. Quan els programes s'escurcen de manera significativa, s'exclouen activitats relatives a alguna conducta, com l'ús de preservatiu, o quan es duen a terme en àmbits diferents als previstos, els resultats positius originals no es reproduïen (Kirby, 2007). Henderson (2006) no troba impacte en l'embaràs segons registres d'embaràs als 20 anys d'un programa d'educació sexual basat en 10 de les 17 característiques de Kirby a Escòcia davant dels programes habituals i considera que cal fer intervencions més llargues, sostingudes i que abordin els determinants socioeconòmics.

4. Bibliografia

- Agència de Salut Pública de Barcelona. Factors de Risc en Estudiants de Secundària de Barcelona. Resultats principals de l'informe FRESEC 2004. Barcelona; 2005.
- Albert B, Brown S, Flanigan, C, editors. 14 and Younger: The Sexual Behavior of Young Adolescents. DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Washington; 2003.
- Alcohol Concern. Alcohol & Teenage Pregnancy. London: Alcohol Concern; 2002.
- AAP Committee on Adolescence. Emergency contraception. Pediatrics 116 (4): 1026-35.
- BMRB International. Evaluation of the Teenage Pregnancy Strategy Tracking Survey: Report of results of twelve waves of research. London: BMRB Social Research; 2004.
- Berrington A, Diamond I, Ingham R, Stevenson, J, et al. Consequences of teenage parenthood: pathways which minimise the long term negative impacts of teenage childbearing. University of Southampton; 2005.
- Blake L, Simkin R, Ledsky C, Perkins JM Calabrese. Effects of a Parent-Child Communications Intervention on Young Adolescents. Risk of early Onset of Sexual Intercourse. Family Planning Perspectives 2001 (33): 52-61.
- Blum RW, Rinehart PM. Reducing the risk: Connections that make a difference in the lives of youth. Center for Adolescent Health and Development. Minneapolis, MN: University of Minnesota; 1998.
- Blum RW, Beuhring T, Rinehart PM. Protecting teens: Beyond, race, income and family structure. Minneapolis, MN: Center for Adolescent Health, University of Minnesota; 2000.
- Blum RW, Rinehart PM. Mothers' influence on teen sex: Connections that promote postponing sexual intercourse. Minneapolis, MN: Center for Adolescent Health and Development, University of Minnesota; 2002.
- Bruckner H, Bearman P. Dating behavior and sexual activity of young adolescents: Analyses of the National Longitudinal Study of Adolescent Health. A: Albert B, Brown S, Flanigan C, editors. 14 and younger: the sexual behavior of young adolescents. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 2003. p. 31-56.

- Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT). SIVES 2008: Sistema integrat de vigilància epidemiològica del SIDA/VIH/ITS a Catalunya (SIVES): Informe biennal. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2008.
- Cleveland H, Herrera V, Stuewig J. Abusive Males and Abused Females in Adolescent Relationships: Risk Factor Similarity and Dissimilarity and the Role of Relationship Seriousness. *Journal of Family Violence* 2003, 18 (6): 325-339.
- Campbell FA. Long-term outcomes from the Abecedarian study. Comunicació presentada al Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Albuquerque, NM; 1999.
- Comas D, Aguinaga J, Orizo FA, Espinosa A, Ochaita E. El estudio de la juventud urbana, los estilos de vida y los riesgos. Madrid: INJUVE; 2003.
- Coyle K, Basen-Engquist K, Kirby D, Parcel G, Banspach S, Collins J, et al. Safer choices: reducing teen pregnancy, HIV, and STDs. *Public Health Rep.* 2001; 116 Suppl. (1): 82-93.
- Currie C, et al. Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
- Departament d'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya. Avantprojecte de Llei dels drets i les oportunitats de la infància i l'adolescència. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 5311 - 4.2.2009. Disponible a: <http://www.gencat.net/benestar>
- Departament de Salut. Programa de salut maternoinfantil. Subdirecció General de Promoció de la Salut. Informe sobre l'ús de l'anticoncepció d'emergència. Catalunya, 2004-2009. 2009.
- Department for Education and Skills. Teenage pregnancy: accelerating the strategy to 2010. 2006.
- DiCenso A, Guyatt G, Willan A, Griffith L. Interventions to reduce unintended teenage pregnancies among adolescents: a systematic review of randomised controlled trials. *British Medical Journal* 2002; 324: 1426.
- Diez E, Juarez O, Nebot M, Cerdà, N, Villalbí JR. Effects on attitudes, knowledge, intentions and behaviour of an AIDS prevention programme targeting secondary school adolescents. *Promotion & Education* 2000; vol. 3: 17-22.
- Dworkin S, Santelli J. Do Abstinence-plus interventions reduce sexual risk behavior among youth? *PLoS Med* 2007; vol. 4: 276.

- Edgardh K. Adolescent sexual health in Sweden. *Sex Transm Infect* 2002; vol. 78: 352-6.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Sexually transmitted infections in Europe, 1990-2009. Stockholm; 2011.
- Feixa C. Generación uno punto cinco. Juventud y diálogo entre civilizaciones. *Revista de estudio de juventud* 2008; 80.
- Fletcher A, Harden A, Brunton G, Oakley A, Bonell C. Interventions addressing the social determinants of teenage pregnancy. *Health Education* 2007; vol. 108 (1): 29-39.
- Fletcher A, Harden A, Brunton G, Oakley A, Bonell C. Interventions addressing the social determinants of teenage pregnancy. *Health Education* 2008; vol. 108: 29-39.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Salut Pública. Registre de Salut Maternoinfantil. 2006.
- Gidycz C, McNamara J, Edwards K. Women's risk perception and sexual victimization: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior* 2006; 11: 441-456.
- Harden A, Brunton G, Fletcher A, Oakley A, Burchett H, Backhans M. Young people, pregnancy and social exclusion: a systematic synthesis of research evidence to identify effective, appropriate and promising approaches for prevention and support. London: EPPI-Centre, Social Science Research unit, Institute of Education, University of London; 2006.
- Harden A, Brunton G, Fletcher A, Oakley A. Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrating controlled trials and qualitative studies. *BMJ* 2009; vol. 339: b4254. doi: 10.1136/bmj.b4254.
- Harper CC, Cheong M, Rocca CH, Darney PD, Raine TR. The effect of increased access to emergency contraception among young adolescents. *Obstet Gynecol.* 2005; vol. 106: 483-91.
- Henderson M, Wight D, Raab GM, Abraham C, Parkes A, Scott S, et al. Impact of a theoretically based sex education programme (SHARE) delivered by teachers on NHS registered conceptions and terminations: final results of cluster randomised trial. *BMJ* 2006; doi:10.1136/bmj.39014.503692.55.
- Hosie A, Dawson N. The Education of Pregnant Young Women and Young Mothers in England. Bristol: University of Newcastle and University of Bristol; 2005.

- Keren M, Ben-Zur H. Risk-taking among adolescents: Associations with social and affective factors. *Journal of Adolescence* 2005; 30: 17-31.
- Kirby D. Emerging answers: research findings on programs to reduce teen pregnancy. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 2007.
- Kirby D. The impact of programs to increase contraceptive use among adult women: a review of experimental and quasi-experimental studies. *Perspect Sex Reprod Health* 2008; vol. 40: 34-41.
- Kirby D, Laris B, Rolley L. Sex and HIV education programs for youth: their impact and important characteristics. Scotts Valley: ETR Associates; 2006.
- La campaña nacional para prevenir el embarazo en adolescentes. El poder de los padres: lo que los padres deben saber y hacer para ayudar a prevenir el embarazo en los adolescentes. Washington, DC; 2003.
- López A, Gil G, Moreno A, Comas D, Funes MJ, Parella S. Informe Juventud en España 2008. Madrid; 2008.
- Manseau H, Fernet M, Hébert M, Vézina D, Blais M. Risk factors for dating violence among teenage girls under child protective services. *Int J Soc Welfare* 2007; 16: 1-7.
- Marston C, Meltzer H, Majeed A. Impact on contraceptive practice of making emergency hormonal contraception over the counter in Great Britain: repeated cross sectional surveys. *BMJ* 2005; doi:101136/bmj.38519.440266.8F.
- Martino S, Elliott M, Corona R, Kanouse D, Shuster M. Beyond the "Big Talk": The roles of breadth and repetition in parent-adolescent communication about sexual topics. *Pediatrics* 2008; vol. 121: 612-8.
- Masquey S. Teenage Pregnancy: doubts, uncertainties and psychiatric disorders. *Journal of Royal Society of Medicine* 1991.
- McNeely C, Faci C. School connectedness and transition into and out of health-risk behavior among adolescents: a comparison of social belonging and teacher support. *Journal of School Health* 2004; vol. 74: 284-92.
- Mellanby AR, Rees JB, Tripp JH. Peer-led and adult-led school health education: a critical review of available comparative research. *Health Education Research* 2000; vol. 15 (5): 533-545.
- Michael R, Gagnon J, et al. Sex in America. Boston: Little Brown and Co; 1994.
- Miller B. Families matter: A research synthesis of family influences on adolescent pregnancy. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 1998.

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio de la conducta sobre salud de los jóvenes en edad escolar (estudio HBSC); 2002. Disponible a: http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/adolesSalud_2002.htm
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio de la Conducta sobre Salud de los jóvenes en edad escolar (estudio HBSC); 2004.
- Moreno C, Ramos P, Rivera F, Muñoz-Tinoco V, Sánchez-Queija I, Granado MC, et al. Desarrollo adolescente y salud en España. Resumen del estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC - 2006). Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Behaviour change at population, community and individual levels. NICE Public Health Guidance 6. London: NICE, 2007.
- National Statistics. Census 2001 table: C0069 Mothers under 19 at birth (Commissioned by Teenage Pregnancy Unit, DfES). 2004.
- NHS. Health Development Agency. Teenage pregnancy and sexual health interventions. NHS. Health Development Agency. 2004.
- O'Keefe M. Teen Dating Violence: A Review of Risk Factors and Prevention Efforts. National Electronic Network on Violence Against Woman 2005: 1-13.
- Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Glosario. Ginebra: 1998.
- OPS. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. 2000.
- Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 4.
- Pérez G. La salud reproductiva y sexual en España. Gac Sanit 2009; 23(3):171-173.
- Pedlow C, Carey M. HIV sexual risk-reduction interventions for youth: a review and methodological critique of randomized controlled trials. Behavior Modification 2003; vol. 27: 135-90.
- Raine TR, Harper CC, Rocca CH, Fisher R, Padian N, Klausner JD, et al. Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect in unintended pregnancy and STIs. JAMA 2005; vol. 293: 54-62.
- Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, et al. Protecting adolescents from harm: Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. Journal of the American Medical Association 1997; 278

(10): 823-832.

- Redgrave K, Limmer M. "It makes you more up for it". School aged young people's perspectives on alcohol and sexual health. Rochdale: Rochdale Teenage pregnancy Strategy; 2005. p. 823-832.
- Rivera L, Allen B, Ortega G, Chávez R, Lazcano E. Violencia durante el noviazgo, depresión y conductas de riesgo en estudiantes femeninas (12-24 años). Salud pública de México 2006, 48 (2): 288-296.
- SAFE Project. A reference guide to policies and practices. Brussels: Sexuality Education in Europe; 2006.
- Santelli J, Duberstein L, Finer L, Singh S. Explaining recent declines in adolescent pregnancy in the United States: The contribution of abstinence and improved contraceptive use. Am J Public Health 2007; vol. 97: 150-6.
- Schweinhart L, Barnes HV, Weikart DP. Significant benefits: The High/Scope Perry Preschool study through age 27. Ypsilanti, MI: The High/Scope Press; 1993.
- Serrano I. La juventud inmigrante en España. Comportamientos sexuales y propuestas para la prevención de riesgos; 2007 [consulta el 28 de gener de 2009]. Disponible a: <http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.item.action>
- SIECUS. Developing guidelines for comprehensive sexuality education. 1999.
- Social Exclusion Unit. Teenage Pregnancy. London: HMSO; 1999.
- Suellentrop K. What Works 2010: Curriculum-Based Programs That Help Prevent Teen Pregnancy. Washington, DC: The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy; 2010.
- Stanton BF, Burns J. Sustaining and broadening intervention effects: Social norms, core values, and parents. Romer AD, editor. Reducing adolescent risk: Toward an integrated approach. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.; 2003. p. 193-200.
- Swan C, Bowe K, McCormick G, Kosmin M. Teenage pregnancy and parenthood: a review of reviews. London: HAD; 2003.
- The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Halfway there: A prescription for continued progress in preventing teen pregnancy. Washington, DC: 2001.
- The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. It all starts at home: Hispanic parents speak out on preventing teen pregnancy. A focus group report. Washington, DC: Author; 2001.

- The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. With one voice 2002: America's adults and teens sound off about teen pregnancy. Washington, DC: 2002.
- The Kaiser Family Foundation/Children Now. Talking with kids about tough issues. A national survey of parents and kids. Menlo Park, CA: Author; 1999.
- The Kaiser Family Foundation. Sex education in America: A view from inside the nation's classrooms. A series of national surveys of students, parents, teachers and principals. Menlo Park, CA: Author; 2000.
- The Kaiser Family Foundation. Sex smart. Communication: A series of National surveys of teens about sex. Menlo Park, CA: 2002.
- Tripp J, Vinner R. Sexual health, contraception, and teenage pregnancy. BMJ 2005; vol. 330: 590-93.
- Underhill K, Operario D, Montgomery P. Systematic review of abstinence-plus HIV prevention programs in high-income countries. PLoS Med. 2007; vol. 4: e275. doi:10.1371/journal.pmed.0040275.
- Underhill K, Montgomery P, Operario D. Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in high-income countries: Systematic review. BMJ 2007; 335: 248-252.
- Marston C, Meltzer H, Majeed A. Impact on contraceptive practice of making emergency hormonal contraception available over the counter in Great Britain: repeated cross sectional surveys. Br Med J. 2005; 331: 271-276.
- UNICEF. Pobreza infantil en perspectiva: Un panorama del bienestar infantil en los países ricos. Florencia: Innocenti Report Card 7. Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF; 2007.
- United Nations Children's Fund (UNICEF). Innocenti Research Centre. 2001.
- Vanistendael S. La resiliència o el realisme de l'esperança: ferit, però no vençut. Barcelona: Claret; 1997.
- Vézina J, Hébert M. Risks Factors for Victimization in Romantic Relationships of Young Women: A review of Empirical Studies and Implications. Prevention. Trauma, Violence & Abuse 2007; 8 (1): 33-66.
- Vincent M, Drane W, Joshi P, Shankarnarayan S, Nimmons M. Sustained reduction in adolescent pregnancy rates through school and community-based education, 1982-2000. Am J of Health Education. Marston C, Meltzer H, Majeed A. (any???) Impact on contraceptive practice of making emergency hormonal contraception over the counter in Great Britain: repeated cross 2004; vol. 35: 76-83.

- Wellings K, et al. Sexual Health in Britain: early heterosexual experience. The Lancet 2001; vol. 358: 1834-1850.
- Wiggins M, Bonell C, Sawtell M, Austerberry H, Burchett H, Allen E, et al. Health outcomes of youth development programme in England: prospective matched comparison study. BMJ 2009; vol. 339: b2534. doi: 10.1136/bmj.b2534.
- World Association for Sexual Health. Salud Sexual para el Milenio: Declaración y Documento Técnico. Minneapolis, MN: World Association for Sexual Health; 2008. [consulta el 2 de febrer de 2010]. Disponible a: [http://www.worldsexualhealth.org/sites/default/files/Millennium%20Declaration%20\(ESP\).pdf](http://www.worldsexualhealth.org/sites/default/files/Millennium%20Declaration%20(ESP).pdf)
- World Health Organization. Defining sexual Health. Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002. Geneva: WHO; 2006.

PART II: ANÀLISI DE NECESSITATS SOBRE LA SEXUALITAT EN JOVES EN SITUACIÓ DE VULNERABILITAT

L'informe sobre les necessitats respecte de la promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva, així com de la reducció de les pràctiques de risc dels joves en situació de vulnerabilitat és el resultat d'un procés de recerca en què han participat investigadors i investigadores de la Universitat de Barcelona (Departament de Mètodes d'Investigació i Diagnòstic en Educació), de la Universitat de Lleida (Departament de Pedagogia i Psicologia) i de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, així com professionals de la salut, de l'educació i agents comunitaris.

És important aclarir que dins el que considerem joves en situació de vulnerabilitat es van definir tres situacions, que no necessàriament són excloents: la joventut immigrada, la joventut en protecció i/o tutelada i la joventut dels barris desfavorits. Aquest informe se centra en les necessitats d'aquests joves i dels professionals que treballen amb el col·lectiu.

La finalitat d'aquesta anàlisi és conèixer les necessitats des de tres fonts diferents: el punt de vista dels mateixos joves i adolescents, el punt de vista dels professionals que hi treballen i des de l'òptica de la teoria així com de les recerques més recents. Tot plegat és el pas previ per poder determinar un pla d'acció per a la promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva per a adolescents en situació de vulnerabilitat.

A continuació es presenten els objectius que han guiat tot el procés, la metodologia emprada tant per a la recollida com per a l'anàlisi de dades, els resultats més destacats; primer els que fan referència als professionals i després els que fan referència als joves, la discussió sobre aquests i, finalment, les conclusions.

1. Objectius

Els objectius de l'anàlisi de necessitats en els col·lectius de joves amb situació de vulnerabilitat a Catalunya relacionades amb la salut afectiva, sexual i reproductiva són els següents:

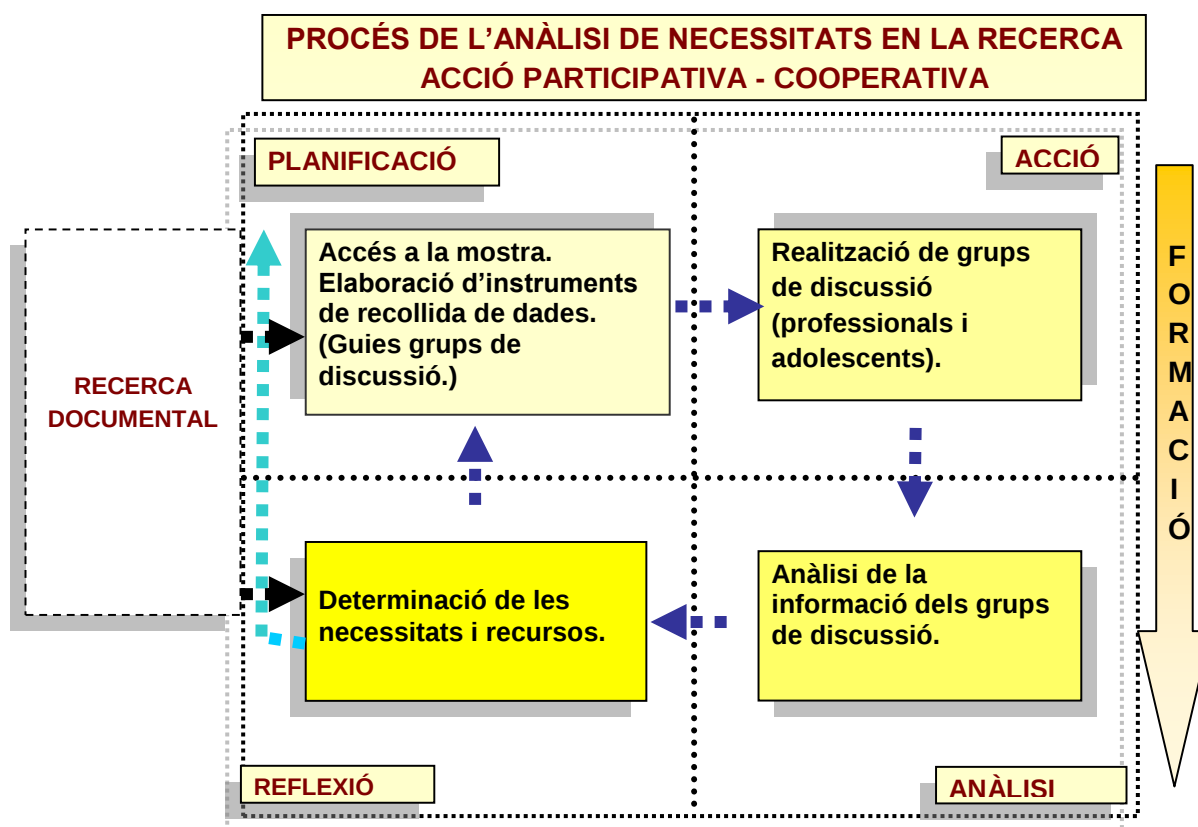
- Explorar les experiències, accions, actuacions i programes envers la promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva i la prevenció d'ITS i d'embarassos no desitjats que tenen com a destinatari els joves.
- Identificar les necessitats que tenen els joves en situació de vulnerabilitat relacionades amb la salut afectiva, sexual i reproductiva.
- Analitzar les necessitats diferencials relacionades amb la salut afectiva, sexual i reproductiva segons les característiques del col·lectiu, cultura d'origen o fet migratori.
- Explorar propostes innovadores per cobrir les necessitats detectades en els joves per a la salut afectiva, sexual i reproductiva i la prevenció d'ITS i d'embarassos no desitjats.
- Comprendre les mancances i fortaleeses que tenen els professionals/agents educatius relacionades amb la feina amb joves en situació de vulnerabilitat per tal de promoció la salut afectiva, sexual i reproductiva i la reducció de les pràctiques de risc.

2. Enfocament metodològic i disseny

El disseny de recerca que s'ha plantejat per assolir els objectius anteriors ha estat fonamentat en la recerca de l'acció participativa, en la modalitat cooperativa. Aquesta orientació suposa que els mateixos joves i adolescents, així com els professionals i agents socials han estat informadors clau en el procés de recollida de les dades. A més a més, els professionals també s'han implicat en el procés de recerca participant en el consens de necessitats, en la priorització i la transformació d'aquestes en línies d'actuació. En definitiva, aquest procés de recerca vol desenvolupar la capacitat de construir conjuntament alternatives amb els professionals i joves que hi estan implicats, apropar el món de la teoria i la pràctica, i servir de procés formatiu, tot reflexionant sobre les pròpies praxis i els recursos que es fan servir.

L'anàlisi de necessitats, doncs, s'ha articulat en un disseny dinàmic i flexible amb cinc nivells o fases (vegeu l'esquema 1): un primer i, a la vegada, constant en tot el procés ha estat el de recerca documental; un segon, de preparació i planificació de l'acció, en què s'han elaborat els instruments de recollida d'informació i s'ha negociat l'accés a la mostra; un tercer, de treball de camp, en què s'ha recollit la informació; un quart, d'anàlisi d'aquesta i integració de la recerca documental, i un cinquè, de síntesi dels resultats.

Error! No s'ha trobat l'origen de la referència.



Esquema 1. Procés de l'anàlisi de necessitats en la recerca d'acció cooperativa

2.1. Fases de l'anàlisi de necessitats

2.1.1. Recerca documental

La recerca documental ha estat un punt de partida per conèixer la situació actual i, a la vegada, una constant per aprofundir en tot el procés de recerca acompanyant l'anàlisi de dades. S'han consultat diferents bases de dades bibliogràfiques MEDLINE PubMed, MEDLINE (EBESCO), Psycinfo, ERIC, Current Contents, pàgines web d'institucions i s'ha fet una recerca àmplia per la xarxa d'Internet cercant estudis centrats en el tema de la sexualitat i els joves, en general, i en particular, en els col·lectius en risc. Aquesta anàlisi documental s'ha centrat a conèixer experiències nacionals i internacionals, estudis epidemiològics i recursos existents.

2.1.2. Els grups de discussió com a estratègia de recollida d'informació

En coherència amb la metodologia emprada, es va triar els grups de discussió com a estratègia de recollida d'informació. Aquests permeten establir un diàleg entre els participants, captar les intersubjectivitats i aprofundir en els temes que es proposen a discussió, a la vegada que pot suposar per als participants una conscienciació respecte al tema (Padilla, 1993). A més, els grups de discussió són útils, entre altres moments, en l'estadi preparatori de la recerca o en un estadi de generació del coneixement (Wilkinson, 2003).

Tenint presents les situacions que introdueixen vulnerabilitat es va decidir fer grups de discussió diferenciats per col·lectiu (protecció a la infància, immigració i barris desfavorits) i per rol (professionals/agents i joves). Aquesta decisió va afectar indubtablement la preparació dels grups de discussió.

Segons Vaughn i col·l. (1996), hi ha dos elements essencials en els grups de discussió: el primer és el guió de preguntes per a la persona dinamitzadora que prepara la trobada i el segon és la selecció de les persones participants per aconseguir-ne la percepció, l'actitud o el sentiment sobre un tema determinat, responent a l'objectiu de recerca. A continuació retem compte d'aquests dos aspectes:

2.1.2.1. L'accés als participants i la selecció

La selecció dels participants va ser intencional i no probabilística. Els criteris de selecció de les persones que participarien en l'anàlisi de necessitats van ser:

- 6 grups de 10/12 professionals = 50/60 participants
- 6 grups de 10/12 adolescents = 50/60 participants

Ara bé, també es va acordar que si fos necessari perquè algun dels objectius anteriors no quedés cobert es faria algun grup més. I, en el sentit contrari, si s'arribava a la saturació, s'hauria de reduir.

En aquesta fase de planificació es va negociar l'accés a la mostra informant del projecte les direccions generals i les institucions implicades. Es va elaborar una carta en què es presentava l'estudi, tot exposant-ne la finalitat i els objectius, les fases del projecte (més

enllà de l'anàlisi de necessitats) i el que suposava la implicació dels participants en el projecte.

A partir d'aquesta presentació es va començar a confeccionar les llistes de participants tenint present recollir el màxim de diversitat. Així, en el cas dels professionals els criteris de selecció de la mostra van ser la diversitat de perfils professionals, com ara els professionals de la salut, de l'educació formal i no formal, i representants d'associacions que estiguessin en contacte amb els tres col·lectius seleccionats (immigrants, barris desfavorits i joves en protecció). En el cas dels adolescents, es va prioritzar que hi hagués una representació dels diferents grups d'edat (de 12 a 14, de 15 a 17 i de 18 a 20 anys) i dels tres col·lectius (immigrants, barris desfavorits i joves en protecció).

2.1.2.2. Els instruments: les guies per als grups de discussió

Per desenvolupar els grups de discussió es van elaborar expressament una sèrie d'instruments (guies) amb la finalitat de respondre els objectius proposats en l'anàlisi de necessitats i poder obtenir una visió clara i concisa de la realitat que ens ocupa. L'elaboració dels instruments va incloure els elements que, fruit de la revisió documental i de la literatura científica, es van detectar com a clau i es van adaptar les preguntes als contextos i a les persones a qui es pensava entrevistar. Així es va elaborar una guia per als professionals i agents socials i comunitaris, i diverses guies per als grups de joves, diferenciant tres grups d'edats, el de 12 a 14 anys, el de 15 a 17 i el de 18 a 20 anys. La taula 1 tracta de sintetitzar els objectius generals que es busquen a l'estudi amb els específics que es van demanar a cada informant.

Taula 1. Respecte a la salut afectiva, sexual i reproductiva en els joves amb situació de vulnerabilitat		
	Professionals i agents socials	Joves
a. Explorar les experiències, accions, actuacions i programes existents	x	x
Objectius específics:		
⇒ <i>Identificar les experiències, accions i programes que existeixen.</i>	x	
⇒ <i>Identificar les experiències, accions i programes que recorden els joves.</i>		x
⇒ <i>Recollir informació més detallada sobre aquelles experiències, accions o programes que no són institucionals.</i>	x	
⇒ <i>Recollir valoracions de les experiències, accions o programes existents.</i>	x	x
⇒ <i>Identificar les fonts d'informació dels joves.</i>		x

⇒ Recollir valoracions de la fiabilitat de les fonts d'informació.		X
b. Identificar les necessitats que tenen els joves.	X	X
Objectius específics:		
⇒ Identificar necessitats dels joves percebudes pels professionals.	X	
⇒ Identificar necessitats dels joves percebudes per ells mateixos.		X
⇒ Explorar els motius relacionats amb l'ús o no del preservatiu.		X
⇒ Explorar les respostes reals o possibles i el coneixement que tenen sobre els procediments entorn de l'embaràs.		X
c. Analitzar les necessitats diferencials segons el tipus de col·lectiu, cultura d'origen o fet migratori.	X	X
Objectius específics:		
⇒ Analitzar necessitats diferencials entre els joves percebudes pels professionals segons el gènere.	X	
⇒ Analitzar necessitats diferencials entre els joves percebudes per ells mateixos segons el gènere.		X
⇒ Analitzar necessitats diferencials entre els joves percebudes pels professionals segons la cultura d'origen o fet migratori.	X	
⇒ Analitzar necessitats diferencials entre els joves percebudes pels professionals segons la vulnerabilitat de barri.	X	
⇒ Analitzar necessitats diferencials entre els joves percebudes pels professionals segons la situació de tutela.	X	
d. Explorar propostes innovadores.	X	X
Objectius específics:		
⇒ Explorar propostes innovadores per cobrir les necessitats detectades.	X	X
⇒ Explorar entre les propostes innovadores proposades valoracions sobre aquelles relacionades amb els mitjans audiovisuals.	X	X
⇒ Explorar entre les propostes innovadores proposades valoracions sobre aquelles relacionades amb les tecnologies de la informació i comunicació.	X	X
⇒ Explorar propostes per fomentar l'ús del preservatiu.		X
⇒ Explorar els agents que haurien de desenvolupar les accions.		X
⇒ Explorar les edats considerades adients per desenvolupar les propostes.		X
e. Comprendre mancances i fortaleces que tenen els professionals i els agents educatius relacionades amb la seva feina.	X	
Objectius específics:		
⇒ Comprendre mancances entre els professionals i els agents educatius.	X	
⇒ Comprendre, entre les mancances, les que són necessitats formatives entre els professionals i els agents educatius.	X	
⇒ Comprendre fortaleces entre els professionals i els agents educatius.	X	

Les guies estan adreçades a les persones dinamitzadores per ajudar-les a desenvolupar els grups de discussió d'una forma estructurada convidant els participants a reflexionar i dialogar sobre les qüestions anteriors. Aquest conjunt d'instruments estan formats per unes fitxes identificatives del grup i dels seus participants, per una introducció i per les mateixes preguntes.

A la fitxa identificativa del grup es recullen dades descriptives, com ara la data de realització del grup de discussió, el lloc, el nombre de participants, el temps de durada i altres comentaris destacats pel dinamitzador referents al clima grupal, incidències, etc. A les fitxes identificatives de cada participant es recullen dades demogràfiques. En el cas dels professionals, data de naixement, sexe, estudis, ocupació, àmbit professional, qualificació professional, lloc de naixement. En el cas dels joves, data de naixement, lloc de naixement, en cas d'haver nascut a l'estranger data d'arribada, sexe, estudis i situació actual (estudiant, actiu professionalment o altres situacions laborals).

A la introducció de la guia se n'explica el sentit, es proposa un text per ajudar la persona dinamitzadora a introduir el grup de discussió i es recorden unes línies bàsiques per al desenvolupament del grup, com agrair la col·laboració, assegurar la confidencialitat dels participants, recordar el respecte a totes les aportacions de les persones participants i començar per una petita presentació de cada participant. A continuació reproduïm un fragment de la introducció esmentada:

"L'objectiu del grup de discussió se centra a conèixer les seves experiències i opinions sobre el treball de promoció de la salut afectiva i sexual i la reducció de pràctiques de risc amb aquests col·lectius. Per això, podrem dialogar durant aproximadament una hora i mitja i anirem proposant cinc preguntes generals al grup per tal que lliurement en puguem parlar. Valorem molt les vostres experiències, les vostres aportacions i les vostres propostes, ja que esteu relacionats directament amb l'educació afectiva i sexual o amb els col·lectius de joves als quals s'adreça el projecte. En aquest sentit, cal dir-vos que no existeixen respostes bones ni dolentes, que es tracta d'un grup obert en què es poden manifestar les opinions encara que no s'hagin trobat en la situació." *Guia del grup de discussió de professionals.*

Cada guia proposa entre 7 i 9 preguntes al grup per tal que lliurement en parli. En principi les guies estan pensades per desenvolupar un diàleg durant aproximadament una hora i mitja. A continuació es mostra un exemple de les preguntes que apareixen en les diferents guies elaborades expressament per l'equip de recerca per als grups de discussió.

“Per començar el diàleg ens agradaria que poguéssiu parlar sobre les vostres experiències en la promoció de la salut afectiva i sexual.

En concret, per promoure la salut afectiva i sexual, què heu fet o què coneixeu? D'aquests aspectes que heu anomenat, en podríeu descriure molt breument els que són inèdits o propis de la vostra entitat.” *Guia del grup de discussió de professionals.*

“Imagineu que se us proposa dedicar un espai de temps per tractar temes de sexualitat i us demanen que hi participeu (muntar-ho, organitzar-ho, donar la vostra opinió...). Com us agradaria que fos? Com us ho imagineu?” *Guia del grup de discussió de joves de 18 a 20 anys.*

2.1.3. Treball de camp

Els grups dels professionals es van desenvolupar entre el setembre i el novembre del 2008, i els dels joves entre finals de gener i març del 2009. Els primers es van fer a les instal·lacions del Departament de Mètodes d'Investigació i Diagnòstic en Educació de la Universitat de Barcelona, i els segons a les seus de les institucions o centres als quals estaven vinculats els joves.

Per evitar interpretacions en l'anàlisi, tots els grups de discussió es van gravar amb l'autorització prèvia dels participants, per garantir-ne la confidencialitat. A més, es va demanar als participants que s'identifiquessin amb un número, de manera que això permetria després poder fer anàlisis diferencials segons les característiques d'alguns dels participants. A cada grup van participar dos membres de l'equip de recerca: un s'encarregava de dinamitzar-lo i l'altre s'encarregava de recollir les interaccions dels participants.

2.1.4. Anàlisi de les dades

L'anàlisi de contingut ha estat la part metodològica fonamental per analitzar les transcripcions dels grups de discussió dels professionals i dels adolescents; entesa com una forma d'obtenir pautes o lògiques d'interpretació mitjançant el tractament sistemàtic de la informació. Aquesta anàlisi pretén realitzar inferències vàlides i fonamentades. Per desenvolupar l'anàlisi de contingut s'ha utilitzat el programa informàtic Atlas ti v.5.0. Aquesta eina informàtica ens ha facilitat l'anàlisi d'un gran volum de dades qualitatives.

L'anàlisi prèvia de la bibliografia en salut afectiva, sexual i reproductiva ens ha permès elaborar, prèviament a l'anàlisi de les informacions textuais, uns primers codis; aquesta orientació en el procés d'anàlisi textual s'anomena *bottom-up*.

Així doncs, la primera fase d'anàlisi ha estat de tipus textual, és a dir, s'han seleccionat paràgrafs, fragments i cites significatives dins dels documents de transcripció dels grups de discussió. La segona fase, de tipus conceptual, ha estat un nivell superior d'anàlisi, en què s'han creat els codis o categories que, posteriorment, s'han pogut relacionar els uns amb els altres. Aquestes dues fases han estat en contínua relació en el procés d'anàlisi. Això ens ha permès modificar el grau de significació que donem en un moment del procés d'anàlisi a una cita o paràgraf i aprofundir en el nivell de conceptualització.

A continuació, presentem les categories creades per a l'anàlisi dels grups de discussió de professionals (taula 2) i dels grups de discussió dels adolescents/joves (taula 3).

Taula 2. Categories per a l'anàlisi de contingut dels professionals

Promoció	Definició de la categoria
Promoció realitzada	<i>Accions, programes (duts a terme) i recursos disponibles per a la promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva.</i>
Promoció inèdita	<i>Institucions, accions, programes, etc. que han promociat la salut afectiva, sexual i reproductiva i que no s'han editat o donat a conèixer al gran públic.</i>
Característiques dels professionals	<i>Característiques dels professionals que fan o han fet la promoció en salut afectiva, sexual i reproductiva (formació, experiència, institució, etc.).</i>
Moment evolutiu	<i>Valoració del moment evolutiu adequat per fer la promoció en salut afectiva, sexual i reproductiva.</i>
Àmbit de la promoció	<i>Àmbit o àmbits en què es desenvolupa actualment la promoció en salut afectiva, sexual i reproductiva.</i>
Metodologia per a la promoció	<i>Metodologia utilitzada per al treball de la promoció afectiva, sexual i reproductiva amb adolescents.</i>
Promoció i gènere	<i>Valoració de la perspectiva de gènere en la promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva.</i>

Funcionament	Definició de la categoria
Programes o accions que funcionen	<i>Valoració de les accions o dels programes actuals eficaços en promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva.</i>
Programes o accions que	<i>Valoració i crítica constructiva d'aquells programes o accions que s'han dut a</i>

no funcionen	<i>terme en la promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva, que els professionals valoren com a ineficaços o amb pocs resultats en els adolescents.</i>
Per què sí que funcionen?	<i>Justificació o argumentació de la valoració d'eficàcia dels programes o accions que sí que funcionen en promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva.</i>
Per què no funcionen?	<i>Justificació o argumentació de la valoració d'ineficàcia dels programes o accions que no donen resultats positius en la promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva.</i>

Necessitats	Definició de la categoria
Necessitats comunes	<i>Necessitats comunes de tots els joves (independentment de la seva situació, procedència, cultura, etc.) en el treball de la salut afectiva, sexual i reproductiva.</i>
Necessitats diferencials	<i>Necessitats diferencials o específiques de determinats col·lectius (CRAE, immigrants, barris desfavorits) en situació de vulnerabilitat per la seva situació de desemparament, procedència o valors i creences culturals d'origen.</i>

Propostes	Definició de la categoria
Propostes d'accions, programes i recursos	<i>Propostes d'accions, programes i recursos que ajudarien a millorar l'eficàcia de la promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva.</i>
Propostes d'innovació	<i>Propostes d'accions, programes i recursos innovadors per promocionar la salut afectiva, sexual i reproductiva.</i>
Característiques dels professionals	<i>Característiques (formació, experiència, etc.) que haurien de tenir els professionals que duren a terme la promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva.</i>
Propostes d'edat	<i>Edat que es valoren els professionals com a "ideal" per iniciar la promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva.</i>
Propostes de gènere	<i>Propostes per realitzar les accions de promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva des de la perspectiva de gènere.</i>
Propostes d'àmbit	<i>Espais on pensen que seria adient tractar el tema de la salut afectiva, sexual i reproductiva.</i>
Propostes de metodologia	<i>Propostes i concrecions de metodologies per treballar amb joves i augmentar-ne l'interès per la salut afectiva, sexual i reproductiva.</i>

Mancances	Definició de la categoria
Mancances d'accions	<i>Mancances per dur a terme accions per promocionar la salut afectiva, sexual i reproductiva.</i>
Mancances de programes	<i>Mancances per dur a terme programes per promocionar la salut afectiva, sexual i reproductiva.</i>

Fortaleses	Definició de la categoria
Fortaleses d'accions	<i>Fortaleses per dur a terme accions en promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva.</i>
Fortaleses de programes	<i>Fortaleses per dur a terme programes en promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva.</i>

Taula 3. Categories per a l'anàlisi de contingut dels adolescents

Coneixements	Definició de la categoria
Coneixements generals	<i>Coneixements generals que tenen sobre salut afectiva, sexual i reproductiva.</i>
Coneixement d'afectivitat	<i>Coneixements i creences que tenen relacionades amb l'afectivitat.</i>
Coneixement de mètodes anticonceptius	<i>Coneixement que tenen dels mètodes anticonceptius.</i>
Fonts de coneixement	<i>Persona o persones, institucions o accions que han proporcionat el coneixement que tenen.</i>
Fonts fiables de coneixement	<i>Fiabilitat de la font d'informació.</i>
Accions i recursos que han rebut	<i>Accions i recursos relacionats amb la salut afectiva, sexual i reproductiva que han rebut o han fet servir.</i>
Coneixements que tenen utilitat i desperten interès	<i>Valoració que fan dels coneixements que tenen, de la seva utilitat i dels interessos que desperten.</i>

Risc	Definició de la categoria
Conductes de risc	<i>Conductes generals que segueixen els joves i que consideren associades al risc.</i>
Coneixement de riscos	<i>Coneixement que tenen dels riscos associats a les relacions sexuals sense cap tipus de protecció.</i>
Coneixement dels riscos del preservatiu	<i>Coneixement que tenen dels riscos associats a la no-utilització del preservatiu.</i>
Ús del preservatiu	<i>Utilització o no del preservatiu. Raons i creences que tenen sobre la utilització del preservatiu que expliquen perquè no s'utilitza i perquè sí que s'utilitza o ajudaria a fer-ho.</i>

Embaràs	Definició de la categoria
Embaràs	<i>Opinió general sobre l'embaràs, experiències que han tingut i persones amb les quals han compartit o compartirien l'experiència per trobar suport.</i>
Embaràs; tenir fills	<i>Opinió i experiències sobre la possible maternitat jove o adolescent.</i>

Propostes	Definició de la categoria
Propostes amb qui	<i>Persones amb qui els agradaria poder tractar els temes relacionats amb la sexualitat.</i>
Propostes d'edat	<i>Edat a la qual pensen els joves i adolescents que caldria fer accions per promocionar la salut afectiva, sexual i reproductiva.</i>
Propostes de gènere	<i>Propostes per fer les accions de promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva diferenciada segons el gènere.</i>
Propostes de lloc	<i>Llocs on pensen que seria adient tractar els temes relacionats amb la sexualitat.</i>
Propostes de temes	<i>Propostes de temes que els interessin i creuen que són importants.</i>
Propostes d'accions. Metodologia	<i>Propostes d'accions i concrecions de metodologia.</i>
Recomanacions a altres adolescents	<i>Missatges que donen els joves a altres joves.</i>

Procedència	Definició de la categoria
Amèrica Llatina	<i>Equador, Bolívia, Santo Domingo i Veneçuela</i>
Àfrica	
Àfrica Marroc	<i>Marroc</i>
Àfrica Subsahariana	<i>Senegal, Mauritània, Guinea</i>
Europa de l'Est	<i>Romania, Lituània</i>
Àsia	<i>Índia, Pakistan, Bangladesh</i>
Nacional	

Varis	Definició de la categoria
Components culturals	<i>Valoracions relacionades amb components culturals.</i>
Edat de la primera relació	<i>Edat en què manifesten que van tenir la primera relació completa.</i>
Expectatives de futur	<i>Expectatives que tenen de futur, estudis, parella, etc.</i>

3. Descripció dels participants

3.1. Característiques dels professionals

El total de participants és de 48 professionals i agents comunitaris, dels quals el 75% són dones i el 25%, homes.

Taula 3. Nombre de grups de professionals i col·lectiu d'actuació

Col·lectius	Nombre de grups	Professionals
Joves immigrants	2	18
Joves de barris desfavorits	2	11
Joves tutelats	2	19
Total	6	48
GÈNERE	DONES (%)	HOMES (%)
	75	25

Per descriure l'edat dels professionals participants en l'estudi, els hem agrupat per edat en intervals. La descripció queda reflectida en la taula següent:

	De 25 a 35 anys (%)	De 36 a 45 anys (%)	Més de 45 anys (%)
Edat	38,3	23,4	38,3

L'àmbit professional dels participants és el següent:

	Sanitari (%)	Educatiu (%)	Social (%)
Àmbit professional	45,8	33,3	20,9

Formació dels professionals participants en l'estudi:

	Cicle formatiu o formació professional (%)	Doctorat (%)	Llicenciatura o diplomatura (%)
Estudis	2,1	2,1	95,8
		Tècnic mitjà (%)	Tècnic superior (%)
Qualificació professional		58,2	43,2

Tenim quatre orígens diferents dels professionals, però la majoria són espanyols:

Origen	(%)
Argentina	2,1
Colòmbia	2,1
Guinea	2,1
Espanya	93,7

3.2. Característiques dels adolescents

El total d'adolescents participants és de 72, dels quals un 62,5% són noies i un 37,5% són nois.

Taula 4. Nombre de grups de joves i col·lectiu d'actuació

Col·lectius	Nombre de grups	Adolescents
Joves immigrants	5	42
Barris desfavorits	3	12
Joves tutelats	2	18
Total	10	72
GÈNERE	NOIES (%)	NOIS (%)
	62,5	37,5

De la mateixa manera que amb els professionals, hem fet intervals d'edat per descriure els participants adolescents:

	De 12 a 14 anys (%)	De 15 a 17 anys (%)	De 18 a 20 anys (%)
Edat	18,1	40,3	41,7

Els adolescents participants pertanyen a 15 nacionalitats diferents; la més freqüent és la marroquina, amb un 34,7%; seguida de l'espanyola, amb un 20,8%, i l'equatoriana, amb un 12,5%. A la taula següent, recollim els orígens dels joves agrupats en set grans grups:

Origen	(%)
Àfrica - Marroc	34,7
Espanya	20,7
Amèrica Llatina	20,7
Àsia	15,3
Àfrica subsahariana	5,6
Europa de l'Est	2,8
Total	100%

Cal matisar la dada anterior, ja que s'observen diferències en els processos de socialització dels joves. És a dir, seguint la proposta de Feixa (2008)¹ dels joves participants en els grups focals, un 53,1% forma part de la generació 1.25; un 42,9%, de la generació 1.75, i un 4,1%, de l'anomenada generació 1.5. Cal destacar que s'observa una associació estadísticament significativa entre l'edat que tenen els adolescents i la generació a la qual pertanyen ($\chi^2 = 43,64$, gl.6, $p = 0,001$) amb una clara correspondència dels grups de més edat amb les generacions que van passar més temps al seu país d'origen.

Taula per generació

Generació	Freqüència	Percentatge (%)
1,5	2	4,1
1,75	21	42,9
1,25	26	53,1
Total	49	100,0

¹ Vegeu la definició de les generacions segons Feixa (2008) a la pàgina 27.

4. Resultats dels grups de discussió amb professionals

4.1. Accions i recursos de promoció de la salut afectiva i sexual: característiques principals

Els professionals que treballen amb els tres col·lectius –CRAE, barris desfavorits i immigració– estan d'acord en els aspectes següents:

- En l'exploració de les diferents accions professionals que s'estan desenvolupant per a la promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva, tant amb immigrants com amb barris desfavorits, coincideixen en l'organització de tallers que desenvolupen en les seus i en l'elaboració de programes per desenvolupar als centres escolars de manera progressiva i amb el compromís del centre. També fan formació-suport de mediadors culturals –en el cas d'immigrants– i de promotors de salut, en el cas de barris.

“Es desenvolupa a l'escola i vénen al Centre de referència a fer el taller concret.” P.1. Barris, 1:27

“Tenim quatre programes que treballen educació sexual i prevenció de malalties de riscos associats: educació de joves en l'àmbit extraescolar, educació de joves amb discapacitat intel·lectual, educació d'iguals i joves amb risc –desavantatge social.” P.1. Barris, 1:11.

“Amb els CRAE i centres d'acollida intentem fer projectes a mida de cada centre. Evidentment hi impliquem molt els professionals del centre, la major part del projecte el porten a terme els educadors i, puntualment, hi ha alguna actuació nostra...” P.4. CRAE, 4:7.

“Nosaltres fem tallers continguts en tres anys; l'oferta la fem a través de l'Ajuntament de Vilanova a les escoles, a l'inici del curs (bé, ja surt al juny) i les escoles poden decidir si demanen aquesta oferta o d'altres.” P.5. Immigrants, 5:16.

- Hi ha acord en el coneixement de quatre recursos especialitzats en promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva: “Salut i escola”; “Tarda jove” als ambulatoris; centre de planificació familiar; atenció i informació a l'Àrea Bàsica de Salut. En canvi, no hi ha unanimitat en la valoració dels recursos, ja que les opinions són molt dispars i semblen molt relacionades amb l'estil i la motivació del professional que se n'encarrega.

“La ‘Tarda jove’ està ubicada ara dins un ambulatori, a mi no m'agrada. Quan un pensa a fer una ‘Tarda jove’ ha de pensar el lloc idoni, segons el territori, perquè potser en algun lloc l'ambulatori no és el lloc idoni. En principi em sembla que no, ja que l'adolescent associa ambulatori al lloc on

va la gent gran al metge, per això normalment la gent canvia l'espai per als joves, que s'ubica a l'ajuntament, en un local... Els joves no ho veuen com un lloc ambulatori, l'horari, el tipus d'atenció..." P.1. Barris, 1:36.

"Ha estat un encert el programa SIE, per portar aquest vincle del món de la salut amb la prevenció, una persona de salut dins el món educatiu." P.5. Immigrants, 5:3.

"És com un tipus servei de planificació familiar. Nosaltres, a partir dels 16 anys, els enviem allà." P.3. CRAE, 3:10.

- L'edat d'accés als recursos i les accions sol ser cap als 14 anys; en el cas del CRAE depèn de quan es fa l'internament.

"La franja de joves amb què comencem són nanos a partir de 13 anys. Als 21 passarien amb un assistent social." P.2. Barris, 2:3.

"No ho sé... també l'edat amb què arriben al centre i el vincle que s'hi pugui establir, ja que noies que arriben amb 17 anys és difícil; a part, tendeixen a reproduir esquemes que porten des de casa. Llavors, hi ha noies que hi arriben amb 14 anys i hi ha una bona projecció, suposo que el tema depèn de l'edat i del vincle. Si poguéssim fer un vincle positiu sí que funcionaria, ja que hi ha noies que amb el bagatge que porten costa molt entrar-hi." P.3. CRAE, 3:29.

"A segon, tercer i quart d'ESO i en algun cas primer de batxillerat." P.5. Immigrants, 5:17.

- En relació amb la perspectiva de gènere, hi ha força coincidència a treballar per separat nois i noies, a reconèixer uns comportaments diferents entre el sexe masculí i femení, a identificar "l'amor romàntic" com un valor de risc en les noies i a començar a introduir el tema de la violència de gènere.

"Una altra cosa que estem introduint és el tema de la violència, ja que parlem molt dels embarassos i les malalties de transmissió sexual, però ens estem trobant molta violència, relacions no consentides... ho estem detectant molt." P.1. Barris, 1:40.

"En treballar els tallers de sexualitat sí que s'ha començat a fer la separació de nois i noies i resulta molt millor: fan una sessió els nois i una altra, les noies, i després s'ajunten. Sembla que això funciona i quan estan separats diuen més coses. A vegades participem amb grups de risc d'instituts. Els altres són més grans, els d'escoles d'adults." P.2. Barris, 2:28.

"Ho fem al grup classe, tot i que hem fet proves. A segon d'ESO van separar nois i noies perquè hi havia molta immigració, i va ser molt positiu, ja que els nens en grup deien moltes ximpleries, però les nenes no participaven. Els dos anys que ho vam fer les noies i els nois preguntaven moltíssim, es trobaven més còmodes i preguntaven més." P.4. CRAE, 4:5.

"Als tallers mixtos t'adones que tots dos sexes parlen menys. En canvi, als tallers separats, parlen molt més i segons hi hagi nois i noies parlen de coses diferents; hi ha una sèrie de coses que no pots parlar davant l'altre gènere." P.5. Immigrants, 5:65.

Les diferències destacables entre les accions rebudes en els tres col·lectius són:

- La diferència més destacable de les accions realitzades és que als CRAE no es fan tallers (solament en fa un CRAE), sinó que utilitzen els tallers de barris desfavorits o per a immigrants com a recurs per als nois i noies dels centres. Les accions que es desenvolupen als CRAE són les pròpies de la metodologia de vida quotidiana i de la tutoria. Els educadors aprofiten l'acció informal per abordar temàtiques afectives i sexuals: l'hora de la dutxa, les sortides i excursions, fan una "tarda de noies"...

"Tenim un CRAE de noies de 16 a 18. Des del juliol creem la tarda de noies, en què van al cine totes i és com sortir de casa per parlar lliurement entre elles i amb l'educadora, que els permet fer de mirall més que censurar. Això porta a vegades a discussions potents, però és un espai que valoren positivament i que intentem normalitzar." P.3. CRAE, 3:15.

- En el col·lectiu de barris desfavorits és on hi ha més nombre i varietat d'accions de promoció de l'educació afectiva i sexual; això s'explica pel fet que amb el col·lectiu d'immigració s'aborden moltes altres temàtiques que preocupen els usuaris: papers, idioma, recursos, escolarització... Els professionals manifesten que totes aquestes necessitats que senten els usuaris s'han de respondre abans d'entrar en temàtiques com l'educació afectiva sexual, que situen en un segon terme.

"El que a mi em preocupa més no és tant el nen de l'escola, que està protegit, sinó els nanos que no tenen cap informació dels temes sexual reproductiu i, bé, potser és una situació més crítica." P.5. Immigrants, 5:8.

"Nosaltres ens trobem que els nanos, hi ha de tot, però els principals problemes que tenen són aconseguir residència, permís de treball, ja que tenen el pes de mantenir la família que tenen al Marroc i els demanen diners... El tema de la sexualitat és una sortida per anar a passar-s'ho bé. Si els parles de sexualitat et diuen: bé, és un joc, a mi m'és igual si es queda embarassada, si s'enamora, si jo tinc una família per mantenir..." P.4. CRAE, 4:95.

- En el col·lectiu de barris desfavorits es mencionen moltes accions: escoles de pares, programes de ràdio fets per metges dels centres d'atenció primària i joves del barri, assessorament a mestres, formació i sensibilització de professionals, col·laboracions amb els recursos sanitaris...

"Una cosa que es va fer al Raval és que els metges de família van fer durant una setmana programes de ràdio juntament amb els joves i, com a final, els van presentar i van guanyar un

premi. Van venir al centre i van fer uns tallers al local. Va tenir molt d'èxit i va ser molt interessant.” P.6, Immigrants, 6:6.

- Respecte als professionals que es dediquen a l'educació afectiva i sexual esmenten els metges, infermeres i llevadores; els mestres, professors, educadors de carrer i educadors de CRAE; promotors de salut... En general, destaquen la falta de formació específica en aquesta matèria. Els mateixos professionals que participen en els grups de discussió autovaloren la seva formació en aquesta matèria com a insuficient; especialment els professionals que provenen dels àmbits educatius.

“Pel que fa al tema de la formació dels mediadors, hi ha dues parts: d'una banda, la part més teòrica, de continguts teòrics. Són persones que no tenen per què saber sobre malalties de transmissió sexual, però sí que les quatre preguntes bàsiques que els pot fer el jove (com és la malaltia, com puc prevenir-la...) les han de resoldre. Per tant, la formació ha d'anar una mica encaminada cap aquí.” P.1. Barris, 1:47.

“Els educadors hi intervenim però no tenim pla específic, nosaltres no som professionals d'això i tenir programes d'això ens aniria bé...” P.3. CRAE, 3:8.

- També esmenten paraprofessionals: mediadors culturals –poden ser joves immigrants–, iguals –joves de quart d'ESO o batxillerat. Aquests reben una formació mínima en malalties de transmissió sexual i les formes de prevenir-les.

“Generar grups de suport, xarxes de suport a través de la figura d'iguals o altres. En el tema de la manca de suport, és important intervenir-hi.” P.3. CRAE, 3:42.

4.2. Valorar les accions d'educació afectiva i sexual

4.2.1. Acord entre els professionals que treballen amb els tres col·lectius: CRAE, barris i immigració

- Hi ha un gran acord per part dels professionals dels tres col·lectius en el fet que el context escolar és especialment rellevant en matèria afectiva i sexual. L'espai de la tutoria per abordar temàtiques d'educació afectiva i sexual permet arribar a la totalitat dels nois i noies adolescents de poblacions vulnerables, ja que estan en edat d'escolaritat obligatòria, però l'eficàcia de la tutoria depèn de la formació del professor tutor i de la seva actitud envers aquestes temàtiques.

“La intervenció més important és la del marc escolar, juntament amb la del Programa d’atenció a la salut sexual i reproductiva (PASSIR).” P.2. Barris, 2:19.

“Adreçat al món educatiu, als instituts, portem un programa de sexualitat centrat a assessorar mestres. Tenim un material elaborat fa uns anys i, a partir d’aquí, la idea és que el mestre treballi en les hores de tutoria uns aspectes i proposar que participin en una campanya...” P.2. Barris, 2:23.

“Fem tallers de sexualitat a secundària, concretament a segon i quart, una mica adaptats. I el que fem és elaborar materials perquè els professors ho treballin i llavors, puntualment, hi anem per reforçar l’actuació.” P.4. CRAE, 4:3.

- D’altra banda, continuant amb la valoració del context escolar, hi ha professionals dels tres col·lectius que són crítics amb el fet que l’educació afectiva sexual no sigui una temàtica obligatòria del currículum, ja que això fa que solament es treballi a estonetes a les tutories i si el professor tutor ho vol fer.

“Del programa ‘Salut i escola’ l’únic que he pogut fer són tallers.” P.1. Barris, 1:1.

“Jo estic en tres escoles, i depenent de l’escola, no perquè siguin religioses. Curiosament en un altre centre al qual vaig han de demanar permís al tutor, el tutor al cap d’estudis, i tot això per la setmana següent, que hi vaig jo. Per tant, potser el conflicte ja no el tenen perquè ho necessiten en aquest moment. He intentat solucionar-ho i veig que les coses estan així, per tant, veig que els que en tenim ganes anem fent a poc a poc...” P.5. Immigrants, 5:3.

“Em preocupen els nanos que podem recollir que no estan escolaritzats, perquè hi ha el programa SIE, el programa de l’ambulatori escolar, però els grups que no estan escolaritzats, què fan?, aquests tenen més risc...” P.6. Immigrants, 6:29.

- Finalment, també en la valoració de les accions en el context escolar, hi ha valoracions molt discrepants del recurs “Salut i escola”.

“També quan va sortir la normativa, com que depenem de les persones i com que la llei hi és per trencar-la... Actuaran com creguin que han d’actuar...” P.5. Immigrants, 5:42.

- Hi ha coincidència a valorar la necessitat i l’efectivitat de treballar amb les famílies.

“Quan ens vam adonar que treballàvem tan sols amb els pares vam veure que ho fèiem malament també ja que ens havíem deixat els nens. Quan treballes ho has de fer conjuntament (nens i pares) i que hi hagi comunicació entre ells...” P.1. Barris, 1:67.

- Respecte a les metodologies, els professionals valoren el programes i les accions multimètodes: que es combini el treball de grup (xerrades, tallers...) amb el treball en petit comitè (3 o 4 nois o noies) i el treball individualitzat; que es

combini la creació d'espais acollidors i oberts on el jove es pugui adreçar amb metodologies de carrer consistents a “anar a buscar l'adolescent”; que es combini les accions formals amb les informals.

“Nosaltres, com a MINERVA, treballem en l'àmbit ambulatori, però també és important el treball de tutoria, ja que és on es dona informació, assessorament... És el més important ja que és individual, no grupal.” P.3. CRAE, 3:17.

“Intervenció grupal: dins l'aula es reparteixen en grups, repartim temes crítics (ETS, embaràs, VIH...), els donem temps per discutir i després discuteixen en grup. A partir d'aquí és el que ells aporten i el que nosaltres aportem, però depèn de l'institut. L'espai 'Tarda jove' és personal o en petit comitè.” P.5. Immigrants, 5:59.

4.2.2. Diferències destacables entre els tres col·lectius

- Els professionals que treballen amb els col·lectius d'immigrants i de barris coincideixen a utilitzar i valorar positivament els recursos que ofereix Internet, la web jove de l'ICS, les noves tecnologies, els vídeos, les plataformes digitals... Els professionals dels CRAE no coincideixen en això. Una possible explicació és que la intervenció del CRAE és de 24 hores al dia i es treballa més la relació personal. Quan es tracta de barris i immigrants, la intervenció és menys intensiva i també es necessita utilitzar recursos que els adolescents puguin fer anar des de casa seva, en el lleure...

Proposta: “Ofereix una consulta *on line* als joves podria ser una via accessible.” P.1. Barris, 1:81.

- Entre els professionals que treballen amb el col·lectiu d'immigrants, es valora molt positivament les accions encaminades a la construcció de referents dins de la mateixa comunitat, cosa que permet conèixer els llocs (físics i virtuals) per on es mouen. El mediador sol ser un jove que rep formació en malalties de transmissió sexual i formes de prevenció i suport del servei, i com que coneix la cultura d'origen arriba a “connectar-hi” millor.

“La construcció de referents dins de la comunitat és molt important. El procés de construcció a través de referents de la mateixa població és un procés de formació que es construeix amb els referents. L'inconvenient és que sempre estem pendent de subvencions perquè treballem en projectes i no en programes. Quan es treballa de manera coordinada amb la població immigrant és important conèixer els llocs en els quals es mouen, els referents i els llocs d'interès (virtuals o comunitaris).” P.6. Immigrants, 6:11.

- Els professionals de CRAE destaquen com pot sorgir un líder positiu dins del grup de menors; tot i que no pot ser una estratègia planificada, els professionals valoren molt positivament les experiències en les quals s'ha donat aquesta situació.

“Tenir un líder positiu dins el centre és molt afavoridor. Lliga amb el que deies de la metodologia dels iguals... El treball amb la família pot revertir-hi positivament i requeriria una bona coordinació entre professionals... Treballar amb els iguals o utilitzar com a intermediari un jove pot ser una acció útil, el vincle i l'edat d'entrada al centre i el temps que fa que són al centre.” P.3. CRAE, 3:37

4.3. Analitzar les necessitats diferencials d'adolescents en situació de vulnerabilitat

- Les necessitats que tenen els adolescents relacionades amb l'educació afectiva i sexual, que són comunes a qualsevol jove, segons la identificació que han fet els grups de discussió són les següents: mètodes anticonceptius, habilitats socials, habilitats emocionals i autoestima, un projecte de vida, superar la pressió del grup i saber dir que no, trencament de la fantasia d'amor romàntic, la masculinitat i la feminitat, la percepció del risc de contagi i d'embaràs i la utilització del preservatiu.

“Jo crec que em va sorprendre que volguéssiu explorar la salut emocional i sexual dels immigrants, perquè justament és un problema general. Un cop més la immigració fa ressaltar els problemes que té la societat i no sé fins a quin punt ens hem de posar a explorar tan sols aquest grup, ja que és un problema impressionant.” P.5. Immigrants, 5:53.

- Els grups de discussió de professionals han detectat algunes necessitats diferencials dels adolescents en situació de vulnerabilitat: les diferències de gènere són més grans, la qual cosa perjudica la dona. Majoritàriament, en col·lectius vulnerables, hi ha una presència cultural i/o d'origen del valor del masclisme, la qual cosa fa més vulnerable la noia pel que fa a actituds de salut sexual. En aquest sentit, els professionals participants de l'estudi de l'Injuve (2007) indiquen que aquestes actituds poden comportar relacions discriminatòries per a la dona en general, i les joves en particular, com a conseqüència de la submissió als valors masculins tradicionals.

“Hi ha una percepció de quin és el model de dones que volen ser, molt diferents, això amb la població llatinoamericana, i si parléssim de la població marroquina tindria altres connotacions... És molt complicat amb famílies desestructurades, joves vulnerables, pretendre... Potser la seva idea

de prestigi com a dona passa per quedar-se embarassada als 16 anys i tenir un fill, perquè sap que ja ho tindrà fet.” P.1. Barris, 1:61.

“Les relacions anals (en les noies) són comunes pel tema de la virginitat.” P.5. Immigrants, 5:64.

- El treball amb famílies és especialment necessari, ja que l'educació afectiva i sexual depèn de les actituds, les pràctiques i els valors dels progenitors.

“Jo trobo que, segurament si parlem amb col·lectius amb certs desavantatges socials, en certes ocasions ens hem trobat joves de 17 i 18 anys que fan preguntes que les farien joves d'11 o 12 anys, per exemple, temes de la regla, de posar Tampax... Suposo que en això segurament hi ha certs valors educacionals que s'aprenen a la família, una persona que no ha tingut una estructura familiar determinada, que està en un centre, al carrer... aquest acompanyament no l'ha tingut...” P.1. Barris, 1:64.

- L'escolarització es valora com una necessitat especialment important per aquests joves; els professionals destaquen que els adolescents provinents de poblacions vulnerables que fan absentisme escolar o que abandonen el sistema educatiu presenten moltes més mancances en relació amb l'educació reproductiva, sexual i de prevenció de riscos. Per a la majoria, l'institut serà l'únic lloc on rebran educació afectiva i sexual, ja que hi ha una manca d'accés a recursos i d'un entorn familiar normalitzat. A més, segons altres professionals consultats, l'escolarització és especialment important per canviar actituds i comportaments en els joves immigrants (Injuve, 2007).

“El que a mi em preocupa més no és tant el nen de l'escola, que està protegit, sinó els nanos que no tenen cap informació dels temes sexual reproductiu i, bé, potser és una situació més crítica.” P.5. Immigrants, 5:8.

- Les necessitats diferencials en adolescents immigrants que han emergit en la discussió dels grups de discussió són les següents:

- Les relacions sexuals en la població immigrada s'inicien un any i mig abans que en els autòctons; els professionals manifesten que normalment, si han tingut dèficits afectius, poden presentar conductes promíscues.

“Els immigrants comencen un any i mig abans les relacions que els nostres. És clar, tot això s'hauria d'adequar quan s'inicia l'educació sexual a les escoles.” P.3. CRAE, 3:30.

- Es fa especial atenció als xocs culturals en les actituds sobre salut reproductiva i davant la interrupció dels embarassos (per exemple, les sud-americanes tenen els fills, les marroquines poden tenir relacions anals per conservar la virginitat i

consideren el sexe un tema tabú, de les àrabs i les xineses hi ha molt poca informació). Els professionals remarquen la necessitat de conèixer molt bé la cultura amb la qual es treballa per fer educació afectiva i sexual des del respecte als seus costums. No es tracta d'imposar un únic model.

“– Ells (nois marroquins), amb perdó, diuen que són ‘les putes amb mocador’ (tenen relacions sexuals), són les que vénen aquí perquè si estiguessin al Marroc no ho farien.

– Sí, fan un canvi de xip, és arribar aquí i...

– És el fet de destapar, el joc de la seducció... Després hi ha la dicotomia d'haver fet alguna cosa malament i sentir-se malament i, llavors, en el seu imaginari fan una relació d'abusos. És el tema dels patrons culturals i què han fet, i ens hi trobem molts cops.” P.4. CRAE, 4:65

- Els professionals apunten que la intensitat del xoc cultural que viuen els nois i noies depèn de si han estat socialitzats al nostre país o no; si s'han socialitzat aquí les seves actituds afectives i sexuals s'enfronten a les pautes de la cultura d'origen d'una manera més forta. Altres professionals també accentuen la importància del temps de permanència al país i consideren que aquest s'ha de tenir present a l'hora d'intervenir amb aquest col·lectiu (INJUVE, 2007). En aquesta línia, algunes investigacions, com la de Serrano (2007), donen importància al temps de permanència a Espanya i al context en què viuen com a factor que cal tenir en compte en les estratègies d'intervenció.

“No tots els immigrants són iguals. No necessita el mateix una noia llatinoamericana que una noia marroquina que ha crescut aquí, però té uns referents, els pares, que volen que es comporti com al Marroc. Aquí hi ha problemes que es preveuen, problemes generacionals.” P.6. Immigrants, 6:13.

Finalment, també han emergit necessitats diferencials en els adolescents que estan sota la tutela de l'Administració per haver patit abandonament o maltractaments dels pares. En aquests casos, sol haver-hi unes conductes de risc, com de cerca d'embaràs o de submissió a la parella, com a forma d'omplir les carències afectives. D'altra banda, solen tenir tendència a repetir esquemes de desestructuració, d'embarassos prematurs, de relacions difícils i conflictives, de conductes promíscues... Finalment, apareixen els casos de víctimes d'abusos sexuals: nois i noies que necessiten una atenció molt específica acompanyada de tractament.

“A vegades també t'adones, quan ja estan a punt de desinternar-se, del canvi de parella. M'agafo al que sigui perquè la separació que farà del centre, després de cinc anys o més... Ho viuen així:

què he de fer? Doncs agafar el que tinc, encara que sigui un objecte sexual, i així intento sentir-me estimada o pensar que m'estimen. És el seu projecte de futur." P.4. CRAE, 4:60.

- També s'esmenten els casos d'adolescents amb alguna discapacitat.

"També crec que els disminuïts són un grup vulnerable, ja que són nanos i nanes dels quals s'ha de parlar amb el metge, introduir-los anticonceptius punxats perquè no entenen moltes coses. Tenen necessitat de protecció." P.3. CRAE, 3:40.

4.4. Explorar les propostes d'acció més innovadores

Com a resultat de totes les propostes sorgides en els grups de discussió de professionals que treballen amb els tres col·lectius es destaca el següent:

- Es proposa reiteradament fer formació de tots els professionals i paraprofessionals que estan en contacte amb joves; es repeteix la necessitat de formar en matèria de salut afectiva i sexual els mestres i professors i, en el cas de la immigració, formar els mediadors.

"El que fem les llevadores és insuficient, per tant, tenim ganes de fer més coses en comú, poder fer formació a la gent que està al peu del canó amb els joves tot l'any. És una de les necessitats que més veiem i a la qual no arribem." P.1. Barris, 1:31.

"Que ens assessoressin, als educadors, sobre com afrontar o com encaminar segons quins temes i qüestions." P.3. CRAE, 3:22.

"Formació de persones que treballen amb el col·lectiu, ja que moltes no poden amb el que tenen. Formació continuada." P.5. Immigrants, 5:88.

- Respecte a l'edat d'inici de l'educació afectiva i sexual, hi ha consens a proposar que s'iniciï en una edat més baixa; els 14 anys es considera massa tard. Serrano (2007) proposa la intervenció en joves entre 13 i 24 anys. A més, l'autor matisa que no podem comparar els joves immigrants amb els joves espanyols, ja que els immigrants tenen una maduració més precoç.

"La família s'ha d'introduir en aquestes etapes. Des que són petits s'ha de transmetre valors als fills i, després, durant l'adolescència, ja es pot tractar el tema de l'educació per a la salut directament..." P.1. Barris, 1:88.

- La perspectiva de gènere és una constant; per fer educació afectiva i sexual es proposa treballar des de la masculinitat i la feminitat, ja que moltes conductes de risc

tenen a veure amb la concepció de “ser dona”: amor romàntic, submissió de la dona a la parella, autoestima i carències afectives, responsabilitat de la prevenció de l'embaràs... També es proposa que, a més de treballar de manera separada amb nois i noies, crear espais mixtos per debatre temes relacionats amb l'afectivitat.

“Crec que s'ha de treballar segons si ets un noi o una noia, ja que en funció d'això construeixes una entitat i desenvolupes relacions diferenciades. I també l'amor romàntic, que crec que és una construcció que l'educació afectiva i sexual ha de treballar, ja que segons aquesta construcció pots arribar a tolerar abusos.” P.5. Immigrants, 5:66.

- El context escolar s'ha d'implicar en l'educació afectiva i sexual: es proposa fer un crèdit variable a l'ESO o incorporar-hi una assignatura obligatòria.

“Jo és una de les coses que no trobo bé. Nosaltres ara estem fent això, dins les tutories dels nens, però el que et fa més ràbia és que aquest treball que es fa de SIE no el tenen com una eina de treball, una assignatura, una cosa important... sinó per omplir les hores de tutores...” P.1. Barris, 1:52.

- En el context social es reitera la necessitat de treballar en xarxa i augmentar la coordinació entre tots els serveis sanitaris, comunitaris i escolars; es proposa donar més recursos comunitaris com, per exemple, la creació de llocs de trobada agradables i oberts o la incorporació de professionals que vagin a buscar els adolescents que no fan ús dels serveis comunitaris, sanitaris i/o socials. Fer un enfocament més proactiu. Es repeteix la proposta de crear serveis de formació als pares i les mares.

“Treball en xarxa en l'àmbit social. Que des de l'àmbit municipal hi hagi professionals tècnics dins els diferents sectors compromesos amb el territori i que treballin això perquè hi hagi una bona coordinació és necessari, és una fortalesa.” P.5. Immigrants, 5:84.

- Pel que fa al cas específic dels CRAE es proposa sistematitzar el treball de vida quotidiana, fer un itinerari de salut afectiva i sexual per a adolescents, fer un projecte d'educació afectiva i sexual per a dins dels CRAE i formar un educador com a responsable de salut sexual.

“Treballar d'una manera quotidiana però programada.” P.3.CRAE, 3:31.

- Respecte als mitjans de comunicació, es proposa que s'impliquin amb els mateixos objectius de salut afectiva sexual i que ho facin donant una visió positiva de la temàtica i dels adolescents.

“A vegades, cançons actuals que diuen barbaritats que es poden aprofitar per treballar-ho.” P.4. CRAE, 4:76.

- Es proposa la incorporació de publicistes i creatius com a professionals que orienten aquestes accions amb els mitjans de comunicació, i també per crear materials audiovisuals i recursos en general.

“Els joves els hem d’atrapar i potser l’única manera és buscar un bon publicista, sociòleg o antropòleg, perquè aquests joves tinguin un espai per trobar-se, però no sé exactament quin espai hauria de ser...” P.5. Immigrants, 5:79.

- Respecte a les noves tecnologies, es proposa buscar innovacions que incorporin la consulta en línia, el treball audiovisual i amb imatges a la xarxa, treballar amb jocs de rols i crear webs.

“Les noves tecnologies els atrapen molt. Estan constantment connectats, les TIC juguen al seu favor. S’hauria d’introduir dins d’aquesta xarxa un educador.” P.5. Immigrants, 5:80.

- **Altres estratègies que surten en els debats són fer materials auditius, escrits i visuals; traduir a diferents idiomes els recursos; utilitzar el teatre; crear maquetes per treballar la fisiologia.**

“Jo el teatre el veig una eina molt interessant. Per exemple, teatre acció, en què hi ha un part que fan i una segona part que és interactiva. Trobo que és una manera complementària...” P.2. Barris, 2:75.

“Fer traducció en idiomes diferents.” P.2. Barris, 2:72.

4.5. Comprendre les mancances per dur a terme les accions i els programes d’educació afectiva i sexual

4.5.1. Acord entre els professionals que treballen amb els tres col·lectius - CRAE, barris desfavorits i immigració

- La manca de formació que tenen els educadors/mestres/professors en matèria de sexualitat i els metges/infermeres/llevadores en matèria d’educació.

“La mancança és de sintonia amb el problema, de formació, i assumir que és paper de tothom durant de tota la trajectòria, ja que si hem d’esperar que vinguin no vénen, els que vénen són sempre els mateixos, per desgràcia nostra... Veiem que els que no vénen són els que hem d’anar a buscar. Primer, la mancança, que això s’assumeixi des dels inicis; la formació i educació dels nens i nenes, i, segons el punt de vista de salut, els serveis sanitaris han de pensar més a sortir

fora, posar més recursos per sortir... Però, és clar, estem lligats perquè si sortim no es queda ningú dins i, és clar, et sents lligat, ja que pensem a sortir, però ens posen feina dins.” P.1. Barris, 1:85.

- La manca de coordinació entre tots els serveis sanitaris, socials i escolars; hi ha un desconeixement mutu de totes les intervencions que es fan en un mateix barri i es parla de la falta de coneixement del recurs “Salut i escola”. També s’apunta la dificultat d’enteniment entre diferents disciplines: medicina, infermeria, educació...

“Coordinació entre la xarxa. Informació de la mateixa xarxa de professionals, per saber els recursos que tenim. La saturació del centre (...), la saturació del personal...” P.3. CRAE, 3:85

“Realment hi ha molts tallers i associacions que treballen el tema, falta coordinació.” P.6. Immigrants, 6:54.

- **La manca de recursos:** per a la mediació en poblacions on hi ha molta immigració; pocs recursos econòmics i personals per donar una atenció millor en barris i en els CRAE; pocs recursos comunitaris per fer educació afectiva i sexual; pocs recursos sanitaris per donar una atenció immediata a demandes d’anticonceptius.

“No hi ha reforç econòmic, l’Administració pública ni ho reconeix. Si ens ho agraïssin ens farien sentir més forts.” P.6. Immigrants, 6:60.

“L’Administració ha dedicat molts recursos a la prevenció en general i aquesta prevenció en general té uns mínims i no ha estat eficaç. L’Administració hi ha dedicat pocs recursos i després, què passava amb aquesta prevenció? Una vegada apareix aquesta conducta o s’actua amb col·lectius de risc, he de dir que molt pocs recursos... No en tenim.” P.2. Barris, 2:82.

Com a conseqüència de la manca de recursos, s’apunta una tendència a treballar de manera reduccionista la salut afectiva sexual: només es fa un treball de mínims destinat a l’educació sexual (ús de preservatius) i no es treballa l’afectivitat. La manca de recursos i de temps provoca que els professionals no es puguin dedicar a la part de salut i educació.

“No s’està fent educació afectiva, sinó purament sexual.” P.5. Immigrants, 5:54.

4.5.2. Diferències destacables entre els professionals que treballen amb els tres col·lectius

- ✓ En els CRAE, la saturació dels centres, la falta de temps-espais per compartir informació, la falta d'estructura per treballar temàtiques afectives i sexuals és considerable.

“D'entrada, en no finançar-ne, doncs res, i es fan coses individuals derivades del programa SIE. El que és innovador és que hem tancat per falta de finançament. Treballàvem amb nenes embarassades fins als 18 anys, amb una situació de risc...” P.2. Barris, 2:8.

- ✓ En l'àmbit de la immigració, s'evidencia una manca de recursos i estratègies per arribar a adolescents que no estan escolaritzats, una manca de referents positius, una manca de temps per dedicar a les temàtiques afectives i sexuals.

“A mi m'encantaria, però, sincerament, si tu no fas això fora d'hores, no ho pots fer, no és viable.” P.5. Immigrants, 5:24.

“He viscut més embarassos no desitjats i malalties de transmissió sexual com a educadora, i això em preocupa, ja que penso que la meua professió, metge, és la que realment podria donar-hi resposta. Penso que l'educador no està format en temes de salut i el de salut no està format en temes socials.” P.5. Immigrants, 5:20.

- ✓ En barris desfavorits: manca de recursos per a nois i noies que no van al CAP, manca d'estratègies per aproximar l'educació afectiva i sexual als joves que no utilitzen els serveis sanitaris, manca d'avaluació de les accions i dels projectes que es fan, manca de reconeixement professional i universitari.

“Per tant, parlem d'idees, però falta valoració i veure resultats, tant a llarg com a mitjà termini, ja que si el que volem valorar és què saben, però volem veure l'impacte amb comportament, no ho podem veure. No sé què funciona.” P.2. Barris, 2:34.

4.6. Identificar les fortaleeses per dur a terme les accions i els programes d'educació afectiva i sexual

4.6.1. Acord entre els professionals que treballen amb els tres col·lectius: CRAE, barris desfavorits i immigració

Els tres àmbits coincideixen en una fortalesa: **la motivació dels professionals** que es dediquen a l'educació afectiva i sexual. Es parla de l'interès, l'empatia, l'entusiasme i la creativitat dels professionals com a fortalesa per tirar endavant els programes d'educació afectiva i sexual adreçats a adolescents de poblacions vulnerables.

“Un punt fort és aquest, a la gent que és a prop i ho veu li sobra motivació, i crec que és una pena perquè a vegades es desaprofita.” P.1. Barris, 1:90.

“<La fortalesa... jo, que fa tants anys que sóc en aquesta feina, estic molt contenta de veure tanta gent motivada per treballar en aquests temes...” P.4. CRAE, 4:100.

“El voluntariat.” P.6. Immigrants, 6:64.

4.6.2. Diferències destacables entre els professionals que treballen amb els tres col·lectius

- ✓ Als CRAE: el nivell de confiança que s'estableix entre els educadors i els nois i noies del centre, que és molt fort i fa que l'educador sigui un referent per als adolescents; la pedagogia de la vida quotidiana, que permet treballar de múltiples maneres i en diferents moments informals els objectius d'educació afectiva i sexual; el clima estable dels centres i la bona comunicació entre l'equip d'educadors.

“Com a fortalesa, la confiança que arribes a tenir amb ells. Pot ser que un nen s'hi estigui quatre anys i un altre que al cap de quatre dies fugi i es quedi allà, però com que són pocs nens –no passa com en altres centres que són 40–, podem crear un clima estable i es poden crear moltes coses amb ells. Sempre tenen més confiança amb un educador i ens assabentem sempre de tot.” P.4. CRAE, 4:91.

- ✓ En immigrants: es valora com a fortalesa el fet de ser una societat formada per diverses cultures, amb experiència i bagatge per saber tractar-les i amb les experiències prèvies d'altres països que també han rebut onades d'immigració. També es destaca la qualitat de l'educació i l'atenció primària a Catalunya. Les plataformes s'estan incorporant com un procés socioeducatiu que permet treballar amb els joves i els pares.

“Tenim realment una societat preparada i formada de diverses cultures, n’hem de treure profit. Tenim molta gent de qui aprendre. Això té molta força.” P.5. Immigrants, 5:91.

“Bagatge per saber tractar les poblacions.” P.6. Immigrants, 6:62.

- ✓ Als barris desfavorits: es valora la web jove perquè els adolescents s’atreveixen a preguntar més coses; es descriu l’agent social de territori com una fortalesa per treballar amb adolescents i les escoles, com un recurs participatiu, a mesura que van coneixent la temàtica i els recursos.

“Posar recursos molt accessibles, Nosaltres tenim una web de drogues i rebem moltes entrades de sexualitat.” P.2. Barris, 2:88.

5. Anàlisi dels resultats dels grups de discussió d'adolescents

L'anàlisi dels resultats obtinguts amb els grups de discussió d'adolescents s'ha de fer tenint en compte que interessava conèixer-ne el punt de vista i la perspectiva. L'anàlisi del contingut no s'ha fet exclusivament respectant la literalitat de les respostes a les preguntes, sinó que també s'han analitzat les categories emergents i les respostes singularment riques o sorprenents. Es vol fer èmfasi en aquesta característica de l'anàlisi dels grups de discussió d'adolescents, ja que com que es tracta d'una població jove –des dels 12 fins als 20 anys– moltes vegades s'ha de fer un esforç especial per anar més enllà del que manifesten, i s'ha buscat el sentit al que diuen. S'han fet anàlisis segons: el col·lectiu al qual pertanyia el grup (protecció, immigració i barris desfavorits), sexe (noies i nois), l'origen cultural i el procés migratori par tal de cercar possibles necessitats diferencials.

D'altra banda, la mateixa dinàmica de funcionament del grup de discussió, el clima, el lloc, les reaccions, etc. s'han tingut molt presents en aquesta anàlisi. Aquests elements extratextuals s'han tingut en compte en la categorització i la codificació de les transcripcions.

5.1. Coneixements dels adolescents sobre la salut afectiva, sexual i reproductiva

Entre els coneixements generals que tenen sobre la salut afectiva, sexual i reproductiva, destaquen els que es relacionen amb els mètodes anticonceptius, les relacions sexuals i el VIH. En pocs casos parlen de manera espontània de l'afectivitat com un aspecte vinculat a la temàtica, i només les noies que es troben entre els 12 i els 14 anys parlen dels aspectes físics i canvis corporals.

12. "Sexo, relaciones sexuales."

1. "Los anticonceptivos en general, la información llega a todos los jóvenes."

11. "Tipo de condones, cómo se tienen que usar y cómo no dejar embarazada a la novia a los menores de edad."

P7, nois de 15 a 17 anys, col·lectiu d'immigració

P2. "Que haciendo el amor te puede llegar el sida si no usas condón y que también hay condones para mujeres, que yo no lo sabía. Y la Celia nos contó que hay unos parches que se ponen en la espalda que sirven para no tener niños... y que la primera vez dicen que duele."

3. "Cuando dos personas hacen el amor es porque se quieren."

P11, noies de 15 a 17 anys, col·lectiu de barris (no immigrades)

P5. "Imagínate una niña que le viene la regla y no sabe qué es eso, como me pasó a mí, que empecé a gritar en mi casa porque no sabía qué era."

P1, noies de 12 a 14 anys, col·lectiu de CRAE

En el cas del col·lectiu immigrant, sembla que s'intueixen diferències en els coneixements que tenen segons el temps que fa que viuen al nostre país. És a dir, aquells que van arribar més grans, després d'haver estat escolaritzats al seu país, tenen un desconeixement més gran sobre tots els temes relacionats amb la salut afectiva, sexual i reproductiva.

7. "Yo no he estudiado aquí, por lo tanto, no lo sé."

2. "En Marruecos no informan a sus hijos de estas cosas, solo el día que te casas... Yo sé algo que me enseñaron en el colegio hace años, pero quiero saber más sobre todo, sobre el amor y sobre cuidarse, menos enfermedades."

1. "La sexualidad, anticonceptivos... Yo no sé todo, quiero saber algo sobre relaciones, no tengo ninguna idea de qué pasa."

P6, noies de 18 a 20 anys, col·lectiu d'immigració

Respecte al gènere, s'observen que són les noies les úniques que assenyalen els canvis al cos, i les que manifesten obertament que tenen desconeixement sobre la temàtica. En canvi, en cap grup dels nois apareix el primer aspecte i, al contrari que les noies, manifesten que en tenen coneixement, però el que no tenen és pràctica.

5. "Lo sé todo, pero no puedo decir..."

1. "Todos sabemos muchas cosas..."

P2, nois de 18 a 20 anys, col·lectiu d'immigració

Quina és la font o les fonts de coneixement d'aquests joves? En tots els grups de discussió diuen que les fonts d'informació d'aquests coneixements són els pares i/o les mares i els mestres i/o tutors de l'escola i/o institut. La segona font més anomenada són els amics. Ara bé, es constata la disparitat de fonts d'informació que s'anomenen en els diferents grups de discussió d'adolescents: hospitals, llibres, pel·lícules, Internet, revistes, experiència, carrer, discoteques, etc. Les adolescents de 18 a 20 anys immigrades són les que menys fonts d'informació citen, fet que coincideix amb el grup que manifesta que té un coneixement més limitat del tema. A més, coincideix que d'aquest grup el 76,9% forma part de l'anomenada generació 1.25 (socialització primària i secundària al país d'origen) i la resta forma part de la generació 1.75 (socialització primària al país d'origen). L'estudi INJUVE (2007) presenta l'opinió sobre quines són les

fonts d'informació de joves de diferents nacionalitats (Equador i Marroc) i aquestes coincideixen en centres educatius, família i amics com a més usuals, i altres, com la parella i la televisió, en algun cas. Cal destacar que els nois de nacionalitat marroquina consideren tabú el tema de la sexualitat dins l'àmbit familiar.

"[7.] Yo de mis padres."

"[8.] Yo de un libro, *El diario rojo de Carlota*, que me lo he estado leyendo y te habla de sexualidad, te explica más o menos qué es la sexualidad, los métodos anticonceptivos y otras cosas más..."

"[5.] Del cole y el hospital."

"[2.] Yo de la tele."

"[4.] De mis amigos, de la calle y la experiencia."

"[2.] En las revistas."

P 1, noies de 12 a 14 anys, col·lectiu CRAE

2. "En la escuela te enseñan un poco, cuando eres pequeño, tus padres a veces..."

2. "Con los amigos."

1. "Sí, sobre todo con los amigos."

2. "Es el lugar donde más sale el tema en el día a día, esos son los sitios."

1. "Televisión, Internet... más o menos esos."

P8, nois de 18 a 20 anys, col·lectiu barris

4. "Yo pienso... a mí, primero en la escuela lo pasaron cuando acabamos en mi país. Era una clase."

P2, nois de 18 a 20 anys, col·lectiu d'immigració

Malgrat això, el diàleg amb els pares sembla que no és fàcil quan es tracta dels adolescents entre els 15 i els 17 anys. També en l'anàlisi en funció de l'origen cultural observem que on més dificultats es detecta és en el cas dels joves les famílies dels quals procedeixen d'Àsia i Àfrica.

15. "Nos llega información por todos los sitios, por los padres y el colegio."

6. "En los hospitales puedes informarte. Varios al mismo tiempo: con los padres no hablas."

P7, nois de 15 a 17 anys, col·lectiu barris

12. (Àsia) "Yo no puedo hablar con mi padre ni con mi madre."

4. "Yo hablo con mis primas, pero con mis padres ni loca."

4. (Àsia). "Sí, yo también hablo con mi prima."

1. (Àfrica). "Con amigas, mejor."

P 6, noies de 18 a 20 anys, col·lectiu d'immigració

Els testimonis demostren una gran variabilitat en la fiabilitat de les fonts; malgrat tot, la majoria coincideix en les figures dels pares, els professionals de la salut, els llibres i els mestres. Respecte als amics, malgrat que són una de les fonts principals, es constaten opinions divergents, n'hi ha que per ells tenen poca credibilitat i n'hi ha que molta (per exemple, quan l'amiga té una bona relació amb els seus pares). També consideren Internet una font dubtosa.

8. "Yo voy a confiar más en lo que me dice un familiar o un libro que en lo que me digan los amigos."

7. "Yo prefiero confiar en mis padres, que en mis amigos, revistas..."

4. "Pues yo puedo confiar en las cosas que dicen los doctores."

2. "Yo de mi madre..."

P1, noies de 12 a 14 anys, col·lectiu de CRAE

15. "Un médico o algo así."

6. "Los amigos no están tan seguros y, claro, no te puedes fiar."

P7, nois de 15 a 17 anys, col·lectiu barris

9. "Lo del cole está mejor que Internet, porque las profes son las que te están explicando a través de un libro y los libros nunca se equivocan."

8. "Y lo de Internet, no sé... A veces la gente escribe cosas que no son fiables, no dan buenos consejos."

2. "Opino lo mismo, que es más fiable la información de las maestras que la de Internet."

P6, noies de 18 a 20 anys, col·lectiu d'immigració

2. "Si te dan a elegir yo creo que la más fiable sería el colegio, porque se supone que es una información veraz."

1. "Más profesional sobre el tema, lo de la calle son cosas que no siempre son verdad."

2. "Son cosas que ellos creen, por lo tanto te basas en la opinión de una persona que no es profesional en el tema, y la televisión, Internet, muchas veces te dicen cosas reales, pero muchas otras ellos quieren vender cosas y te dan una idea equivocada. Con la familia es un tema más difícil, depende de cómo es la familia."

2. "Yo creo que la única información veraz es la del colegio y nos ha servido mucho."

P8, nois de 18 a 20 anys, col·lectiu de barris

Disposem de poques valoracions sobre les utilitats d'aquests coneixements. Una part dels comentaris demostren que en valoren la utilitat en el moment que els poden posar en pràctica. La resta de comentaris destaquen sobretot la prevenció de malalties de transmissió sexual, en especial la sida i, en segon ordre, l'anticoncepció.

"¿Qué es lo que más os ha servido?"

1. "Nada, porque no he hecho nada."

1. "Yo no he utilizado nada."
 3. "Nos han enseñado cómo poner el preservativo. Todas no hemos utilizado nada."
 3. "No estamos preparadas para estas cosas."
- P10, noies de 15 a 17 anys, col·lectiu de barris
8. "Que hay que cuidarse porque hay muchas enfermedades."
 1. "Lo mismo, sobre todo enfermedades, que es lo más grave porque mata, como el sida."
 6. "Para no tener los niños sin desearlos."
- P6, noies de 18 a 20 anys, col·lectiu d'immigració
15. "Lo que más, yo creo, eso que a veces hablan del sida, de ponerse el condón."
 11. "Cómo puedes pillar enfermedades."
 15. "A quién no le impacte lo del sida es raro."
- P7, nois de 15 a 17 anys, col·lectiu de barris

5.2. Accions i recursos per a la promoció de la salut afectiva i sexual que han rebut els joves o en què han participat

Les xerrades i cursos a l'escola i/o institut i també als centres socials són les accions més generalitzades. En concret, tots els joves a partir de 15 anys diuen que han rebut o han participat en accions en el context escolar.

7. "En el colegio a veces vienen."
 1. "Vienen una vez al año."
 7. "Sí, las enfermeras, y te dan dos horas a la semana para explicar cómo se coloca el condón, qué pasa si se rompe el condón, qué debes hacer."
 11. "Cómo tomar las pastillas antes de las 78 horas."
 2. "También han hecho charlas sobre el enamoramiento."
- P7, nois de 15 a 17 anys, col·lectiu de barris
9. "No nos ha de dar vergüenza porque en el cole nos hablan."
- P 6, noies de 18 a 20 anys, col·lectiu d'immigració

A més de les accions escolars, els nois i les noies que participen en centres comunitaris reben accions en els mateixos centres. Tant els joves dels grups d'immigrants com els joves dels de barris certifiquen aquest fet.

2. "Aquí se trajo profesionales. Un chico y una chica, se hizo en dos partes. Se separó a chicos y chicas, se debatieron temas principales, se preguntó a la gente de qué quería hablar y sobre eso se habló, se hicieron charlas."
1. "Durante un mes."

2. "Se tocaron los temas que los asistentes querían."

1. "Tomaban nota de todo lo que los alumnos decían. Di una palabra y la anotaron en un tablero y lo relacionaban todo. Además de divertido, enseñaba mucho."

2. "Lo que se hizo aquí fue muy divertido también. A ver, los jóvenes podían dar su opinión y no importaba cómo lo dijeras, no te pedían que hablaras de manera correcta, sino que podías hablar como querías."

1. "Salen palabras que no te imaginas. Y el hecho de ser jóvenes era divertido. Con un toque de humor."

P8, nois de 18 a 20 anys, col·lectiu de barris

Sobre les activitats dels centres de salut hi ha disparitat segons el gènere i els grups. Les noies dels grups de barris són les que més parlen dels centres de salut com a recurs, mentre que els nois, quan els esmenten, els valoren com el darrer recurs al qual es pot acudir. El fet que es conegui aquest recurs entre la població dels grups de barris podria tenir l'explicació en els esforços que es fan als barris per treballar des d'una perspectiva comunitària que interconnecta els recursos que existeixen en el mateix territori. Joves participants en altres estudis mencionen la preferència de centres de salut específics per a joves davant dels centres de salut comunitaris (INJUVE, 2007).

1. "A los centros de salud solo vas cuando ya tienes el problema. Yo nunca he ido a un centro de salud."

2. "Sí, es la última opción."

P8, nois de 18 a 20 anys, col·lectiu de barris

2. "En el centro de salud *jove*."

4. "Han venido médicos del Santa Clara."

1. "De este CAP también ha venido gente."

4. "Nos hacen charlas y juegos."

6. "Nos enseñan con un pene de madera cómo poner el preservativo."

P10, noies de 15 a 17 anys, col·lectiu de barris.

La franja d'edat de 12 a 14 anys és la que menys accions rep. La majoria d'accions són intervencions individuals, bé en la relació amb el professional més proper (tutories, repartiment de preservatius, etc.) o bé amb accions d'autoformació, com ara llegint llibres. Es tracta de la franja d'edat més desatesa quant a accions formatives, tot i que s'ha demostrat que els adolescents d'aquesta edat actuen sexualment i que les actuacions preventives són més eficaces si s'inicien abans.

4. "Aquí no tenemos talleres porque todas vamos a la escuela y aquí se hacen por las mañanas, para las más mayores."

P1, noies de 12 a 14 anys, col·lectiu de CRAE

3 i 4. "Tutorías sí, en tercero y primero de la ESO."

P9, noies de 12 a 14 anys col·lectiu de barris

5.3. Riscos: percepcions i conductes de risc dels joves

En l'anàlisi s'ha diferenciat entre conèixer els riscos, que es comenten en l'apartat següent, i les conductes de risc que expressen. Sense que es demanés explícitament en els grups de discussió, es van detectar diferents conductes de risc.

Es van trobar diferències entre les conductes de risc que expressaven els nois i les que expressaven les noies. En el cas de les noies, aquestes conductes estan connectades amb les relacions impulsives, relacions havent consumit alcohol, cosa que provoca una pèrdua de control sobre les decisions i fa que siguin vulnerables. Una altra qüestió és l'avortament. En el cas dels nois, hi ha comentaris sobre conductes observades en altres joves relacionades amb la no utilització del preservatiu, especialment assenyalen casos en què joves que, tot i saber que són portadors del VIH, no el fan servir.

4. "A veces no tienen preservativos."

6. "Si no tienen, marcha atrás."

3. "Conocemos a muchas que no usan."

6. "Hacen la marcha atrás."

P10, noies de 15 a 17 anys, col·lectiu de barris

3. "La gente dice que cuando estás borracha es mejor porque estás más suelta. Bueno, yo creo que una persona cuando va borracha también sabe lo que hace"

P11, noies de 15 a 17 anys, col·lectiu de barris

1. "Hay una pastilla que se vende en la calle para abortar, es ilegal."

1. "Sí, la venden por la calle."

P1, noies de 12 a 14 anys, col·lectiu de CRAE

5.. "Hay muchos que no usan preservativo."

1. "Muchos chicos que tienen sida y no lo usan, yo conozco."

P2, nois de 18 a 20 anys, col·lectiu d'immigració

Els testimonis demostren que el grup d'edat d'entre 12 i 17 anys, i sense diferència de gènere, coneix els riscos associats a les relacions sense protecció. En concret, fan referència al risc d'embaràs quan no es fan servir mètodes anticonceptius i a la

transmissió de malalties quan no es fa servir el preservatiu, en especial tenen consciència del VIH.

7. "La píldora me serviría para no quedarme embarazada y el condón para las enfermedades y cuidarte, saber con qué persona lo estás haciendo."

P1, Noies, de 12 a 14 anys, col·lectiu de CRAE

11. "Tipo de condones, cómo se tienen que usar y qué más, y cómo no dejar embarazada a la novia, los menores de edad."

P7, noies de 15 a 17 anys, col·lectiu de barris

Malgrat aquest coneixement, reconeixen que hi ha una part de joves que no fan servir mètodes anticonceptius i, en especial, que no fan servir els preservatius. Les raons que indiquen són diverses. A continuació n'exposem algunes i n'assenyalem els aspectes diferencials que han aparegut en les anàlisis:

- Pèrdua de sensibilitat, comoditat, al·lèrgies, "no és el mateix". Aquesta és l'opinió més generalitzada i que apareix en tots els grups d'edats i gèneres.

2. "Sí, la primera vez te dicen 'usa condón'. Ahora el problema viene cuando tú ya los usas y te dicen otras fuentes que no es lo mismo, tú quieres ver si es o no lo mismo."

P8, noies de 18 a 20 anys, col·lectiu barris

6. "Porque es más incómodo y una amiga mía es alérgica."

4. "O porque le gusta más así."

3. "Sí, seguro."

2. "Porque te sientes más cómoda."

6. "Dicen que lo sientes más."

P10, noies de 15 a 17 anys, col·lectiu de barris

2. "Porque es incómodo."

3. "No gusta."

P9, noies de 12 a 14 anys, col·lectiu de barris

- Manca de previsió.

15. "Porque, a veces, con las prisas ni se lo ponen, o depende, a veces surge lo que sea y no tienes en ese momento."

2. "A veces surge y no tienes. Todo el mundo conoce los riesgos."

P7, noies de 15 a 17 anys, col·lectiu de barris

1. "No se acuerda."

4. "Se olvidan."

P9, noies de 12 a 14 anys, col·lectiu de barris

➤ Dificultats econòmiques.

2. "Son muy caros... por el dinero."

P7, nois de 15 a 17 anys, col·lectiu de barris

2. "Son caros."

6. "Sí, mucho."

3. "Aunque depende de si tienes dinero o no."

2. "Als centres de salut jove et donen preservatius gratuïts."

P10, noies de 15 a 17 anys, col·lectiu de barris

➤ Confiança en la parella. Aquesta raó apareix principalment en els grups dels més grans que han immigrat, de la generació 1.25 (han arribat després dels 12 anys), tret d'un cas de la generació 1.75 (han arribat entre els 6 i els 11 anys, després d'haver passat la primera socialització al país d'origen).

1. "Sí, pero la primera vez."

5. "Eso no lo hacen con gente de la calle. Bueno, con gente de la calle, con su mujer. La primera vez usan condón, la segunda o cuarta ya no usan. Es más cómodo para nosotros, es normal."

4. "Ya tiene confianza, son ellos dos."

P2, nois de 18 a 20 anys, col·lectiu d'immigració

9. "Porque cogen confianza y todo eso."

6. "En una relación estable, o tienen más meses o años con la pareja y no quieren."

2. "Es que si llevas muchos años con él puedes confiar en él... el primer día sí, luego ya no usas."

P6, noies, de 18 a 20 anys, col·lectiu d'immigració

➤ Desig d'embaràs. Aquesta raó només es detecta en el grup de protecció.

4. "No utilizan el preservativo para quedarse embarazadas, porque no tienen cabeza."

P1, noies de 12 a 14 anys, col·lectiu de CRAE

➤ Manca de consciència de les conseqüències o perquè no volen. Aquesta raó només la mencionen noies.

1. "Porque no le importa lo que va a pasar en el futuro y eso. Que no le importa nada de lo que va a pasar después de hacer esta cosa, no piensa y ni le importa."

P5, noies de 15 a 17 anys, col·lectiu d'immigració

4. "Algunos conocen los riesgos, pero no los utilizan."

3. "Algunos flipados..."

P10, noies de 15 a 17 anys, col·lectiu de barris

- Desconfiança. Només trobem aquest argument en el grup de 15 a 17 en el col·lectiu de barris.

1. "Yo no me fío."

P7, nois de 15 a 17 anys, col·lectiu de barris

5. "Yo creo que mucha gente lo hace engañada, que les mienten."

P11, noies de 15 a 17 anys, col·lectiu de barris

- Preferència d'altres mètodes. Aquest argument només l'esmenten els nois, que es refereixen als mètodes femenins.

2. "El tema de la píldora a mí me parece bien porque es un método más de evitar embarazos o enfermedades. Es una precaución más de evitarlo, cuantos más haya, mejor. Pero no puedes poner toda la confianza en eso porque los riesgos están ahí."

P8, nois de 18 a 20 anys, col·lectiu de barris

11. "Las chicas prefieren tomar la pastilla antes que usar el condón."

3. "A algunas chicas tampoco les importa."

6. "Piensan en tomar pastillas y ya está."

P7, nois de 15 a 17 anys, col·lectiu de barris

- Manca d'informació o creences de mites. Aquest raonament el fan servir principalment els nois i noies de la generació 1.25, fet que coincideix amb la manca de coneixement que assenyalàvem en el punt anterior.

2. "No, porque por ejemplo si una persona tiene relaciones sexuales, si no tiene sida o ninguna enfermedad puedes hacerlo y antes que se corra el chico ya está, digo yo... Yo creo que la gente no lo hace, porque como hay el mito ese de que la primera vez no te quedas embarazada."

P11, noies de 15 a 17 anys, col·lectiu de barris

1. "En otros países no hay riesgos, no pasa porque te casas con una chica, no hay ese problema."

5. "Todo el mundo es igual, todo hay riesgos."

P2, nois de 18 a 20 anys, col·lectiu d'immigració

12. "Porque no tienen más información."

P5, noies de 15 a 17 anys, col·lectiu d'immigració

5.4. L'embaràs: experiència i opinions

L'opinió general de l'embaràs i sobre l'experiència d'una possible maternitat jove o adolescent és pràcticament unànime en tots els grups: davant de la pregunta, totes les noies responen que **no** es volen quedar embarassades. Consideren que l'edat ideal d'embaràs és al voltant dels 20 anys, amb una forquilla de 19 a 24, i el nombre de fills ideal és entre 2 i 3. Malgrat això, moltes de les persones dels grups manifesten que coneixen experiències d'embarassos adolescents. L'opinió d'altres joves de l'estudi INJUVE (2007), en relació amb l'embaràs, coincideix amb el fet que els embarassos adolescents no són desitjats, tot i que es veuen diferències culturals respecte a la maternitat.

9. "Yo creo que no, porque no estamos preparadas psicológicamente, ni físicamente para tener un hijo, porque somos muy jóvenes, muy pequeñas, menores de edad."

P1, noies de 12 a 14 anys, col·lectiu de CRAE

4. "No creemos que las chicas de nuestra edad quieran quedarse embarazadas."

6. "No, pero yo conozco gente que sí se queda y lo tiene."

4. "Yo conozco a una que cuando era pequeña lo tuvo, lo dejó en casa de sus padres y no lo ha visto más y ahora tiene otro. Todas: conocemos a gente que se ha quedado embarazada."

3. "A los 17, una amiga."

6. "Yo, a los 15, una amiga."

5. "Yo, a los 17, una amiga."

1. "Mi prima."

P10, noies de 15 a 17 anys, col·lectiu de barris

Tots els testimonis pensen a adoptar mesures de control de la natalitat i solament un testimoni planteja el nombre de fills com un fet no controlable: "els que vinguin".

L'avortament és un tema sobre el qual es van expressar moltíssim i de manera molt vinculada a la moral, la cultura i la religió. La majoria de les noies que manifestaven que, en cas de quedar-se embarassades, tindrien el bebè, procedeixen d'altres països i principalment es corresponen amb la generació 1.25. Només un noi, que també procedeix d'un altre país i és de la mateixa generació, s'hi pronuncia en contra. Noies amb nacionalitat marroquina consultades a l'estudi INJUVE (2007) es manifesten completament en contra de l'avortament, fet que coincideix amb l'opinió de les noies de la generació 1.25.

4. "Hay mucha gente que mata al niño antes de nacer. Esto a mí no me gusta porque, claro, es un regalo de Dios y si tú tienes un niño tú tienes que hacerlo nacer, que él tiene vida."

5. "No puedes matar una vida."

P2, nois de 18 a 20 anys, col·lectiu d'immigració

1. "Sí, sí, tendría el bebé. La culpa no es del bebé y eso es muy bonito. Sí, mi vida cambiaría mucho, pero me gustaría mucho. Sí, pero eso no me importa, empezaría a trabajar un poquito y eso, a cuidar de mi hijo también."

2. Sí, también. Primero hablar con novio y después hablar con mi familia y tener el bebé."

P5, noies de 15 a 17 anys, col·lectiu d'immigració

1. "A mi hijo nadie me lo mata."

2. "Prefiero que me maten a mí que a mi hijo."

1. "Tú no tienes corazón. Haber pensado antes de hacerlo."

P11, noies de 15 a 17 anys, col·lectiu de barris

1. "A mí no me gustaría. Es una cosa que la decisión es suya. Uno, como amigo, le diría que lo hablara con quien debe hablarlo. Yo, por ejemplo, no puedo decirle 'mira, deberías abortar', ya que por mi criterio no lo debería hacer, sino hablar con profesionales."

Amèrica Llatina, 1.25. P8, nois de 18 a 20 anys, col·lectiu de barris

5.5. Propostes per promocionar la salut afectiva i sexual dels joves

Un dels objectius fonamentals de fer participar els joves i els adolescents en els grups de discussió és poder escoltar directament les seves opinions i propostes per millorar l'educació afectiva, sexual i reproductiva. En aquestes propostes no s'han trobat diferències substancials entre els diferents orígens, situacions o sexes.

Respecte a les persones amb les quals els agradaria poder tractar els temes relacionats amb la salut afectiva, sexual i reproductiva, els arguments que donen per triar amb qui s'ha de parlar són la confiança (família i amics), la responsabilitat que tenen sobre ells (pares) i el criteri de coneixement (doctors, professors). Davant de les dues figures paternes, les noies manifesten preferència per les mares o altres dones de la família. Ara bé, també manifesten que amb els pares de vegades no es pot parlar de temes relacionats amb la sexualitat per la dificultat de les relacions.

9. "Los centros, un centro con los doctores. Si hablas de esto con tu padre o tu madre te vas a sentir incómoda."

8. "La escuela."

9. "Mejor los médicos, que ellos saben más."

2. "En el médico."

4. "En el médico."

6. "Los padres, porque ellos tienen la obligación de hablar con los hijos porque salen de la casa y se quedan embarazadas y no han sabido cuidarse."

12. Sí, yo los padres."

P6, noies de 18 a 20 anys, col·lectiu immigració

5. "Yo no puedo hablarlo con mis padres, pero puedo hablarlo con mis tutoras y médicos, ellos te lo explicarán mejor que los padres."

7. Yo, con mi madre."

2. "Yo también."

4. "Con mi cuñada, mis amigos."

7. "Yo, con mis padres."

6 "Yo, con mi tía."

3. "No lo sé."

1. "Con mi hermana."

9. "Con nuestros padres, tenemos más confianza en ellos, y ellos tienen más experiencia, Si lo han hecho mal, ellos puede decírtelo; si no pueden contestar, se lo preguntas a otra persona."

4. "Yo me lo guardo para mí, mis cosas son mías."

2. "Con mi madre y mi psicóloga."

7. "Tía y madre."

6. "Mi tía y abuela."

P1, noies de 12 a 14 anys, col·lectiu de CRAE

4. "Amigos y hermanos."

1. "Con un enfermero, mejor chica. La chica puede explicar la vida de las chicas y el chico no puede."

4. "Yo, quien lo sepa mejor, no importa chico o chica. Si tú vas al médico la gente sabe. Si él no sabe yo no voy a preguntarle."

1. "Tú tienes que saber quién sabe."

P2, noies de 18 a 20 anys, col·lectiu d'immigració

L'edat a la qual els joves i els adolescents pensen que caldria fer accions per promocionar la salut afectiva i sexual, en general, la situen a l'inici de la curiositat sobre aquestes temàtiques. Cal assenyalar que tots apunten una edat dos anys per sota de la seva. Així, els grups de discussió d'adolescents de 12 a 14 anys diuen que l'edat ideal és als 8-9 anys perquè és quan el cos comença a canviar; els grups de discussió de 15 a 17 anys manifesten que l'edat per iniciar la promoció i l'educació és als 13-14, perquè és quan es comença a sentir curiositat; el grups de discussió de 18 a 20 anys manifesten que als 14-15, perquè és quan s'inicien les relacions. Tant els grups de nois com els de noies tenien les mateixes opinions.

4. "A los 18. Bueno, entre 16 y 18, porque ahí empiezan las cosas."

1. "Cuando tienes 18 ya es tarde para hablar, tienes que pensar antes."

4. "16."

1. "16."

3. "15."

2. "16."

5. "18."

3. "Porque en tres meses vas a aprender muchas cosas."

P2, nois de 18 a 20 anys, col·lectiu d'immigració

1. "Después de los 14."

2. "Sí."

1. "Antes también, pero después de los 14 la chica ya empieza a hablar de esas cosas con sus amigos, ya tiene curiosidad, empieza a ser grande."

2. "Sí."

1. "Nosotras hablamos de eso a solas, en nuestra lengua, como ella no sabe nada yo le explico."

P5, noies de 15 a 17 anys, col·lectiu d'immigració

2. "Se puede hablar a partir de una edad."

7. "A los 9, como máximo."

7. "Tendría que ser antes de que venga la regla para estar preparada, por si tú estás sola. Para que no te asustes y cuando te baja ya sabes lo que eso."

5. "A los 12 tendrían que ir a hablar de sexualidad y cosas de embarazo. Cuando haces una cosa con el chico, que si no te pones el preservativo qué te pasaría, cosas de esas, si se rompe..."

P1, noies de 12 a 14 anys, col·lectiu de CRAE

Fan propostes de diferenciar les activitats per sexe en el grup de les noies i els nois més grans. En la resta només hem trobat un comentari que també assenyala accions diferenciades per grups. També hem de tenir present que en aquests dos grups el coneixement que van manifestar era dels més limitats.

6. "Yo para hablarlo haría grupos de chicos y chicas."

2. "Sí."

1. "Solo chicas."

1. "Nosotros lo hicimos y todos los chicos se reían, por lo tanto, es mejor separado."

4. "Sí, es mucho mejor."

8. "A veces es mejor porque te sientes más cómoda según qué temas y a veces se ríen, por lo tanto, es mejor."

P6, noies de 18 a 20 anys, col·lectiu d'immigrants

Els llocs que proposen per rebre educació i promoció afectiva, sexual i reproductiva van molt lligats a la persona o les persones amb qui els agradaria parlar. Comenten que casa seva és un espai on els agradaria tractar aquests temes i després els centres educatius, seguits de les escoles i els centres de salut. Es valora que sigui un espai acollidor per superar la timidesa i la vergonya, que hi siguin els amics, que es pugui preservar la intimitat i que els centres de salut es desplacin allà on són els joves.

4. "En la escuela."
1. "Los cursos."
4. "Cada lugar tiene un sitio para informar a la gente."
1. "Con una enfermera en el centro de salud, sí. De uno en uno."
5. "Mejor en grupo."
3. "Sí, porque cuando no sabe uno, sabe otro."
4. "Hay gente tímida y si sienten que están juntos se sienten bien."
1. "Como nosotros ahora."

P2, nois de 18 a 20 anys, col·lectiu d'immigrants

3. "En casa."
2. "En sitios como estos."
3. "En casa sería la mejor opción, yo con mi familia no hablo de esto."
6. "En la escuela o en centros como este (És un centre de recursos juvenils)"
2. "Da vergüenza."
7. "Más que vergüenza timidez."
11. "Y también que piensen lo peor de mí"

P7, nois de 15 a 17 anys, col·lectiu de barris

4. "Donde sea."

P9, noies de 12 a 14 anys, col·lectiu de barris

Els temes que els agradaria tractar en les accions són molt variats. Els més repetits, amb independència de l'edat i el sexe, són la prevenció de malalties de transmissió sexual, les relacions afectives, els anticonceptius i el preservatiu. També s'esmenta: com s'ha d'actuar davant una situació de reclam; la prevenció d'embarassos; sexe i afectivitat; com es pot dialogar amb els pares; què s'ha de fer davant d'un embaràs, i clarificar els mites. Un grup de nois també va manifestar que podia parlar sobre què senten les noies.

Finalment, donen moltes pistes sobre com hauria de ser la metodologia de les accions de promoció i assenyalen, sobretot, que sigui divertida, amena i basada en les seves inquietuds. Els joves d'un estudi fet per Kelly and Morgan-Kidd (2001) coincideixen que les accions que s'han de dur a terme han de ser divertides i amb continguts que interessin els joves. A més, hi coincideixen els joves participants a l'estudi INJUVE (2007), que donen importància als continguts que reben i consideren que han de ser entenedors i adequats a les necessitats dels joves.

9. "Explicarlo... como un juego. Bueno, no, de una manera que lo entiendan y que les parezca divertida la manera de pensar, de estudiar. Por ejemplo, a mí me parecería divertido no plantearlo en forma de preguntas, sino ¿tú como lo vivirías? Algo más personal, a mí me parecería muy divertido."

P1, noies de 12 a 14 anys, col·lectiu de CRAE

3. "Hablar de manera directa."

1. "No aburre eso."

6. "No aburre cuando escuchas una cosa que no sabes y te interesa, pero si tú ya la sabes no hace falta que escuches y te aburres."

P7, nois de 15 a 17 anys, col·lectiu de barris

Les propostes concretes que apunten són:

➤ Parlar amb persones que tenen coneixements sobre el tema.

5. "Preguntando a las personas mayores y menores de edad y a las enfermeras y después lo hablas con tus amigas. Hablando."

P1, noies de 12 a 14 anys, col·lectiu de CRAE

➤ Parlar amb altres joves de la seva edat.

2. "Si participan los jóvenes mejor, porque la gente mayor no entiende a los jóvenes, porque están en su época y hay cosas que no entienden y ellos lo ven desde su punto de vista y los jóvenes lo vemos desde la pubertad o adolescencia y lo vemos diferente y, claro, si lo hacen los jóvenes otra gente lo cree al ser jóvenes, si lo hacen mayores, no."

P11, Noies de 15 a 17 anys, col·lectiu de barris

○ Trobades grupals i atenció individual

7. "Yo creo que estaría bien hacerlo en los colegios y así la información llegaría a todos los adolescentes. Aquí puede venir gente, pero hay otra a la que no le llega la información."

1. "Como sea, con grupos grandes o pequeños."

15. "Reducidos."

12. "Reducidos y mixtos."

P 7, Nois de 15 a 17 anys, col·lectiu de barris

5. "Hablando."

1. "Así, hablando."

4. "Así."

1. "Cara a cara, como aquí."

5. "Sí, como ahora."

P2, nois de 18 a 20 anys, col·lectiu d'immigració

➤ Xerrades i tallers.

1. "Daría información."

3. "Charlas e información."

P 7, nois de 15 a 17 anys, col·lectiu de barris

➤ Recursos didàctics: vídeos, llibres, televisió, Internet, etc.

2. "Haría vídeos con dibujos."

- 8. "Los videos los ven. Por lo tanto, han de ser la realidad para mostrar lo que hay."
 - 2. "Yo, en el colegio, estaba haciendo enfermería y nos enseñaron un video de cómo practicar el sexo con personas y me dio mucha vergüenza."
 - 6. "Mostrar gente que ha pasado por esa situación y lo explica es algo para aprender."
 - 8. Enseñarles a ellos qué pasa en la vida real.
- P 6, noies de 18 a 20 anys, col·lectiu d'immigració

➤ **Centres de salut.**

- 2. "También que los centros de salud deberían promocionar más, hacer ellos más charlas, no esperar que los adolescentes vengan, sino ir tú a ellos, porque si no ellos no van a ir, les da vergüenza..."
- P8, noies de 18 a 20 anys, col·lectiu de barris
- 2. "Abrir centro para consultas con enfermeras o algo."
- P9, noies de 12 a 14 anys, col·lectiu de barris

➤ **Aprender a dialogar amb els pares.** En una línia que complementa aquesta aportació, els joves de l'estudi INJUVE (2007) consideren important que els pares rebin formació sobre sexualitat, ja que opinen que aquests han rebut una educació tradicional i no en tenen una visió normalitzada.

- 8. "Poder tener la confianza con los padres para poder hablar con ellos."
- P6, noies de 18 a 20 anys, col·lectiu d'immigració

➤ **Activitats properes als joves (llenguatge, interessos, clima de confidencialitat, separació per gènere)**

- 10. "Los sitios han de ser dónde va la gente joven."
- P11, noies de 15 a 17 anys, col·lectiu de barris
- 12. "Algo práctico, algún taller, no sé."
 - 3. "Sí."
 - 6. "Más divertidas, las clases."
- P7, noies de 15 a 17 anys, col·lectiu de barris

➤ **Altres: telèfon de consulta, proporcionar preservatius...**

- 6. "Si tienen alguna duda, dar un teléfono, una web donde puedan hacer preguntas tranquilamente."
- P6, noies de 18 a 20 anys, col·lectiu d'immigració
- 4. "Internet sí que sería de utilidad porque no te ven y tú te expresas y no sabes ni con quién, pero por lo menos te expresas."
 - 9. "A la otra persona la haces reflexionar sobre lo que le has dicho."
- P1, noies de 12 a 14 anys, col·lectiu de CRAE

2. "Yo creo que la mejor publicidad es la que se hace en centros como este, en los que se habla, se hacen charlas, te dan condones... Creo que es muy difícil, si ya te hablan y te dicen las cosas, te dan condones, te incentivan a utilizarlos, yo creo que más maneras es muy difícil."

P8, nois de 18 a 20 anys, col·lectiu de barris

De totes les propostes val la pena destacar que van proposar dir a les famílies que als seus fills els agradaria parlar amb ells; això indica la possible proposta d'un programa de formació per a les famílies amb la finalitat d'ensenyar-los a dialogar amb els fills sobre salut afectiva i sexual.

6. Discussió

6.1. Recursos i actuacions disponibles

Pel que fa a les experiències, accions, actuacions i programes envers la promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva i la reducció de les pràctiques de risc que tenen com a destinataris els joves, solament s'han identificat diferències pel que fa als preservatius. Els joves que viuen en centres residencials mencionen que han rebut preservatius, fet que també constaten els professionals dels centres residencials educatius.

En canvi, respecte als recursos esmentats pels professionals, les diferències se centren especialment entre el col·lectiu residencial i als altres dos: immigració i barris desfavorits. Aquest fet posa de manifest que les diferències vénen marcades per la feina en la vida quotidiana que es desenvolupa als centres. La manca de diferències entre els col·lectius de barris i immigració deixa palesa la idea que la vulnerabilitat dels barris en el nostre estudi està lligada al fet migratori.

De tots els recursos que mencionen els professionals –“Salut i escola”, “Tarda jove”, Centre de Planificació Familiar, i atenció i informació a les àrees bàsiques de salut (ABS)– els adolescents només reconeixen de forma més genèrica les accions que es desenvolupen a l'escola (tallers, xerrades, etc.), als centres de salut i/o als centres de serveis comunitaris. D'aquí es deriva la necessitat de plantejar accions a les escoles o accions formals als centres on participen els joves, tal com es planteja en l'informe d'ONUSIDA (2011).

A part d'aquests recursos, en destaquen d'altres que els adolescents fan servir per informar-se sobre aquest tema, però que els professionals no mencionen. Entre aquests destaquen les lectures de llibres, Internet, xats, iguals i família. S'hauria de valorar el paper que aquests recursos tenen en la promoció de la salut afectiva i sexual.

Podem reunir totes les accions i els recursos per promocionar la salut afectiva i sexual destinada a poblacions vulnerables, en tres grans contextos: el context escolar (“Salut i escola”; tutories), el context social i comunitari (tallers, mediadors, “Tarda jove”...) i el context sanitari (ABS, planificació familiar, “Tarda jove”...). Quines estratègies organitzatives podrien afavorir la coordinació entre els tres contextos? Es podria

elaborar un currículum comú per a tots els contextos que fos un referent de mínims de continguts?

Segons l'informe ONUSIDA (2009), l'eficàcia dels programes en matèria de salut sexual augmenta quan l'educació que es dona de forma central en el context escolar és coajudada per activitats fora de l'aula, és a dir, en centres de salut i/o es donen missatges en activitat comunitàries. L'informe proposa que el medi social dels joves participi en la tasca de reforçar els ensenyaments que s'han fet a l'aula. Segons les valoracions dels grups de discussió, a Catalunya, el paper dels instituts d'educació secundària (IES) en educació afectiva i sexual no és central. En aquest sentit, seria possible i/o pertinent incloure un currículum obligatori en sexualitat i salut sexual per enfortir el paper de l'ESO? Què ho diferenciaria de "Salut i escola"? Què inclouria aquest currículum i quina formació hauria de tenir el professor per impartir-lo?

Com a conclusió es vol destacar les estratègies valorades en els grups de discussió, que són estratègies d'eficàcia demostrada per treballar temes d'educació afectiva sexual, segons la darrera revisió d'ONUSIDA (1997, 2010):

- dinàmiques de grup amb interacció dels adolescents (debats, *role-playing*...);
- estratègies per afrontar la pressió del grup;
- estratègies per fer participar els adolescents i els joves perquè les dissenyin i desenvolupin;
- accions de treball continuat i intensiu.

Però també hi ha aspectes que no s'esmenten en els grups de discussió, sobre metodologies de programes satisfactoris per retardar la primera relació sexual i augmentar l'ús del preservatiu (ONUSIDA, 1997, 2010).

- Metodologies basades en teories cognitivocomportamentals i d'aprenentatge social.
- Enfocament molt precís i centrat en el nombre d'objectius i de temes.
- Afirmacions clares sobre conseqüències –de no utilitzar preservatiu– i com evitar-les.
- Activitats per observar els altres i assajar tècniques de comunicació i negociació.

- Estratègies per identificar les influències dels mitjans de comunicació i com respondre a aquestes influències.

6.2. Necessitats dels joves en situació de vulnerabilitat

Els professionals manifesten que els adolescents tenen necessitats relacionades amb el coneixement i l'ús dels anticonceptius en les pràctiques sexuals. Els adolescents no fan referència tant al coneixement del mètode en si mateix, com en la necessitat de conèixer aspectes sobre el seu ús, desmuntar creences i fer-lo servir quan es doni la situació. En concret, de tots els mètodes, vam explorar les necessitats relacionades amb l'ús del preservatiu. En aquest cas, s'evidencia que tenen un coneixement del mètode, però reconeixen que molts joves no el fan servir. Aquesta dada es confirma amb les opinions dels professionals. A més, s'observa una diferència de gènere en la intenció d'ús i la utilització del preservatiu.

Els professionals manifesten la necessitat de treballar amb els adolescents la percepció del risc de contagi d'MTS i d'embaràs. Els joves expressen verbalment que coneixen els riscos, dels quals els que tenen més presents són el d'embaràs i el de transmissió de la sida. En canvi, ells mateixos reconeixen que duen a terme conductes de risc. Davant d'aquesta situació ens preguntem quins són els motius que fan que n'obviïn la utilització.

A més, una altra possible explicació està relacionada amb les mancances relacionades amb les habilitats socials, les habilitats emocionals i l'autoestima per poder negociar les conductes saludables en sexualitat, com ara les relacions amb protecció. Tant professionals com adolescents comparteixen aquestes necessitats. A més, explícitament, els joves esmenten la necessitat de tenir eines per saber superar la pressió del grup i saber dir que no.

Mentre que els professionals deixen clar que existeix la necessitat de tenir un projecte de vida, els adolescents no ho mencionen.

Les necessitats detectades es podrien convertir en la llista de continguts per treballar en un programa d'educació afectiva sexual? Quines necessitats que senten els

adolescents, segons els resultats dels grups de discussió amb adolescents, no són presents entre les detectades pels professionals?

6.3. Necessitats diferencials segons els col·lectius

Existeixen necessitats relacionades amb el fet cultural que vénen confirmades tant pels professionals com pels adolescents. Aquestes necessitats indiquen actituds diferencials respecte a la salut reproductiva que tenen a veure amb el rols de gènere i amb les actituds davant la interrupció dels embarassos. Els col·lectius de noies i nois que pertanyen al col·lectiu d'immigració o al col·lectiu de barris desfavorits, però amb la característica del fet migratori, tenen: a) actituds més contràries a l'avortament, cosa que fa que resulti més important incidir en les accions de prevenció d'embarassos, i b) una percepció d'immunitat davant del risc quan es tracta de mantenir relacions amb persones del seu mateix origen cultural, especialment dels països africans i asiàtics, ja que es pressuposa que les dones d'aquests països no tenen relacions completes amb altres homes abans del matrimoni.

Els professionals expressen la necessitat d'intervenir en edats més primerenques en la població que es caracteritza pel fet migratori.

En relació amb les noies i els nois que es troben en situació de protecció als centres residencials, els professionals identifiquen una sèrie de factors que fan que n'augmenti la vulnerabilitat davant la possibilitat de reproduir certes conductes de risc. Aquests factors estan associats amb la reproducció d'esquemes viscuts (com ara desestructuració familiar, conductes promíscues, embarassos prematurs, relacions difícils i conflictives; abusos sexuals i maltractaments) i fins i tot amb la cerca d'embarassos per cobrir carències afectives.

En relació amb la població de barris vulnerables, destaquem el que expressen els professionals pel que fa a les diferències de gènere i la necessitat de treballar amb les famílies (que també que expressen els joves) i que l'escola ofereixi recursos.

Respecte a adolescents immigrants, sembla que la formació en temes d'educació afectiva i sexual està relacionada amb la cultura d'origen i el lloc on han estat socialitzats; si l'adolescent arriba a Catalunya en plena adolescència les seves actituds,

valors i coneixements de salut sexual són els de la cultura d'origen i, molt probablement, les replica (generació 1.5), en canvi, si arriben de petits i la socialització secundària es fa a Catalunya, molt probablement la qüestionaran i adoptaran costums diferents dels de la seva cultura (generació 1.75). Per exemple, en el cas de les noies de Llatinoamèrica, en què hi ha la cultura de ser mare jove, és a dir, està ben vist tenir un nadó entre els 16 i els 18 anys; quan es socialitzen a Catalunya el primer que aprenen és a ser adultes sense ser mares. És possible detallar les necessitats formatives diferencials i estratègies diferents en funció del lloc de socialització? Respecte a la cultura d'origen, els costums afectius i sexuals són molt diferents. Per elaborar un pla d'acció s'han de perfilar les informacions emocionals i actitudinals cap a la salut sexual i la sexualitat de cada cultura d'origen? El model de formador de formadors basat en mediadors culturals és l'estratègia més adient?

La manca d'afectivitat, les carències afectives i la història familiar dels adolescents de CRAE són variables que tenen una clara influència en les actituds. L'autoestima, el gènere, les identitats de sexe i gènere, l'orientació sexual, l'erotisme, la vinculació afectiva i l'amor, i la reproducció, és a dir, la sexualitat, està en situació de risc. Sabent això i tenint en compte que les accions d'educació afectiva i sexual tenen més efectivitat quan s'inicien abans de tenir la primera relació, caldria un projecte específic per a nois i noies tutelats que tingués cabuda en el Projecte marc de centres?

6.4. Innovació per a l'educació i la promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva dels adolescents en situació de vulnerabilitat

Les propostes d'innovació que han fet adolescents i professionals tenen un tret en comú: destaquen la necessitat de treballar aquestes temàtiques a través de la relació personal, és a dir, el rol més genuí de l'educador. Més enllà de grans canvis, s'entreveu la importància que donen tots plegats a la capacitat d'empatia, de generar un clima de confiança i de confidencialitat, de ser propers als joves... Des d'aquest punt de vista, caldrà assumir les implicacions formatives en les habilitats socials dels professionals i les seves competències de comunicació.

També coincideixen en la importància de l'escola i de l'institut com a lloc on reben informació i formació afectiva, sexual i reproductiva, ja que per a molts adolescents és l'únic àmbit formal.

L'estratègia d'“educació entre iguals” ha aparegut en joves immigrants, en nois/noies de CRAE que són líders positius, i en instituts que utilitzen nois i noies de quart d'ESO o de Batxillerat per a temes d'educació afectiva sexual. Es podria pensar en una forma de sistematitzar aquesta estratègia reflexionant sobre quins requisits, quins coneixements, quina vinculació al servei i quins objectius podria assolir aquest paraprofessional?

També ens agradaria destacar la proposta que fan tant professionals com joves de treballar amb els pares i les mares: hi ha un reclam de propostes relacionades amb ensenyar als progenitors a parlar d'aquests temes amb els fills. Probablement, com que són poblacions vulnerables, que per motius de desemparament o de barreres culturals no tenen una comunicació fluida envers aquesta temàtica, els joves ho troben a faltar i voldrien que els seus pares estiguessin més oberts i presents davant les seves necessitats.

Finalment, la proposta de crear nous materials didàctics en què apareguin recursos audiovisuals, més creatius, actuals i motivadors és interessant.

6.5. Fortaleses i mancances de la xarxa i dels professionals

La motivació dels professionals que es dediquen a l'educació afectiva i sexual es considera la fortalesa més important. L'interès, l'empatia, l'entusiasme i la creativitat són qualitats que es destaquen i que coincideixen amb els aspectes que tant professionals com joves valoren com a imprescindibles en la innovació.

La insuficiència de la formació dels professionals que es dediquen a l'educació afectiva i sexual és un tema recurrent en els grups de discussió. Tot i que alguns professionals i paraprofessionals reben formació sobre malalties de transmissió sexual i com prevenir-les, falta formació sobre les estratègies i dinàmiques que tenen eficàcia demostrada per treballar aquestes temàtiques i sobre aspectes bàsics de sexe, sexualitat i salut sexual. Seria possible i pertinent establir un programa de capacitació per educar en salut sexual? Es podria establir un perfil professional mínim per treballar a Catalunya? Quin seria aquest perfil, quins continguts inclouria? També es considera insuficient la coordinació i el treball en xarxa entre tots els serveis sanitaris, socials i escolars. De fet, en el discurs velat dels adolescents també es detecta això.

7. Bibliografía

- Feixa C. Generación uno punto cinco. Revista de estudios de juventud 2008; 80: 115-127.
- Kelly P, Morgan-Kidd J. Social Influences on the Sexual Behaviors of Adolescent Girls in At-Risk Circumstances. JOGNN 2001; 30: 481-489.
- ONUSIDA. Impacto de la educación en materia de salud sexual y VIH sobre el comportamiento sexual de los jóvenes: actualización de un análisis. 1997.
- ONUSIDA - Equipo de Trabajo Interinstitucional (ETI) del ONUSIDA sobre la Educación. Un enfoque estratégico: el VIH y el SIDA y la educación. 2009.
- ONUSIDA. Informe de ONUSIDA para el día mundial del SIDA; 2011. Disponible a:
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_es.pdf
- Padilla RV. DL Morgan (editor). Using dialogical research methods. A Successful Focus groups. Advancing the State of the Art. Newbury Park, CA: Sage; 1993. p. 153-166.
- Vaughn S, Schumm JS, Sinagub JM. Focus groups interviews in education and psychology. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 1996.
- Serrano I. La juventud en España: comportamientos sexuales y propuestas para la intervención de riesgos. Madrid: INJUVE; 2007.

PART III: PLA D'ACCIONS PER PROMOURE LA SALUT AFECTIVA, SEXUAL I REPRODUCTIVA

La proposta que es presenta a continuació pretén contribuir a millorar l'afectivitat i la sexualitat dels joves des d'una perspectiva integral i ecològica, fonamentada en el model de determinants de la salut de Dahlgren i Whitehead (1995).

Es basa en l'anàlisi de necessitats, explorat des dels principals agents implicats – adolescents, joves i professionals– i l'evidència científica segons la revisió bibliogràfica.

Inclou accions en les diferents esferes que envolten els joves, els iguals, la família i la societat, tal com indica la literatura científica, per tal de millorar els indicadors de salut des de l'efectivitat de les intervencions.

Proposa accions per a la formació de professionals i agents de salut implicats en les accions socials i educatives dels joves, així com actuacions dirigides als joves des d'una perspectiva de gènere, d'igualtat i de respecte a l'altre.

Aquesta proposta és un pas més cap a la millora de la salut afectiva, sexual i reproductiva de l'adolescent i jove, en una etapa en la qual l'afectivitat i les relacions interpersonals són especialment importants.



1. EIXOS I ACCIONS PER PROMOURE LA SALUT AFECTIVA, SEXUAL I REPRODUCTIVA

En aquests moments a Catalunya disposem de programes i recursos, tant de caràcter públic com privat, per atendre les necessitats de les persones joves en matèria de salut i educació afectiva, sexual i reproductiva. El problema és que alguns recursos no són prou coneguts o no arriben a tots els indrets on fan més falta, com és la població de persones joves en situació de vulnerabilitat. Aquesta població, dins del Pla de salut afectiva i sexual (PSAS), es distribueix en tres àmbits: adolescents que són en centres residencials d'atenció educativa, adolescents immigrants i adolescents en barris marginals.

1.1. Finalitat

Aquest pla d'acció per promoure la salut afectiva, sexual i reproductiva planteja, d'una banda, afavorir els factors de protecció i l'atenció als grups de persones joves vulnerables i, de l'altra, reduir els factors de vulnerabilitat i les conductes de risc.

El Pla d'acció pretén estructurar els elements necessaris perquè un conjunt d'accions efectives puguin estar a l'abast de la població jove en situació de vulnerabilitat i prevenir les situacions d'embarassos d'adolescents i d'infeccions de transmissió sexual. Per aquestes poblacions, a més de poder utilitzar els recursos normalitzats, cal introduir algunes accions o serveis que puguin atendre les seves necessitats específiques.

1.2. Objectius específics

A partir d'anàlisis de necessitats de les persones joves en situació de vulnerabilitat es plantegen els objectius següents:

- Promoure accions de promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva a la comunitat.
- Facilitar la formació específica en educació afectiva sexual i reproductiva als diferents col·lectius de professionals.

- Desenvolupar un treball en xarxa i promocionar les xarxes socials, de manera que permeti l'intercanvi d'experiències i l'aprofitament de les sinergies de les diverses institucions implicades.
- Adequar i optimitzar els recursos i serveis que estan en funcionament.
- Potenciar accions específiques dirigides a joves i les seves famílies en situació de vulnerabilitat per a la promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva.
- Desenvolupar processos d'avaluació i recerca per prendre decisions sobre unes bases més sòlides i segures.

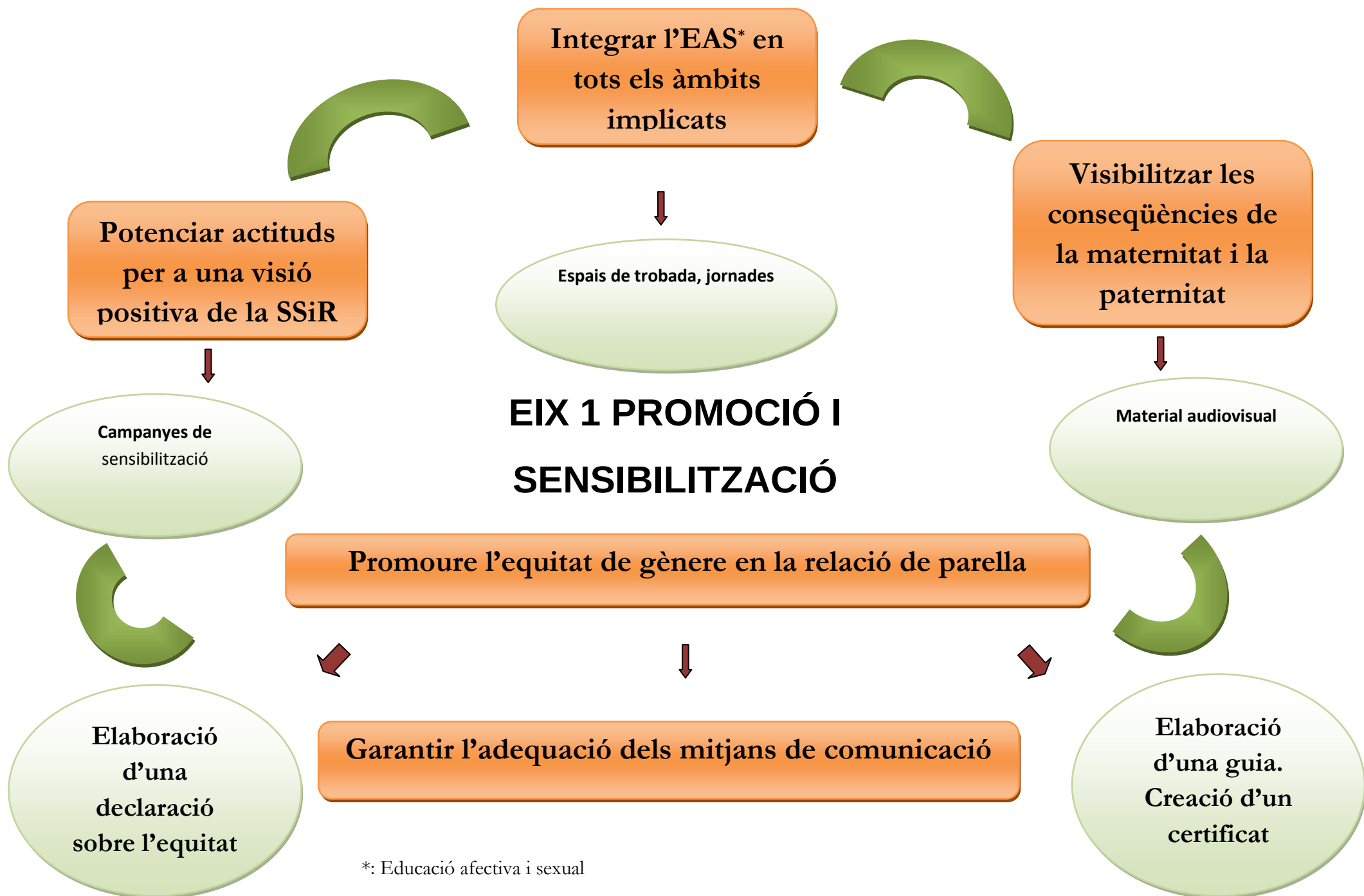
La realització d'aquests objectius requereix promoure els coneixements i crear estratègies per desenvolupar competències que serveixin a les persones en la convivència social.

D'altra banda, abordar la salut afectiva, sexual i reproductiva des d'una perspectiva integral en què estan implicades un nombre molt important d'institucions i entitats requereix establir canals de coordinació i mecanismes de formació que facilitin la utilització adequada dels serveis i el desenvolupament dels coneixements, les aptituds i les competències de les persones implicades.

1.3. Eixos

- Com a conseqüència de les anàlisis fetes, els eixos del Pla d'acció són:
 - Promoció i sensibilització
 - Formació dels professionals
 - Treball en xarxa i promoció de les xarxes socials
 - Optimització i adequació de recursos
 - Intervenció amb els joves en situació de vulnerabilitat
 - Intervenció amb les famílies
 - Avaluació

Per a cada un d'aquests eixos es desenvolupen una sèrie d'objectius amb les accions pertinents.



2. EIX 1. PROMOCIÓ I SENSIBILITZACIÓ

Els mitjans i les xarxes de comunicació influencien, per bé i per mal, els coneixements, les actituds i els comportaments sexuals i afectius de les persones joves. Els mitjans poden arribar a audiències àmplies, però també a audiències molt específiques. Només cal pensar en l'enorme nombre de portals web i blocs sobre qualsevol àrea d'interès imaginable.

Les persones joves són grans consumidores dels mitjans de comunicació de masses i de totes les possibilitats de comunicació que ofereix Internet i els mòbils, ja siguin en la comunicació interpersonal com en la intergrupals. Aquest col·lectiu passa moltes hores al dia en contacte amb els mitjans i les xarxes de comunicació, tant mirant la televisió, com escoltant música, navegant per Internet, enviant missatges de text o utilitzant mòbils.

Els mitjans de comunicació estableixen el to i proveeixen vocabulari que les persones joves adopten, cosa que ajuda a modelar el "guió social" juvenil. Contribueixen a definir què és interessant i atractiu i què no ho és, i perfilen la conducta normativa. Cal tenir present que els mitjans de comunicació poden canviar les conductes sexuals i afectives dels joves, a més d'afectar-ne els coneixements i les actituds. Una revisió recent suggereix que les campanyes de més èxit tendeixen a promoure conductes noves positives més que intentar prevenir o encoratjar les persones a evitar conductes problemàtiques. Tot i que els efectes de la majoria de les campanyes sobre els comportaments tendeixen a tenir efectes modestos, és important tenir present que petits efectes en la conducta de grans poblacions sovint afecten més persones que el que es pot abastar mitjançant entrevistes cara a cara o amb consell individual.

Pel que fa a la metodologia, una revisió recent de les campanyes en mitjans de comunicació per prevenir els embarassos adolescents (Brown, 2009) recomana utilitzar models teòrics psicosocials per dissenyar, posar en marxa i avaluar les campanyes; conèixer i implicar les diverses poblacions diana; utilitzar canals múltiples a més d'accions de comunicació interpersonal; mantenir l'exposició als missatges en dosis suficients, a llarg termini i de manera sostinguda; treballar sobre l'entorn de cada audiència (lloc de treball, barri, escola, pares...), a més de treballar sobre les persones i avaluar amb detall les campanyes. També assenyala que val la pena treballar sobre

les poblacions més afectades i la necessitat de canvi perquè els efectes siguin més intensos.

2.1. Objectiu general

Sensibilitzar la societat i, de manera específica, la joventut en situació de vulnerabilitat per fomentar una visió de la salut afectiva, sexual i reproductiva des d'una visió positiva, basada en la responsabilitat, els drets sexuals i l'equitat de gènere.

Objectiu específic 1.1

Potenciar actituds que fomentin una visió positiva de la salut afectiva, sexual i reproductiva i també dels drets sexuals.

Accions	
Acció 1.1/1	Disseny de campanyes de sensibilització i informació per generar una visió positiva de la sexualitat adreçades a les diverses poblacions diana (general, joves, joves vulnerables) atenent les especificitats culturals. Continguts: ➤ La sexualitat positiva ➤ La responsabilitat i els drets sexuals de les persones i, en concret, dels joves ➤ L'equitat de gènere ➤ La diversitat sexual ➤ La contracepció Criteris metodològics per al disseny de la campanya: ➤ Treball coordinat entre publicistes, tècnics i joves. ➤ Llenguatge (escrit, verbal i imatge) que incorpori els interessos i l'estètica de la població diana per facilitar la connexió amb el grup destinatari. ➤ Inclusió de la diversitat cultural, lingüística, de gènere i d'orientació sexual.

	➤ Inclusió del vincle d'un recurs a través del qual es pugui ampliar la informació i rebre atenció (web, telèfon, etc.). ➤ Adequació de la campanya al mitjà o canal de difusió.
Acció 1.1/2	Desenvolupament d'accions de sensibilització sobre l'entorn de cada audiència (escola, àmbits formatius, àmbit laboral, barri, família). Continguts: ➤ La sexualitat positiva ➤ La responsabilitat i els drets sexuals de les persones i, en concret, dels joves ➤ L'equitat de gènere ➤ La diversitat sexual ➤ La contracepció Criteris metodològics per a la difusió de les campanyes: ➤ Utilització de canals múltiples als mitjans de comunicació: producció i distribució de materials gràfics, còmics i manga, música, publicitat en revistes de joves, accions i publicitat en pàgines web, insercions en sèries televisives i publicitat a televisió. ➤ Difusió de la campanya en canals de comunicació massius, grupals, interpersonals i individuals. ➤ Manteniment de l'exposició als missatges de les campanyes en dosis suficients, a llarg termini i de manera sostinguda durant anys. ➤ Plantejament d'actualitzacions regulars de les campanyes que es difonen en el canal d'Internet.

Objectiu específic 1.2

Sensibilitzar sobre la importància d'incloure l'educació afectiva, sexual i reproductiva en els diferents àmbits implicats (col·lectius de professionals sanitaris, socials, d'educació social i professorat).

Accions	
Acció 1.2/1	Creació d'espais de trobada per a professionals sanitaris, socials, d'educació social i professorat per reflexionar i debatre sobre la importància d'incloure l'educació sobre afectivitat i sexualitat al seu àmbit. Continguts: ➤ Importància de l'EAS per al desenvolupament de la persona ➤ Visió de la sexualitat positiva ➤ Els drets sexuals de les persones i, en concret, dels joves ➤ L'equitat de gènere ➤ La diversitat sexual ➤ La prevenció de l'embaràs adolescent ➤ La prevenció d'ITS Metodologia: Motivació i captació dels diferents professionals. Informació sobre els missatges clau relacionats amb els continguts. Clima de diàleg que permeti la reflexió i l'expressió d'opinions o dubtes. Accions creatives de sensibilització, com ara la implicació dels destinataris en els espais de diàleg. Accions creatives per elaborar una guia.
Acció 1.2/2	Creació d'una guia que difongui la importància i els beneficis d'implementar l'educació afectiva i sexual en els diferents àmbits. Continguts: Els beneficis de l'educació afectiva i sexual Metodologia: ➤ Utilització d'imatges atractives per als joves ➤ Inclusió de missatges clau amb llenguatge proper als joves ➤ Facilitació de la distribució mitjançant els diferents agents

Objectiu específic 1.3

Promoure l'equitat de gènere en les relacions de parella.

Accions	
Acció 1.3/1	Elaboració i difusió d'una declaració sobre l'equitat de gènere. Continguts: ➤ L'equitat de gènere i la igualtat d'oportunitats ➤ Els drets i les responsabilitats ➤ Les relacions de parella com a relacions de creixement Metodologia: ➤ Participativa mitjançant la creació d'un espai de fòrum públic per a la creació de la declaració. ➤ Elaboració de la declaració a partir de les aportacions al fòrum i de les aportacions d'experts. ➤ Difusió de la declaració, principalment mitjançant la xarxa d'Internet i les xarxes socials. ➤ Creació d'un grup al Facebook per adherir-se a la declaració. ➤ Utilització de l'espai virtual com a plataforma de sensibilització i d'informació.

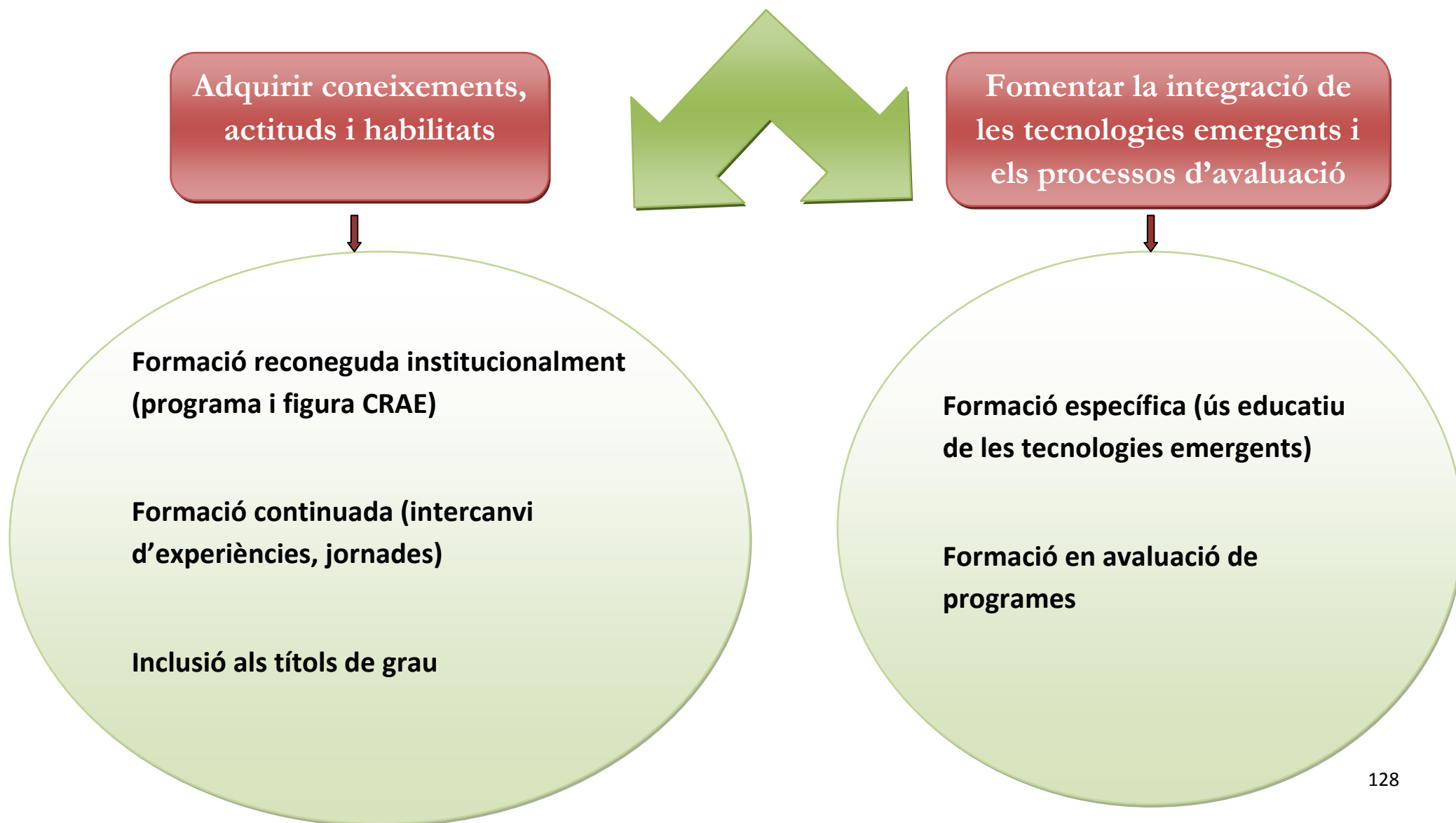
Objectiu específic 1.4

Garantir que els continguts de sèries de televisió i publicitat siguin apropiats a l'edat de l'audiència.

Accions	
Acció 1.4/1	Elaboració d'una guia informativa, sobre els continguts que siguin adequats per als infants i els joves en relació amb la salut afectiva, sexual i reproductiva, adreçada als guionistes, productors i organismes competents dels àmbits estatals i autonòmic que supervisen els programes de televisió i publicitat. Continguts: ➤ Responsabilitat del sector en la generació de patrons i conductes. ➤ Continguts adequats al desenvolupament evolutiu de l'infant i

	l'adolescent. ➤ Exemples de conductes protectores com a bons models. ➤ Exemples de conductes que promociónen el risc i que s'han d'evitar. Metodologia: ➤ Elaboració d'un document per experts en què s'especifiquin els estàndards de bones pràctiques a la televisió i la publicitat pel que fa a l'afectivitat i la sexualitat. ➤ Aportació d'evidències sobre l'efecte dels programes de televisió i la publicitat en els comportaments dels infants i els joves. ➤ Difusió de la guia entre tots els organismes competents dels àmbits estatals i autonòmics que supervisen els programes de televisió i publicitat. ➤ Difusió de la guia entre tots els guionistes i supervisors. ➤ Creació d'una convocatòria per avaluar els programes de televisió i publicitat en relació amb els estàndards de la guia. ➤ Creació d'un comitè que avaluï els programes presentats a la convocatòria i els lliuri les certificacions.
Acció 1.4/2	Creació d'un certificat segell distintiu que indiqui que el programa empresa cadena respecta la promoció de continguts afectius i sexuals positius adequats a l'edat dels infants i els adolescents que doni un valor afegit.

EIX 2 FORMACIÓ DELS PROFESSIONALS



3. EIX 2. FORMACIÓ DELS PROFESSIONALS

Els professionals que intervenen en l'educació afectiva i sexual de les persones joves vulnerables provenen de diferents disciplines, com ara la disciplina sanitària, educativa o social. Per aquest motiu, les activitats formatives han de cobrir les necessitats específiques que cada persona, amb el perfil professional corresponent, no ha pogut adquirir en la formació bàsica. Per exemple, el personal sanitari que treballa amb joventut vulnerable pot tenir necessitats formatives relacionades amb estratègies d'ensenyament o aprenentatge o amb habilitats d'aproximació a la població vulnerable. Per contra, un professional educatiu pot tenir necessitats formatives vinculades als conceptes de salut i sexualitat, així com de prevenció de riscos en sexualitat. En conseqüència, cal detallar un perfil bàsic de continguts mínims per a qualsevol professional que treballi per consolidar aquest pla d'acció des de qualsevol context i planificar accions de formació permanent per cobrir les necessitats específiques de cadascun dels col·lectius.

3.1. Objectiu general

Impulsar la formació de professionals i agents del context sanitari, socioeducatiu, educatiu i comunitari per consolidar el pla d'acció per promocionar la salut afectiva, sexual i reproductiva i millorar la qualitat d'atenció.

Objectiu específic 2.1

Adquirir coneixements, actituds i habilitats sobre la promoció de la salut afectiva i sexual dels adolescents en situació de vulnerabilitat.

Accions	
Acció 2.1/1	Desenvolupar activitats formatives (tallers, jornades i programes formatius) reconegudes institucionalment en les quals els continguts de la promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva permetin la capacitació dels professionals per intervenir amb població vulnerable. Desenvolupar un

	programa de formació per atendre els mòduls de continguts especificats a la taula 1. En aquest programa de formació s'haurà de plantejar per a cada sessió formativa: objectius, continguts i estratègies. Garantir una formació específica per crear la figura acreditada per l'Administració d'un personal educador dels centres residencials d'atenció educativa, responsable de les accions d'educació afectiva, sexual i reproductiva a cada centre. (Vegeu la taula 1 de continguts bàsics per a les accions formatives)
Acció 2.1/2	Organitzar activitats formatives continuades, presencials, virtuals (per mitjà de la plataforma telemàtica)² o totes dues, per garantir l'accés dels professionals i els agents de tot el territori i de diferents disciplines. Per facilitar l'intercanvi d'experiències i de bones pràctiques en matèria d'educació afectiva, sexual i reproductiva en adolescents vulnerables, s'han d'organitzar unes jornades anuals: ➤ Jornades de formació i novetats a proposta dels tècnics. ➤ Jornades de grups de millora estable per temàtiques.
Acció 2.1/3	Incorporar i/o mantenir els continguts de la salut afectiva, sexual i reproductiva en la formació de grau de les disciplines sanitàries, socials i educatives. ➤ Motivar les facultats implicades en la salut, l'educació i el treball social a incorporar continguts sobre la salut i l'educació afectiva, sexual i reproductiva, així com a mantenir els continguts que ja siguin presents en els nous dissenys de títols de grau. ➤ Promoure, des dels àmbits universitaris de formació especialitzada, màsters i postgraus sobre salut i educació sexual i reproductiva.
Acció 2.1/4	Difondre la informació actualitzada de la situació actual de la salut sexual i reproductiva de les persones adolescents en situació de vulnerabilitat a través de la plataforma telemàtica de salut afectiva, sexual i reproductiva.

Objectiu específic 2.2

2. Aquesta plataforma telemàtica està descrita a l'eix número 3.

Fomentar la integració de les tecnologies emergents i els processos d'avaluació com a estratègies d'ensenyament i aprenentatge en la intervenció amb persones joves vulnerables.

Accions	
Acció 2.2/1	Formació específica per als professionals en l'ús educatiu de les tecnologies emergents aplicades a l'educació afectiva, sexual i reproductiva, per aprofitar tots els recursos TIC dedicats a la salut afectiva i sexual. ➤ Oferta de cursos monogràfics de forma periòdica presencials i virtuals (per mitjà de la plataforma telemàtica)
Acció 2.2/2	Formació per al procés d'avaluació dels programes d'intervenció amb persones joves i famílies en situació de vulnerabilitat. Integració de l'avaluació de tots els programes com a part fonamental de l'èxit de les intervencions. ➤ Oferta de cursos monogràfics de forma periòdica presencials i virtuals (a través de la plataforma telemàtica)

Taula 1. Continguts bàsics per a les accions formatives

CONTINGUTS BÀSICS PER ALS AGENTS SOCIOEDUCATIUS, SANITARIS I COMUNITARIS	
CONTINGUTS D'EDUCACIÓ AFECTIVA I SEXUAL	Mòdul 1 de continguts generals: ⇒ La sexualitat des de la igualtat i la coresponsabilitat entre dones i homes. ⇒ Mètodes anticonceptius. ⇒ Les malalties i infeccions de transmissió sexual, especialment VIH. ⇒ Els embarassos adolescents. ⇒ La utilització del preservatiu. ⇒ La percepció del risc. ⇒ L'ideal d'amor romàntic: creences i actituds distorsionades de l'amor. ⇒ La identificació de les diferents formes de violència.
	Mòdul 2 de contingut específics per a adolescents vulnerables: ⇒ La incidència de la desigualtat de gènere i la violència de gènere en persones joves vulnerables, especialment les agressions i els abusos sexuals. ⇒ La diversitat sexual. ⇒ La conscienciació de les actituds personals envers la sexualitat i la diversitat sexual.
	Mòdul 3 de contingut específic per a adolescents immigrants: ✓ L'actitud cap a la salut sexual i reproductiva de les diferents cultures immigrants: els mites sobre la maternitat adolescent i l'inici de les relacions sexuals coitals. ✓ Les creences i actituds envers la interrupció voluntària de l'embaràs de les diferents cultures immigrants.

	Mòdul 4 de continguts específics per a adolescents en centres residencial d'acció educativa (CRAE): ⇒ Les habilitats i els principis per tenir una relació de parella saludable (lliure de violència, submissió, etc.): reforçar el coneixement mutu, alimentar l'estima i l'admiració, mantenir el contacte i la comunicació, resoldre els conflictes que tenen solució i conviure amb els irresolubles, buscar un significat compartit per a la vida. ⇒ Les competències socioafectives: l'autoestima i l'autoconcepte enfront del desig d'embaràs com a conseqüència de la seva història personal de situació de desprotecció familiar. ⇒ Les conductes de risc i l'assertivitat en la sexualitat.
ESTRATÈGIES EDUCATIVES	⇒ Les estratègies d'aprenentatge per a persones joves en situació de vulnerabilitat. ⇒ Les estratègies per promoure competències socioemocionals: saber dir que no, autoestima, projecte de vida, autoconcepte, estratègies de reparació durant el conflicte, etc. ⇒ Les estratègies d'intervenció amb les famílies. ⇒ La participació de les persones joves com a estratègia bàsica. ⇒ Els formadors dels formadors.
CARACTERÍSTIQUES DE LA PLATAFORMA TELEMÀTICA	⇒ Objectius ⇒ Estructura ⇒ Continguts ⇒ Procediment d'utilització

**Donar a conèixer programes,
recursos i experiències**



Plataforma telemàtica

Coordinador

Difusió

EIX 3. TREBALL EN XARXA I PROMOCIÓ DE LES XARXES SOCIALS

**Garantir la figura del
coordinador**

**Comissions
interdisciplinàries**

**Implicació dels
adolescents, els joves i les
famílies**

Suport a les xarxes socials

**Desenvolupar estructures
territorials sostenibles de
coordinació**

**Implicar les xarxes
socials i els joves**

4. EIX 3. TREBALL EN XARXA I PROMOCIÓ DE LES XARXES SOCIALS

Per millorar la promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva és necessària la coordinació intersectorial i fomentar la coresponsabilització de tots els agents i les institucions implicats, com també potenciar les xarxes de suport social, ja que s'han mostrat necessàries per fomentar concepcions i percepcions favorables a la promoció de la salut sexual i reproductiva.

Cal treballar de manera equitativa atenent les diferències interterritorials i garantint la interacció i l'intercanvi d'informació, experiències i recursos. És important promoure vies efectives de comunicació que facilitin el treball en xarxa.

La complexitat de la promoció de la salut sexual i reproductiva de les persones joves vulnerables requereix tenir present que:

- El treball en xarxa s'ha de fer amb col·lectius professionals de procedències molt diferents.
- Les persones joves vulnerables reben atenció de professionals que també es dediquen a l'educació afectiva sexual i reproductiva de la població general, com ara la professional del programa "Salut i escola", però també són el grup d'incidència d'altres professionals que es dediquen específicament a la seva atenció, com ara l'educador o educadora del CRAE, o a desenvolupar programes d'educació afectiva sexual específics, com ara les accions diferenciades dutes a terme des de les associacions d'immigrants. Així doncs, la complexitat del treball en xarxa té a veure amb l'efectivitat de programes generals i específics i la intervenció multidisciplinària.

Cal potenciar la realització de projectes d'educació formal i no formal i afavorir que els diferents gestors o grups comunitaris puguin dur a terme accions per promoure una sexualitat satisfactòria, responsable i sana. En aquest sentit, cal donar suport al desenvolupament de competències entre els diferents membres de les xarxes socials per enfocar adequadament l'educació afectiva sexual i reproductiva.

4.1. Objectiu general

Desenvolupar un treball en xarxa i promocionar les xarxes socials que permetin l'intercanvi d'experiències i l'aprofitament de les sinergies de les diverses institucions implicades.

Objectiu específic 3.1

Donar a conèixer els programes, els recursos i les experiències sobre la salut i l'educació afectiva, sexual i reproductiva que existeixen arreu de Catalunya, que permetin una visió general i també una visió per regions sanitàries.

Accions	
Acció 3.1/1	Elaboració d'una plataforma telemàtica regulada pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, que serveixi de suport a les institucions i els professionals implicats en la promoció de la salut afectiva i sexual. Contingut de la plataforma: ➤ Fer visible dins del mapa o plataforma els programes, recursos i experiències específiques de les persones joves en situació de vulnerabilitat. Aquest mapa ens ha de permetre saber quins programes, recursos i experiències hi ha actualment tant en l'àmbit territorial de Catalunya, en general, com en les diferents regions sanitàries, així com la institució i la persona responsable dels diferents programes, recursos i experiències que contingui la plataforma per tal de facilitar-ne la difusió i l'optimització de recursos. Estructura: ➤ Primer nivell: ha de correspondre amb els programes, els recursos i les experiències d'educació afectiva i sexual adreçats a la població jove en general. Exemple: "Tarda jove", "Salut i escola", programes d'atenció a la salut sexual i reproductiva (PASSIR), atenció a l'ABS i el Centre de Planificació Familiar. ➤ Segon nivell: ha de correspondre amb els programes, recursos i experiències d'educació afectiva i sexual adreçats específicament a persones joves tutelades per l'Administració i que es pugui desenvolupar dins dels CRAE; a persones joves immigrants; i a

	persones joves de barris desfavorits. Exemple: Programa de ràdio en què participen professionals i joves de barris per parlar de salut afectiva i sexual. Per presentar aquesta estructura de la plataforma, es pot inserir un mapa territorial de Catalunya on sigui possible “clicar” en cada una de les regions sanitàries del territori català. D’aquesta manera, podríem obtenir dos desplegable corresponents a cada regió sanitària: programes, recursos i experiències de la regió sanitària de tipus general i programes, recursos i experiències de la regió sanitària dirigida a la població jove en situació de vulnerabilitat. Ubicació de la plataforma: ➤ A la portada de la pàgina web del Departament de Salut.
Acció 3.1/2	Nomenar una persona responsable tècnica de la plataforma telemàtica. Les funcions són: ➤ Centralitzar els programes, els recursos i les experiències existents en salut afectiva i sexual que desenvolupa l’Agència de Salut Pública de Catalunya. ➤ Coordinar-se amb els responsables de les diferents regions sanitàries i de l’Agència de Salut Pública de Catalunya per rebre de manera assídua les novetats en referència als programes, recursos i experiències dirigits a la població en general i a la població en situació de vulnerabilitat. ➤ Incorporar les novetats i els canvis necessaris en la plataforma de forma regular, que hagin facilitat els responsables de cada regió sanitària i de l’Agència de Salut Pública de Catalunya.
Acció 3.1/3	Fer-ne difusió entre els agents implicats de la plataforma telemàtica mitjançant campanyes informatives, tríptics, inclosa en la campanya de formació sobre el Pla d’accions per a la a promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva de les persones joves en situació de vulnerabilitat, accions específiques per difondre la plataforma, etc. ➤ Fer visible la plataforma tant a la pàgina web de l’Agència de Salut Pública de Catalunya com en aquelles webs que tenen enllaç amb la web del Departament.

	➤ Enviar missatges de correu massiu per difondre l'existència de la nova plataforma telemàtica a tots els agents i les institucions implicats.
--	--

Objectiu específic 3.2.

Crear estructures territorials sostenibles de coordinació entre els professionals dels diferents àmbits.

Accions	
Acció 3.2/1	Assignació de les tasques i funcions d'una figura de coordinador promotor de salut afectiva, sexual i reproductiva per a cada territori que dinamitzi i faci visible la coordinació entre els professionals. Les tasques i funcions de la figura de coordinador promotor de salut afectiva, sexual i reproductiva: ➤ Coordinar-se amb la persona responsable de la plataforma. ➤ Facilitar la informació dels programes, recursos i experiències existents a la regió sanitària a la qual pertany. ➤ Facilitar la informació dels nous programes, recursos i experiències a la regió sanitària a la qual pertany. ➤ Atendre de forma específica tots els programes, recursos i experiències que s'adrecin únicament i exclusivament a les persones joves en situació de vulnerabilitat. ➤ Donar informació per a l'avaluació de l'efectivitat d'aquest Pla d'acció.
Acció 3.2/2	Creació d'una comissió interdisciplinària de treball territorial entre les persones coordinadores de cada territori, derivada de la xarxa d'entitats, agents i serveis relacionats amb la promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva i amb altres agents socials per planificar les actuacions de l'any i facilitar el treball en xarxa. Tasques i funcions de la comissió interdisciplinària de treball territorial: ➤ Reunir-se cada trimestre per compartir informació i experiències en promoció de la salut afectiva i sexual de cadascun dels territoris i regions sanitàries que representen.

	➤ Acordar unes accions comunes als diferents territoris per promoure la salut afectiva i sexual per a les persones joves en situació de vulnerabilitat, la seva família i la comunitat. ➤ Garantir els recursos necessaris per afavorir el treball en xarxa dels diferents professionals, agents i institucions que intervenen en la promoció de la salut afectiva i sexual amb persones joves vulnerables. ➤ Informar l'Agència de Salut Pública de Catalunya dels acords i les decisions que es preveu dur a terme per a les persones joves vulnerables durant l'any, així com de les necessitats específiques i comunes, en relació amb la promoció afectiva sexual, de les diferents regions sanitàries i els àmbits territorials. ➤ Coordinar accions, experiències i programes formatius interterritorials. ➤ Facilitar l'accés (informant, convidant, etc.) a les activitats de formació per als professionals, agents sanitaris, socials, educatius i comunitaris que s'impulsen des de les diferents regions sanitàries per millorar la promoció de la salut afectiva sexual de les persones joves en situació de vulnerabilitat (garantir la possibilitat de participació independentment de la procedència territorial i disciplinària dels agents i professionals interessats). ➤ Consensuar al territori uns criteris i circuits d'actuació i de coordinació dels diferents professionals dels sectors d'educació i de salut, en relació amb les actuacions de promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva amb les persones joves vulnerables.
--	---

Objectiu específic 3.3

Incloure les xarxes informals i les persones joves en la planificació i el desenvolupament del treball en xarxa.

Accions	
Acció 3.3/1	Promocionar que totes les xarxes socials, educatives i sanitàries que generin projectes dirigits a les persones joves en situació de vulnerabilitat impliquin els joves i les famílies en la determinació de necessitats i la presa de decisions.

	Metodologia: ➤ Per augmentar l'efectivitat dels programes i les accions destinades a l'educació afectiva, sexual i reproductiva, s'hi ha de fer participar els protagonistes. Utilitzant les diferents plataformes municipals de participació de les persones joves, es pot fomentar un mecanisme per recollir-ne les prioritats i les propostes. Als municipis en què no existeixi encara aquesta plataforma (que preveu la Llei 14/2010, de drets i oportunitats en la infància i l'adolescència) la persona coordinadora del territori haurà de generar un grup <i>ad hoc</i> per recollir aquesta informació. ➤ Les persones coordinadores de cada territori seran les encarregades de promocionar aquestes xarxes socials, beques per a projectes o altres ajuts per a la formació de les persones joves i les famílies en situació de vulnerabilitat com a promotores de salut afectiva i sexual en la comunitat. Les convocatòries de les beques per a projectes o ajuts han de ser difoses i arribar a la població en situació de vulnerabilitat. Per això, la comissió interdisciplinària ha de tenir present amb previsió l'elaboració d'una campanya específica de difusió d'aquests ajuts, així com la possibilitat de crear xarxes socials per promoure l'educació afectiva sexual que preveu l'eix número 1. (Messenger, Facebook, etc.).
Acció 3.3/2	Donar suport a les accions socials dirigides a reduir els determinants socials de la salut sexual i reproductiva: programes d'inserció educativa i sociolaboral: ➤ La comissió interdisciplinària amb el suport i la coordinació de l'Agència de Salut Pública de Catalunya amb altres departaments, com el d'Educació i d'Acció Social i Ciutadania, han de garantir mesures per reduir l'absentisme educatiu i la inserció laboral amb les persones joves i les famílies en situació de vulnerabilitat, ja que són determinants socials que tenen, segons els estudis, un impacte important en la reducció dels embarassos d'adolescents en població vulnerable. D'altra banda, garantir l'escolarització de les persones joves en situació de vulnerabilitat permetrà que puguin accedir a altres accions i programes en educació afectiva sexual com, per exemple, el programa "Salut i escola".

Conèixer recursos

Mapa de recursos

EIX 4 OPTIMITZACIÓ I ADEQUACIÓ DE RECURSOS

Anàlisi d'ofertes, horaris...

Adaptació lingüística

Ampliació cobertura

Programes dinàmics

Audiovisuals

Adequar recursos

Crear nous recursos

5. EIX 4. OPTIMITZACIÓ I ADEQUACIÓ DE RECURSOS

Aquest eix estratègic té com a finalitat promoure el coneixement i l'adequació de tots els recursos existents entre els professionals i les persones joves per tal d'utilitzar-los, juntament amb la creació de nous recursos o serveis adequats a les necessitats de les persones joves en situació de vulnerabilitat.

S'ha evidenciat que hi ha recursos i serveis dirigits a aquest col·lectiu amb aquesta finalitat, però manca una visualització i organització que en permeti la utilització i la difusió. També és cert que no totes les barreres detectades es relacionen de manera directa amb la desconexió de l'existència d'aquests, ja que a vegades hi ha barreres d'accessibilitat, barreres d'adaptabilitat de recursos al col·lectiu destinat o absència de recurs que donen resposta a les necessitats específiques d'aquests. Per aquest motiu, també s'ha vist que seria important actualitzar les polítiques públiques a més d'introduir nous serveis i recursos.

Les persones joves que viuen en situació de vulnerabilitat poden tenir factors personals o relacionals que incrementin els efectes negatius de la situació de risc. Hi ha recursos materials (mètodes contraceptius), estructurals (associacions, entitats, etc.), didàctics (programes, audiovisuals, etc.) destinats a la promoció de la salut afectiva i sexual i a la disminució de riscos associats als embarassos d'adolescents i a les infeccions de transmissió sexual. El problema dels professionals i dels mateixos joves és, a vegades, el fet de no disposar de tots els coneixements d'aquests recursos per la dispersió o la singularitat d'aquests.

En altres ocasions, tot i que el recurs és conegut, poden haver-hi aspectes que no es comprenquin o que no s'adaptin a les necessitats de la persona. Per tant, els recursos de promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva han de tenir present les característiques específiques de les persones i adaptar-s'hi, si volen ser eficaços i garantir així una cobertura total i real a tota la població.

Un altre aspecte que cal destacar és que fins al moment s'ha fet responsable de la promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva el col·lectiu sanitari i escolar i, avui en dia, cal millorar aquests àmbits i ampliar aquesta visió fent-ne responsables tots els

agents socials i les famílies. D'altra banda, cal motivar i incentivar les persones joves en noves metodologies i recursos que els permetin més interacció i participació.

5.1. Objectiu general

Definir els suports, recursos i protocols necessaris per promoure la salut afectiva, sexual i reproductiva de joves en situació de vulnerabilitat.

Objectiu específic 4.1

Conèixer els recursos existents relacionats amb la promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva per a joves en situació de vulnerabilitat.

Accions	
Acció 4.1/1	Elaboració del mapa de recursos adaptat a professionals que treballen amb joves en situació de vulnerabilitat i als joves. Continguts: ➤ Relació dels serveis i programes per promoure la salut sexual i reproductiva. ➤ Relació de les institucions/associacions que ofereixen formació, assessorament i atenció directa. ➤ Materials informatius i didàctics sobre sexualitat Criteris metodològics per al disseny del mapa de recursos: ➤ Coneixement de les necessitats relacionades amb la promoció de la salut afectiva i sexual tant dels joves com dels professionals que treballen amb el col·lectiu per tal d'adaptar el mapa de recursos a la realitat pràctica dels usuaris. ➤ Disseny de l'estructura d'un mapa de recursos per a la plataforma telemàtica que faciliti l'accessibilitat en l'àmbit comunitari (accés per a joves, professionals i comunitat diferenciats).

	➤ Plantejament d'actualitzacions regulars del mapa de recursos.
Acció 4.1/2	Difusió comunitària del mapa de recursos per promoure la participació d'agents socials, educatius, sanitaris i dels joves. Continguts: ➤ Relació dels serveis i els programes per promoure la salut sexual i reproductiva. ➤ Relació de les institucions/associacions que ofereixen formació, assessorament i atenció directa. ➤ Materials informatius i didàctics sobre la sexualitat Criteris metodològics per a la difusió del mapa de recursos: ➤ Juntament amb la ubicació a la plataforma telemàtica, elaboració de material divulgatiu del mapa de recursos com tríptics, calendaris, punts de llibre, etc. (amb la formació d'agents socials, educatius, sanitaris...). ➤ Utilització de les comissions territorials per promoure el coneixement i el bon ús del mapa de recursos entre els professionals implicats. ➤ Difusió comunitària del mapa de recursos <i>per promoure la participació d'agents socials, educatius, sanitaris i dels mateixos joves.</i>

Objectiu específic 4.2

Adequar els recursos i els serveis institucionals existents relacionats amb la promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva a les demandes dels joves en situació de vulnerabilitat.

Accions	
Acció 4.2/1	Anàlisi i adequació de les ofertes de recursos i serveis a les noves necessitats dels joves.
Continguts: ➤ Adequació dels horaris, les estructures i els serveis d'acord amb les necessitats detectades. ➤ Adaptació lingüística i cultural dels recursos. ➤ Ampliació de la cobertura dels programes d'educació afectiva i sexual als centres de lleure existents a cada barri. Metodologia: ➤ Enquestes a la població jove ➤ Enquestes als professionals ➤ Reunions i grups de treball amb responsables dels serveis ➤ Elaboració de protocols	

Objectiu específic 4.3

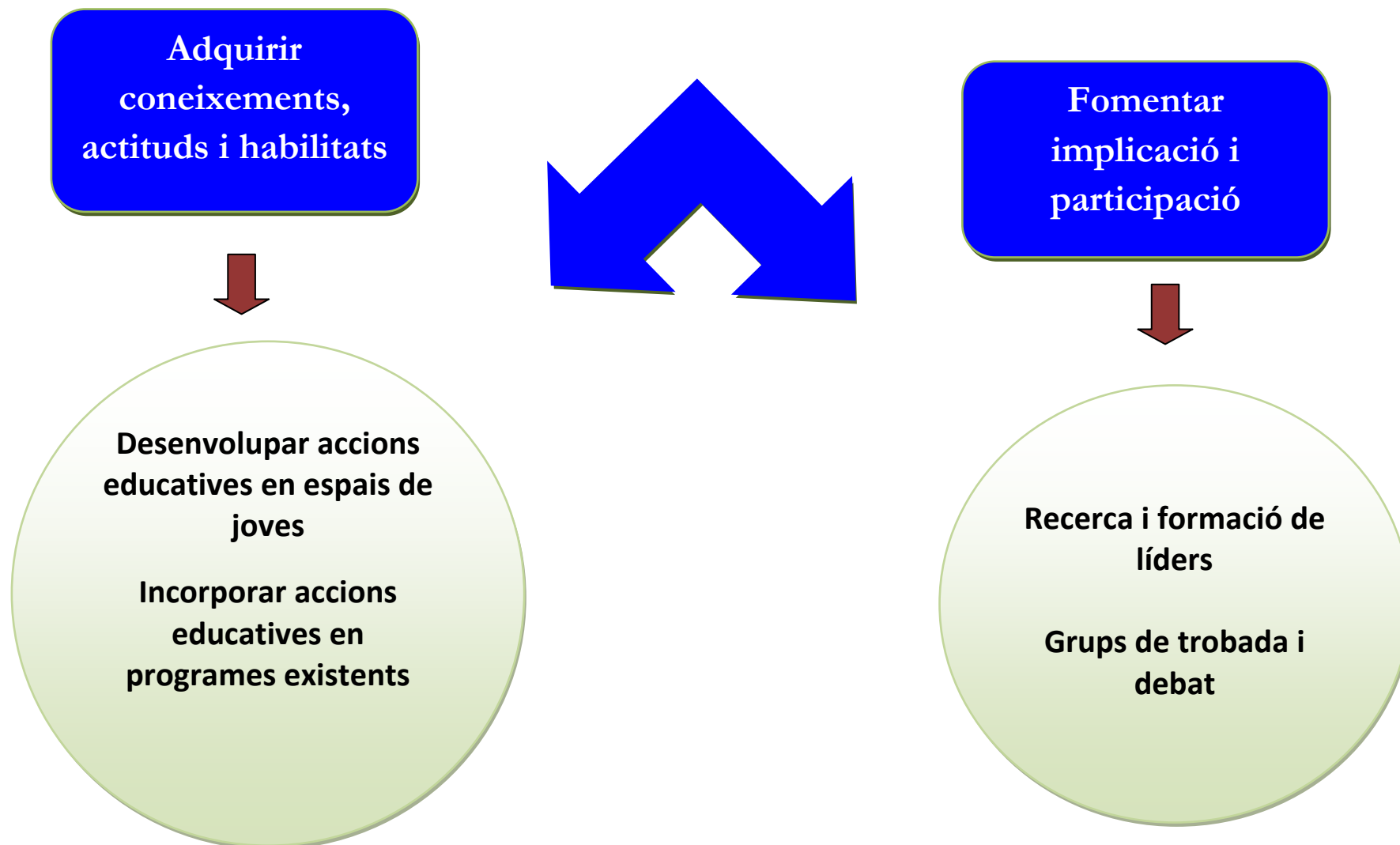
Crear recursos didàctics nous per promoure la salut afectiva, sexual i reproductiva que donin resposta a les necessitats identificades del col·lectiu de joves en situació de vulnerabilitat.

Accions	
Acció 4.3/1	Elaboració de programes dinàmics adaptats a cada territori on els joves vulnerables sentin que formen part de l'acció educativa, que són agents actius i no passius. Continguts: ➤ La maternitat i la paternitat adolescents; limitacions i prejudicis associats a la maternitat precoç

	➤ Les relacions de parella com a relacions de creixement ➤ La contracepció ➤ Valors propis de l'adolescència ➤ L'equitat de gènere i la igualtat d'oportunitats ➤ Els drets sexuals ➤ Projectes de futurs Criteris metodològics per elaborar programes i recursos dinàmics adaptats al territori: ➤ Respondre a les necessitats actuals dels joves. ➤ Consolidar espais de debat comuns entre joves i professionals de cada barri per adequar els recursos. ➤ Treballar a partir d'estratègies grupals de formació de joves i de participació dels iguals. ➤ Integrar les noves tecnologies en el disseny de recursos didàctics per tal de despertar l'interès dels joves.
Acció 4.3/2	Realització d'audiovisuals destinats a la prevenció d'embarassos i d'infeccions de transmissió sexual amb testimonis adaptats a les edats i la cultura del col·lectiu. Continguts: ➤ La maternitat i la paternitat adolescents; limitacions i prejudicis associats a la maternitat precoç. ➤ Les relacions de parella com a relacions de creixement ➤ La contracepció ➤ Valors propis de l'adolescència ➤ L'equitat de gènere i la igualtat d'oportunitats ➤ Els drets sexuals ➤ Projectes de futurs Criteris metodològics per elaborar audiovisuals: ➤ Treball coordinat entre professionals d'audiovisuals, tècnics dels diferents àmbits sanitaris, educatius, socials i joves. ➤ Inclusió de testimonis de joves que aportin les seves experiències sobre la maternitat i la paternitat adolescents.

	➤ Inclusió de testimonis de diferents edats, cultures i orientacions sexuals. ➤ Llenguatge (escrit, verbal i imatge) que incorpori els interessos i l'estètica de la població diana per tal de facilitar la connexió amb el grup destinatari. ➤ Inclusió de la diversitat cultural, lingüística, de gènere i d'orientació sexual.
--	---

EIX 5 INTERVENCIÓ AMB JOVES EN SITUACIÓ DE VULNERABILITAT



6. EIX 5. INTERVENCIÓ AMB JOVES EN SITUACIÓ DE VULNERABILITAT

La intervenció amb persones joves requereix pautes que facilitin el procés d'ensenyament i aprenentatge. En aquest sentit, les accions també han de ser pertinents, factibles i efectives, per això, és necessari que s'adeqüin a les necessitats i realitats específiques.

Les accions específiques dirigides a les persones joves en situació de vulnerabilitat han d'anar encaminades a proveir educació, assessorament i suport. El conjunt d'institucions i serveis educatius, sanitaris i socials han de vetllar pel desenvolupament integral, la qual cosa implica també tenir present la salut sexual i reproductiva. Per millorar la salut sexual i reproductiva, la intervenció s'ha de garantir a dos nivells diferents, però complementaris: un primer nivell, per assegurar el desenvolupament personal i afectiu de la persona jove (autoestima, autoconcepte, habilitats de negociació, etc.) i l'adaptació social (integració escolar, inserció laboral, construcció del projecte de vida, desenvolupament de valors com la responsabilitat, el respecte, l'honestat, etc.); i un segon nivell, per consolidar competències relacionades directament amb els continguts propis de salut sexual i reproductiva (mètodes anticonceptius, infeccions de transmissió sexual, embarassos, etc.).

S'hauria de valorar i avaluar si totes les accions són útils per a la convivència i la salut, i fomentar el respecte a la diversitat d'opcions, orientacions i decisions individuals que es prenguin relacionades amb la sexualitat i la reproducció. Les intervencions grupals són un dels recursos més importants per a l'educació de les persones joves.

6.1. Objectiu general

Promoure accions educatives per assegurar el desenvolupament personal i afectiu, l'adaptació social i les competències adequades per una sexualitat saludable.

Objectius específics 5.1

Adquirir coneixements, actituds i habilitats per al desenvolupament d'una salut sexual i reproductiva.

Accions	
Acció 5.1/1	Desenvolupament d'accions educatives en els espais propers de les persones joves sobre els continguts que es relacionen a continuació. Continguts: En conjunt, les accions educatives han d'incloure continguts relacionats amb les dimensions següents: Aspectes conceptuals relacionats amb la sexualitat positiva. Abans d'incidir en les diferents temàtiques específiques respecte a la sexualitat és fonamental aclarir el concepte de sexualitat, per tal que els joves la visquin d'una manera global com una part del desenvolupament com a persona que té a veure amb les relacions, amb l'afectivitat, amb els sentiments, amb el plaer, amb l'autoimatge, i evitin una visió relacionada amb el risc. Aquest enfocament contribuirà a desmitificar i a evitar els sentiments de culpa i de vergonya que, moltes vegades, són conseqüència d'experiències viscudes en contextos desfavorits. L'autoconeixement i l'autoestima. El cos, la imatge corporal i l'autoestima. Coneixement del cos i d'un mateix. Durant l'etapa de l'adolescència és tan important treballar la percepció que tenen de si mateixos com la percepció que tenen de com els veuen els altres; cal fer incidència en el tema de la imatge corporal, dels valors, etc. Relacions interpersonals. Es refereixen a les relacions entre iguals, a les relacions intergeneracionals. És necessari donar eines per millorar la comunicació i la negociació evitant situacions de conflicte. Les relacions de gènere. S'han de fomentar especialment entre joves les relacions de respecte i d'igualtat entre gèneres fent èmfasi en els tòpics i mites que hi ha a la societat respecte a aquesta qüestió. Treballar per evitar les desigualtats entre homes i dones té un component preventiu respecte a la violència de gènere. L'orientació sexual. Els joves han de ser conscients de la diversitat d'opcions respecte a la sexualitat i entendre-la com un aspecte positiu de

	les relacions amb els altres. Es treballarà cap a l'acceptació de la identitat sexual, se'ls ajudarà perquè la visquin amb naturalitat i se'ls facilitaran les eines perquè la puguin exterioritzar, si així ho volen. Al mateix temps, cal fomentar el respecte i la no-discriminació d'altres orientacions sexuals, tant en els nois com en les noies. L'afectivitat. La comprensió de l'afecte i l'amor és necessària en les relacions entre joves per al seu desenvolupament com a persones. Els joves en situació de vulnerabilitat intenten compensar, molt freqüentment, les carències afectives amb relacions de parella basades en l'amor romàntic i la dependència. Cal treballar l'afectivitat des d'una perspectiva que impliqui el respecte a la individualitat i a les decisions pròpies. La presa de decisions. S'haurà de preparar els joves perquè prenguin decisions autònomes i responsables en relació amb la sexualitat. És important desenvolupar en els joves capacitats d'assertivitat per fer front a les pressions socials i dels iguals, tant pel que fa a l'inici de la primera relació sexual com a les relacions coitals, l'ús del preservatiu, etc. La prevenció d'embarassos no planificats i de les ITS. És important que els joves sàpiguen identificar quan una relació sexual comporta riscos per a la salut. Cal que coneguin els mètodes anticonceptius segurs i la utilització més adequada, i que se n'afavoreixi un ús responsable. També és important que sàpiguen diferenciar entre els anticonceptius i els mètodes per a la prevenció d'ITS. Així mateix, es fomentarà les relacions sexuals no coitals com una altra forma de sexualitat. Un altre aspecte que cal tractar és la reflexió al voltant de les possibles repercussions d'un embaràs no desitjat i les decisions que es poden prendre atesa aquesta situació (interrupció voluntària de l'embaràs, continuïtat, accés a recursos...). Respecte a les ITS, és necessari que coneguin les més freqüents, la manera d'identificar-les, la gravetat d'algunes i la importància que té la prevenció i el diagnòstic i el tractament al més aviat possible de totes les parelles sexuals. Metodologia: ➤ S'iniciaran sempre amb una activitat que permeti identificar els interessos i les necessitats i preocupacions sobre la temàtica del taller per adaptar-lo al grup (preguntes inicials, pluja d'idees, etc.). ➤ La metodologia dels tallers ha de ser participativa.
--	--

	➤ Cal treballar a partir de situacions properes a les vivències dels joves. ➤ Han de proporcionar informació, però sobretot oferir espais de debat perquè tinguin l'oportunitat d'expressar i intercanviar les seves experiències i opinions al voltant de les temàtiques tractades, sempre respectant la privacitat. ➤ La dinàmica dels tallers ha de ser atractiva i motivadora. ➤ Els missatges que es transmetin en els diferents tallers han de ser positius i han de fer èmfasi en aquelles actituds o conductes que poden repercutir en unes pràctiques sexuals saludables. ➤ Cal garantir la continuïtat de les accions i el manteniment de la integritat del desenvolupament dels programes. Les propostes han d'incloure diferents incentius (possibilitar-los la formació com a agents de salut; implicar-los en el disseny de díptics i cartells premiant la creativitat a partir d'un concurs, etc.) per als joves per tal de motivar la participació activa de manera continuada en tot el procés i evitar-ne la deserció.
Acció 5.1/2	Incorporació de les accions educatives dins els programes existents, com per exemple: ➤ Programa "Salut i escola". Introduir de manera regulada el desenvolupament de tallers grupals conjuntament entre professorat del centre educatiu i professionals de salut, coordinats amb els que s'ofereixen als centres de salut, tardes joves, etc. Ampliar aquest programa a l'educació primària, en una primera fase al cicle superior i progressivament als altres cicles. ➤ Pla de salut als barris. Introduir dins el catàleg de productes els tallers grupals sobre salut sexual i reproductiva subvencionats. ➤ Centres d'oci i esportius. Aquests serveis representen una oportunitat per generar espais de debat. Caldrà planificar per trimestres les sessions de debat i implicar-hi els joves en l'organització i la difusió.

Objectiu específic. 5.2

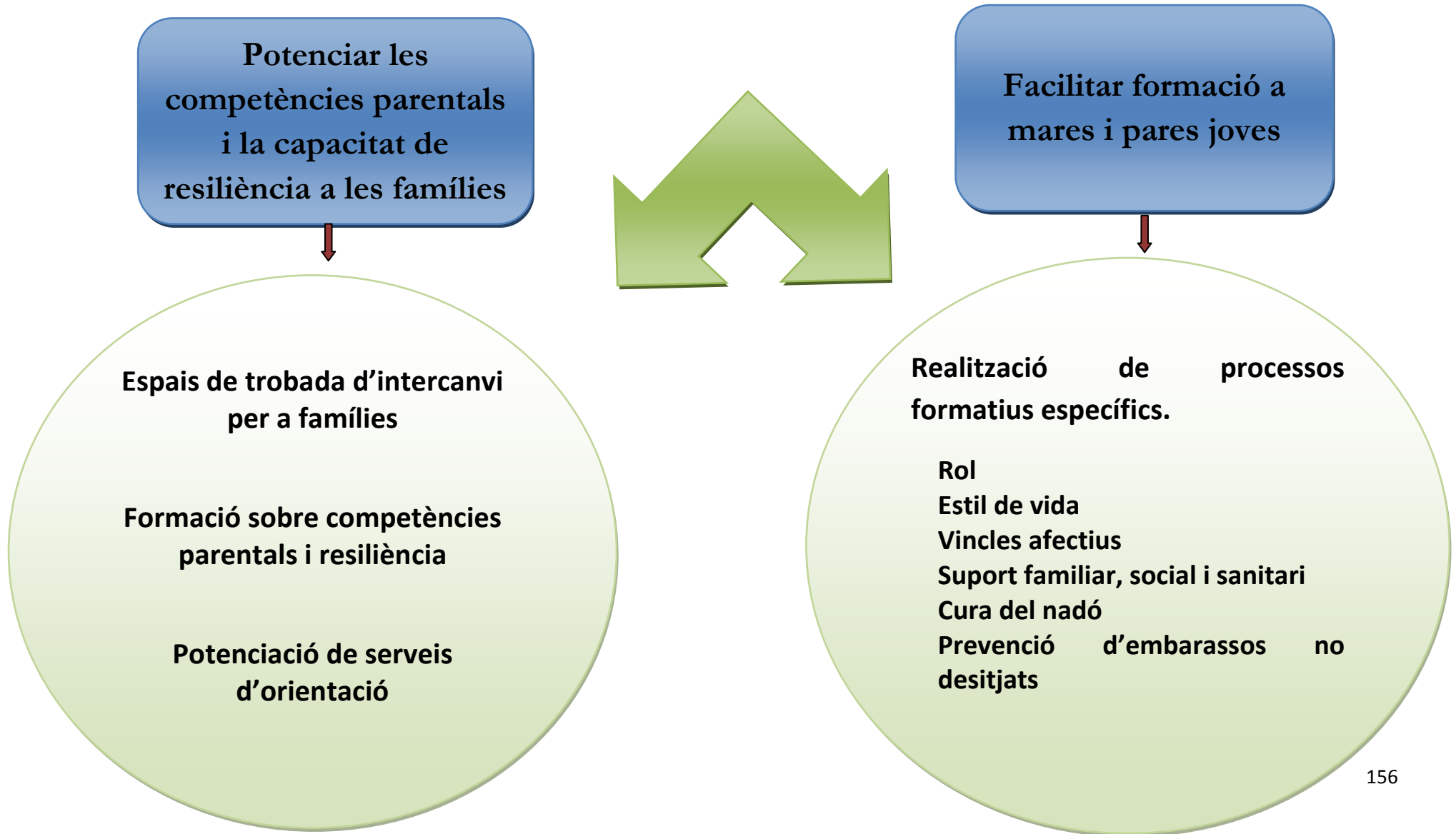
Fomentar la implicació i participació dels joves en el desenvolupament de les accions formatives.

Accions	
Acció 5.2/1	Identificació i formació de persones líders joves per realitzar la tasca d'educació entre iguals. ➤ Els professionals podran seleccionar els líders a partir d'alguns dels criteris següents: capacitat de comunicació i relació, carisma, capacitat d'innovació i responsabilitat. ➤ Es proposaran cursos de formació per preparar aquests joves.
Acció 5.2/2	Creació de grups de debat i participació dins els espais de trobada de les persones joves (centres esportius, centres d'oci, etc.) i a través de les eines tecnològiques (Facebook, blocs, etc.).
Metodologia: ➤ És important que les persones joves immigrants participin en els mateixos tallers que els joves autòctons. Tot i així, presenten unes necessitats específiques basades en la cultura d'origen; per aquest, motiu caldrà oferir-los informació, recursos i serveis adaptats a les seves necessitats. ➤ A causa de la diferència del tractament de gènere en les diferents cultures, caldrà oferir espais específics per a noies, per a nois, a més d'altres de mixtos, per tal d'abordar les temàtiques en un clima de més confiança, expressivitat i seguretat. ➤ Els tallers específics s'oferiran als espais on es reuneixen habitualment aquestes persones joves, com els espais comunitaris, i a les associacions, integrats dins d'altres activitats educatives o lúdiques dirigides a aquests col·lectius. ➤ Caldrà preveure la figura de jove mediador o mediadora per tal d'afavorir la transmissió de missatges en els codis lingüístics, culturals i de joventut adequats al grup. Un cop seleccionada aquesta persona se li oferirà la formació corresponent a les tasques que s'han de desenvolupar. ➤ És important que les persones joves que viuen en un CRAE utilitzin els recursos del barri. Tot i així, és necessari que el CRAE: • Incorpori en el seu projecte de centre un programa d'educació afectiva i sexual. • S'utilitzi en forma de tallers grupals dins d'espais de tutoria o espais de trobada	

segons la idiosincràsia de cada centre.

- Designi un educador o educadora que assumeixi la coordinació d'aquest programa i garanteixi el treball intern al centre i la participació en les activitats que ofereix la comunitat en matèria de sexualitat de manera complementària.

EIX 6 INTERVENCIÓ FAMILIAR



7. EIX 6. LA INTERVENCIÓ FAMILIAR

La família és un agent educatiu clau en la infància i l'adolescència. És necessària una acció conjunta entre els diferents agents formatius per aconseguir un desenvolupament integral de les persones.

L'estructura familiar, les relacions intrafamiliars, la comunicació, les expectatives parentals, el suport i l'acompanyament dels menors són elements determinants en el seu desenvolupament. Hi ha evidència que la intervenció familiar és efectiva en la promoció de la salut sexual i reproductiva. Cal tenir en compte que molts pares i mares ignoren que els seus fills i filles ja han iniciat activitats sexuals.

La intervenció familiar ha de tenir en compte el respecte a la diversitat cultural i la perspectiva de gènere, ja que són elements que poden influir en la percepció de la sexualitat.

S'ha pogut observar que les persones joves inclouen la família entre les principals fonts d'informació fiables sobre aspectes de salut sexual i reproductiva i molts voldrien poder dialogar-hi de manera més fluida i normalitzada. Cal fomentar actituds d'escolta i de respecte entre les diferències intergeneracionals, així com potenciar habilitats de comunicació, diàleg i negociació per millorar les relacions familiars.

Les accions dirigides a les famílies pretenen que s'impliquin en l'educació dels fills i filles respecte a la sexualitat i es coresponsabilitzin amb altres instàncies educatives, com l'escola, els recursos socials i els serveis sanitaris de la comunitat.

S'han d'orientar a l'adquisició d'eines que els facilitin la comprensió de les diferents preocupacions, necessitats i situacions que es puguin donar en els fills i filles en relació amb la salut afectiva, sexual i reproductiva, per afavorir la prevenció de situacions conflictives.

Afavorir el desenvolupament de les competències parentals i la resiliència en les famílies d'adolescents en situació de vulnerabilitat pot contribuir que es desenvolupin de manera saludable.

7.1. Objectiu general

Promoure la coresponsabilitat familiar en l'educació afectiva i sexual de les famílies en situació de vulnerabilitat.

Objectiu específic 6.1

Potenciar les competències parentals i la capacitat de resiliència a les famílies de les persones joves.

Accions	
Acció 6.1/1	Promoció d'espais de trobada i d'intercanvi per a les famílies en els diferents espais comunitaris atesa la diversitat cultural. Es tracta d'oferir espais familiars de formació i d'intercanvi en què les famílies puguin compartir i expressar les seves experiències, al mateix temps que incrementin les seves potencialitats en l'educació dels seus fills i filles.
Acció 6.1/2	Realització d'activitats formatives sobre les competències parentals i potenciació de la resiliència. Objectius que cal aconseguir amb les famílies: ➤ Entendre la sexualitat des d'una visió positiva. ➤ Reflexionar sobre la percepció de la sexualitat a l'adolescència. ➤ Conèixer els hàbits sexuals dels adolescents. ➤ Conèixer les necessitats dels adolescents en salut sexual i reproductiva. ➤ Conèixer els recursos d'atenció, formatius i d'orientació per a les famílies i per als adolescents. ➤ Adoptar actituds de respecte als drets a la intimitat i a la privacitat. ➤ Adquirir estratègies per establir relacions de confiança, diàleg i negociació. Continguts que cal desenvolupar en les accions formatives amb les famílies: Concepte positiu de sexualitat. És important clarificar el concepte de sexualitat amb les famílies, incidint en la importància de considerar-lo des

	d'una vessant positiva relacionada amb l'afectivitat, els sentiments, el plaer, sense treure importància a la prevenció de conductes de risc. Caldrà fer èmfasi en el paper dels pares i mares en l'educació dels fills i filles en relació amb la sexualitat, i en la creació de relacions intrafamiliars basades en el diàleg, que permetin augmentar la confiança entre els membres de la família i la responsabilitat en les conductes dels joves respecte a la sexualitat. Les relacions intrafamiliars. Les relacions entre pares, mares i fills o filles han d'estar basades en l'afectivitat, la comunicació i la negociació. Cal incidir en les famílies respecte a la necessitat de facilitar el diàleg amb els fills, aprofitant els moments que es donen en la vida quotidiana. Caldrà oferir estratègies de comunicació i per a la resolució positiva de conflictes. Al mateix temps, hauran de conèixer els drets i les responsabilitats que han d'anar adquirint els fills i filles seguint els processos de maduració i hauran de comprendre la importància d'anar atorgant autonomia en les decisions. Les famílies hauran de conèixer el marc legal respecte a la salut sexual i reproductiva dels adolescents i ajudar-los a interpretar-lo. L'orientació sexual dels fills i filles. És important que les famílies adoptin actituds de respecte vers la diversitat sexual tant dels seus fills i filles com dels altres. Aquest fet facilitarà que els joves visquin positivament aquest fet i desenvolupin la seva identitat de forma normalitzada, sense sentir-se discriminats ni adoptar actituds de discriminació cap als seus iguals per aquest motiu. La transmissió de valors d'igualtat i de respecte. Caldrà treballar el paper que tenen les famílies en la transmissió de valors relacionats amb la sexualitat. Les vivències familiars representen un model per als fills i filles. Els fills i filles incorporen els valors mitjançant les vivències i els models familiars. L'adopció d'actituds de respecte i vers les relacions de gènere igualitàries depèn de l'educació rebuda en el si de la família i són de gran importància en la prevenció de conductes basades en la violència. La prevenció d'embarassos i d'ITS. Cal que les famílies coneguin els hàbits sexuals dels joves i la importància de seguir un estil educatiu que estableixi i mantingui normes i límits. Cal que les famílies comprenguin el significat d'aquesta etapa de maduració i els canvis que representa en
--	---

	relació amb la sexualitat. Han de prestar especial atenció als fets que envolten la vida dels fills i filles, per identificar possibles situacions o conductes de risc, i també per potenciar els factor de protecció per prevenir embarassos i ITS. Cal destacar la importància de donar suport en el desenvolupament dels projectes de vida dels joves i en el seguiment dels processos educatius. D'altra banda, caldrà treballar en els pares i mares la importància de donar suport en el cas d'embaràs inesperat per facilitar el diàleg i acompanyar en la presa de decisions, fomentant la resiliència de manera positiva amb tenacitat i força. Metodologia: Per abordar les diferents temàtiques amb les famílies s'oferiran accions formatives en els diferents espais (centres educatius, centres de salut i associacions). Cada espai oferirà activitats per treballar temàtiques diferents segon la seva especificitat de forma coordinada, de manera que en conjunt donin resposta a les necessitats de les famílies. En els centres educatius s'oferiran activitats dirigides a les famílies des del programa "Salut i escola". El professional de la salut encarregat del programa a cada centre educatiu planificarà i coordinarà les sessions atenent les necessitats de les famílies i tenint en compte les manifestacions del professorat i de les associacions de mares i pares d'alumnes (AMPA). ➤ Les activitats s'oferiran en forma de tallers amb metodologies grupals en horaris extraescolars. En els mateixos tallers es facilitarà material informatiu (díptics o guies), adaptat culturalment, segons les famílies participants. ➤ Els diferents serveis comunitaris i els centres de salut del territori hauran de fer difusió de les activitats. ➤ És important incorporar incentius per a les famílies que en garanteixin la participació i la continuïtat (entrades per activitats culturals, berenars de cloenda, tríptics, guies didàctiques, etc.). ➤ Aquestes activitats han de representar espais de trobada que
--	--

	facilitin les relacions entre famílies d'un mateix barri. Als centres d'atenció primària (CAP) s'oferirà informació sobre les activitats del programa "Salut i escola" a través dels serveis de pediatria i dels PASSIR. Des de les associacions d'immigrants es treballarà amb les famílies els aspectes específics mitjançant activitats formatives (jornades, tallers) amb recursos adaptats.
Acció 6.1/3	Potenciació dels serveis d'orientació familiar Per donar resposta a les necessitats i demandes específiques s'oferiran serveis d'orientació familiar als quals les famílies puguin accedir lliurement per consultar i rebre assessorament sobre aspectes relacionats amb els seus fills i filles. S'ubicaran en els serveis següents: Als CAP – PASSIR amb horari definit Als IES - Programa "Salut i escola" amb horari concertat Aspectes que s'han de tenir en compte en els serveis d'orientació familiar ➤ Se n'informarà en els diferents serveis comunitaris. ➤ En el cas d'atenció a famílies immigrants, es comptarà amb un mediador o mediadora. ➤ Els professionals dels CAP o dels centres educatius informaran d'aquest servei a les famílies a les quals considerin que els pot ser d'ajut.

Objectiu específic 6.2

Facilitar formació a les mares i pares joves per prevenir nous embarassos no desitjats, assumir la responsabilitat que representa la maternitat i la paternitat, i potenciar la resiliència.

Accions	
Acció 6.2/1	Realització d'activitats formatives específiques sobre les temàtiques següents: ➤ El rol de la paternitat i la maternitat ➤ Els canvis en els estils de vida ➤ Els vincles afectius ➤ El suport familiar, social i sanitari ➤ La cura del nadó ➤ La prevenció d'embarassos no desitjats. Metodologia: S'aplicaran els mateixos criteris metodològics que en el treball amb joves. Els programes educatius dirigits a joves que es desenvoluparan en els CRAE de mares adolescents inclouran tallers generals dels altres CRAE i tallers sobre els continguts específics. Aquests han de permetre enfortir les capacitats per resoldre les pròpies necessitats i fomentar l'autoconfiança, alhora que potenciïn la resiliència familiar.

PLANIFICACIÓ

EIX 1. PROMOCIÓ I SENSIBILITZACIÓ					
OBJECTIU GENERAL	Sensibilitzar la societat i, de manera específica, la joventut en situació de vulnerabilitat per fomentar una visió de la salut sexual i reproductiva des d'una visió positiva, basada en la responsabilitat, els drets sexuals i l'equitat de gènere.				
		ACCIONS	1r any	2n any	3r any
OBJECTIU ESPECÍFIC 1.1	Potenciar actituds que fomentin una visió positiva de la salut sexual i reproductiva i dels drets sexuals.	Acció 1.1/1			
		Acció 1.1/2			
OBJECTIU ESPECÍFIC 1.2	Sensibilitzar sobre la importància d'incloure l'educació afectiva, sexual i reproductiva en els diferents àmbits implicats (col·lectius professionals sanitaris, socials, d'educació social i professorat).	Acció 1.2/1			
		Acció 1.2/2			
OBJECTIU ESPECÍFIC 1.3	Promoure l'equitat de gènere en les relacions de parella.	Acció 1.3/1			
OBJECTIU ESPECÍFIC 1.4	Garantir que els continguts de sèries de televisió i publicitat siguin apropiats per a l'edat de l'audiència	Acció 1.4/1			
		Acció 1.4/2			

EIX 2. FORMACIÓ DELS PROFESSIONALS					
OBJECTIU GENERAL	Impulsar la formació de professionals i agents del context sanitari, socioeducatiu, educatiu i comunitari per consolidar el pla d'acció per promocionar la salut afectiva, sexual i reproductiva i millorar la qualitat d'atenció.				
		ACCIONS	1r any	2n any	3r any
OBJECTIU ESPECÍFIC 2.1	Adquirir coneixements, actituds i habilitats sobre la promoció de la salut afectiva i sexual dels adolescents en situació de vulnerabilitat.	Acció 2.1/1			
		Acció 2.1/2			
		Acció 2.1/3			
		Acció 2.1/4			
OBJECTIU ESPECÍFIC 2.2	Fomentar la integració de les tecnologies emergents i els processos d'avaluació com a estratègies d'ensenyament i aprenentatge en la intervenció amb persones joves vulnerables.	Acció 2.2/1			
		Acció 2.2/2			

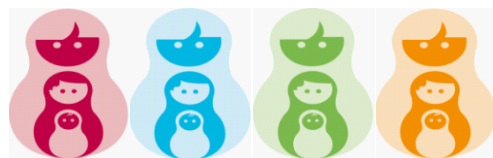
EIX 3. TREBALL EN XARXA I PROMOCIÓ DE LES XARXES SOCIALS					
OBJECTIU GENERAL	Desenvolupar un treball en xarxa i promocionar les xarxes socials que permetin l'intercanvi d'experiències i l'aprofitament de les sinergies de les diverses institucions implicades.				
		ACCIONS	1r any	2n any	3r any
OBJECTIU ESPECÍFIC 3.1	Donar a conèixer els programes, els recursos i les experiències sobre la salut i l'educació afectiva, sexual i reproductiva que existeixen arreu de Catalunya per permetre una visió general i també una visió per regions sanitàries.	Acció 3.1/1			
		Acció 3.1/2			
		Acció 3.1./3			
OBJECTIU ESPECÍFIC 3.2	Crear estructures territorials sostenibles de coordinació entre els professionals dels diferents àmbits.	Acció 3.2/1			
		Acció 3.2/2			
OBJECTIU ESPECÍFIC 3.3	Incloure les xarxes informals i les persones joves en la planificació i el desenvolupament del treball en xarxa	Acció 3.3/1			
		Acció 3.3/2			

EIX 4. OPTIMITZACIÓ I ADEQUACIÓ DE RECURSOS					
OBJECTIU GENERAL	Definir els suports, els recursos i els protocols necessaris per promocionar la salut afectiva, sexual i reproductiva de joves en situació de vulnerabilitat.				
		ACCIONS	1r any	2n any	3r any
OBJECTIU ESPECÍFIC 4.1	Conèixer els recursos existents relacionats amb la promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva per a joves en situació de vulnerabilitat.	Acció 4.1/1			
		Acció 4.1/2			
OBJECTIU ESPECÍFIC 4.2	Adequar els recursos i els serveis institucionals existents relacionats amb la promoció de la salut afectiva, sexual i reproductiva a les demandes dels joves en situació de vulnerabilitat.	Acció 4.2/1			
OBJECTIU 4.3	Crear recursos didàctics nous per promocionar la salut afectiva, sexual i reproductiva que donin resposta a les necessitats identificades del col·lectiu de joves en situació de vulnerabilitat.	Acció 4.3/1			
		Acció 4.3/2			

EIX 5. INTERVENCIÓ AMB JOVES EN SITUACIÓ DE VULNERABILITAT					
OBJECTIU GENERAL	Promoure accions educatives per assegurar el desenvolupament personal i afectiu, l'adaptació social i les competències adequades per una sexualitat saludable.				
		ACCIONS	1r any	2n any	3r any
OBJECTIU ESPECÍFIC 5.1	Adquirir coneixements, actituds i habilitats per al desenvolupament d'una salut sexual i reproductiva.	Acció 5.1/1			
		Acció 5.1/2			
OBJECTIU ESPECÍFIC 5.2	Fomentar la implicació i la participació dels joves en el desenvolupament de les accions formatives.	Acció 5.2/1			
		Acció 5.2/2			

EIX 6. INTERVENCIÓ FAMILIAR					
OBJECTIU GENERAL	Promoure la coresponsabilitat familiar en l'educació afectiva i sexual de les famílies en situació de vulnerabilitat.				
		ACCIONS	1r any	2n any	3r any
OBJECTIU ESPECÍFIC 6.1	Potenciar les competències parentals i la capacitat de resiliència en les famílies de les persones joves.	Acció 6.1/1			
		Acció 6.1/2			
		Acció 6.1/3			
OBJECTIU ESPECÍFIC 6.2	Facilitar la formació a les mares i pares joves per prevenir nous embarassos no desitjats i assumir la responsabilitat que representa la maternitat i la paternitat, alhora que es potencia la resiliència.	Acció 6.2/1			

Programa de salut maternoinfantil



<http://canalsalut.gencat.cat>