

¿Qué atención sanitaria en materia de salud sexual y reproductiva necesitan nuestros jóvenes?

La adolescencia es un período de grandes cambios, de gráfico corporal, deseos, afectos, capacidades mentales, relaciones con familia y amigos, etc. Los adolescentes deben reconsiderar su nuevo cuerpo sexuado y enfrentarse a nuevas necesidades sexuales y afectivas. El deseo sexual creará nuevas formas de relacionarse afectiva y sexualmente con otras personas por las que se sienten atraídos de forma especial.

Pero nuestra cultura no les da una respuesta adecuada. Se reconocen sus capacidades, deseos y conductas sexuales, pero no se acepta que sean sexualmente activos y son abandonados a su suerte. Esto les puede llevar a acceder a las relaciones sexuales en condiciones de grave riesgo.

La educación sexual es importantísima para conseguir una sexualidad satisfactoria. Los conocimientos son necesarios, aunque no suficientes, para producir cambios en el pensamiento y comportamiento. A mayor conocimiento, mayor riesgo percibido y mayor adopción de conductas preventivas.

Reconocer la necesidad de educación sexual en los centros educativos y de una buena atención sexual en los centros sanitarios facilitaría que los jóvenes tuvieran más conocimientos, actitudes más positivas y abiertas, una mejor planificación de sus relaciones sexuales y más medidas preventivas, considerando además otras posibilidades de disfrutar de la sexualidad.

Palabras clave: Adolescentes. Jóvenes. Salud Sexual y Reproductiva. Embarazos no deseados. Interrupciones Voluntarias del Embarazo. Infecciones de Transmisión Sexual. Atención Sanitaria.

1. Antecedentes

Consideramos que es absolutamente necesario el reconocimiento por parte de la sociedad de la sexualidad de adolescentes y jóvenes. Con la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de Marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre, del Código Penal, (1) se presupone legalmente la autodeterminación sexual a partir de los 16 años (antes era a los 13 años). A partir de los 16 años se reconoce, por tanto, la capacidad de establecer libremente relaciones sexuales consentidas, de lo que se deduce la capacidad para adoptar las medidas anticonceptivas que se tengan por convenientes y la necesidad de educación y atención sexual.

La atención sexual a jóvenes desde los distintos sectores implicados se ha convertido en un tema de candente actualidad para intentar solucionar los problemas con los que se encuentran en la vivencia de su sexualidad.

En el Manifiesto del Día Mundial de la Anticoncepción de 2018, el lema elegido fue “Adolescente: es tu vida, es nuestro futuro”. El motivo fue el alarmante incremento de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS),

(1)

1. Ley Orgánica 1/2015, de 30 de Marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995 de 23 de Noviembre, del Código Penal.

la persistencia de las tasas de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y la desigualdad en el acceso a una contracepción eficaz según el lugar de residencia. Además, la Fundación Española de Contracepción reivindicó un mayor acceso a una educación y atención en materia de salud sexual y reproductiva, así como a anticonceptivos más eficaces.

En el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), del 22 de julio de 1946, se define la salud sexual como la aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva de acuerdo a una ética personal y social, en ausencia de temores, sentimientos de vergüenza, culpabilidad y creencias infundadas que perturban las relaciones sexuales, y de trastornos orgánicos de enfermedades y de deficiencias que entorpezcan la actividad sexual.

En la vigente Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo 2/2010 del 3 de Marzo, (2) en su artículo 2 del Título Preliminar, también se aplican las siguientes definiciones establecidas por la OMS (1946) de:

- a) Salud: el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- b) Salud sexual: el estado de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad que requiere un entorno libre de coerción, discriminación y violencia.
- c) Salud reproductiva: la condición de bienestar físico, psicológico y sociocultural en los aspectos relativos a la capacidad reproductiva de la persona que implica que se pueda tener una vida sexual segura, la libertad de tener hijos y de decidir cuándo tenerlos.

Desde la Conferencia Mundial de Población de Méjico de 1984 ya se empezó a hablar de los derechos que tienen los y las jóvenes de disponer de unos servicios adecuados de información y planificación familiar dentro de los diferentes ámbitos socioculturales de cada país. En España ha habido varias experiencias de intervención, pero en la mayoría de los casos se han convertido en servicios asistenciales biomédicos que luego se han ido readaptando. Sin embargo, todavía hoy en muchas zonas no se dispone de servicios específicos o no son los adecuados, por lo que queda bastante camino que andar para mejorar la accesibilidad de los centros sanitarios a la juventud en materia de sexualidad.

En el Preámbulo de la Ley de SSyR² se recoge que el desarrollo de la sexualidad y la capacidad de procreación están directamente vinculados a la dignidad de la persona y al libre desarrollo de la personalidad y son objeto de protección a través de distintos derechos fundamentales, señaladamente, de aquellos que garantizan la integridad física y moral y la intimidad personal y familiar. La decisión de tener hijos y cuándo tenerlos constituye uno de los asuntos más íntimos y personales que las personas afrontan a lo largo de sus vidas, que integra un ámbito esencial de la autodeterminación individual. Los poderes públicos están obligados a no interferir en ese tipo de decisiones pero, también, deben establecer las condiciones para que se adopten de forma libre y responsable, poniendo al alcance de quienes lo precisen servicios de atención sanitaria, asesoramiento o información.

En su artículo 3 de principios y ámbito de aplicación, en el punto 3 se recoge que nadie será discriminado en el acceso a las prestaciones y servicios

(2)

Boletín Oficial del Estado. Núm. 55, Jueves 4 de marzo de 2010. Séc. I, pág. 21001. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

previstos en esta Ley (2) por entre otros motivos, la edad.

En el Título 1 (2) de la salud sexual y reproductiva, en el Capítulo I de Políticas Públicas para la salud sexual y reproductiva, en el Artículo 6 de Acciones Informativas y de sensibilización, se establece que los poderes públicos desarrollarán acciones informativas y de sensibilización sobre salud sexual y reproductiva, especialmente a través de los medios de comunicación, y se prestará particular atención a la prevención de embarazos no deseados mediante acciones dirigidas principalmente a la juventud, así como a la prevención de ETS.

En el Capítulo IV de este mismo Título 1 (2) de Estrategia de salud sexual y reproductiva, en su Artículo 11 de Elaboración de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, (2) se recoge que para el cumplimiento de los objetivos previstos en esta Ley, el Gobierno, en cooperación con las Comunidades Autónomas y con respecto a su ámbito competencial, se aprobará un Plan que se denominará Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva que contará con la colaboración de las sociedades científicas y profesionales y las organizaciones sociales. Y se establece que ésta se elaborará con criterios de calidad y equidad en el Sistema Nacional de Salud y con énfasis en jóvenes y adolescentes.

La Estrategia tendrá una duración de cinco años y establecerá mecanismos de evaluación bienal que permitan la valoración de resultados y en particular del acceso universal a la salud sexual y reproductiva. En este marco legislativo es donde deberíamos situar nuestras actuaciones en la atención sanitaria durante la adolescencia y juventud en materia de salud sexual y reproductiva.

2. Situación actual de la salud sexual y reproductiva en los jóvenes

A continuación vamos a ver cuál es la situación en la que se encuentran en nuestro país adolescentes y jóvenes en materia de sexualidad: en primer lugar, de qué población estamos hablando, y luego qué problemas o circunstancias se dan en la vivencia de su sexualidad.

Según los últimos datos poblacionales publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en Julio de 2018 (3), en España de los 46.733.038 habitantes, hay aproximadamente siete millones de jóvenes entre los 15 y 29 años (casi 1 de cada 7 habitantes), más en el grupo de 25 a 29 años como vemos en la siguiente tabla 1. Como es de sobra conocido, la base de nuestra pirámide poblacional lleva muchos años estrechándose, situándonos en la cima de países europeos envejecidos.

Tabla 1. INE. Datos poblacionales 2018

EDAD	SEXO		
	MUJER	VARÓN	TOTAL
15-19 años	1.093.442	1.159.872	2.253.314
20-24 años	1.121.194	1.166.902	2.288.096
25-29 años	1.269.682	1.287.532	2.557.214
TOTAL	3.484.318	3.614.306	7.098.624

(3)

Instituto Nacional de Estadística (2018). Población España.

Al día de hoy en nuestra cultura no se ha solucionado adecuadamente la atención a la sexualidad de adolescentes y jóvenes, lo que puede hacerles sentir confusos, y que viven su sexualidad en numerosos casos en condiciones de grave riesgo.

Como veremos a continuación, adolescentes y jóvenes constituyen un grupo importante de riesgo tanto de embarazos no deseados (END), que en realidad deberíamos considerar como tal todos los producidos en la adolescencia, así como de ITS/ETS, y sobre todo, de una vivencia insatisfactoria de su sexualidad.

Pero el problema radica muchas veces en que ellos se sienten invulnerables a estas cuestiones, y esta invulnerabilidad percibida les lleva a un “optimismo irrealista”, lo que les hace seguir empeñados en comportamientos sexuales de riesgo, en vivir su sexualidad de forma irresponsable. Tienen una disociación entre la información recibida y su integración, dificultades para establecer relaciones de causa-efecto entre la conducta sexual y el riesgo que conlleva, una falta de sentido del riesgo o en algunos casos incluso atracción hacia el riesgo.

Además, hay que tener claro que los adolescentes, al estar en una fase de experimentación, es más fácil que aprendan a adoptar comportamientos seguros desde el principio que cambien conductas de riesgo arraigadas en sus estilos de vida y en su identidad personal.

Si analizamos los últimos datos de cómo viven la sexualidad, tenemos mucha información sobre el inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales coitales entre adolescentes y jóvenes. Como profesionales de la salud, debemos conocer qué está pasando y cómo podemos ayudarles en la toma de decisiones para vivir una sexualidad satisfactoria en primer lugar, pero siempre responsable hacia sí misma/o y hacia sus parejas.

En muchos casos no se dan las condiciones mínimas necesarias para que el acceso a las relaciones sexuales pueda ser una experiencia positiva para adolescentes y jóvenes que no conlleve riesgos innecesarios. Por consiguiente, les resulta difícil conseguir vivir una sexualidad sana, entendida como la aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductora y para regularla de conformidad a una ética personal y social; la ausencia de temores, sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la vivencia de la sexualidad o perturben las relaciones sexuales; y la ausencia de trastornos orgánicos y de enfermedades y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductora.

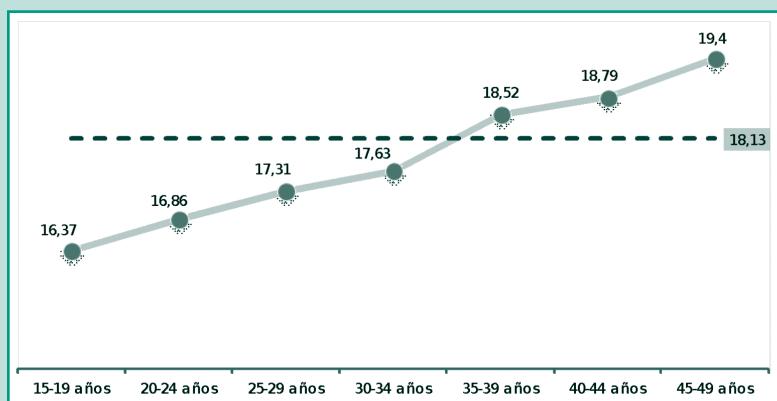
Creemos que hay una urgente necesidad de proveer a adolescentes y jóvenes de información, habilidades para la toma de decisiones, pautas para negociar y resistir presiones, y assertividad.

Según la última encuesta realizada por el Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de la Sociedad Española de Contracepción (SEC) de 2018 (4) (véase Gráfico 1), vemos que globalmente, la edad media de inicio en las relaciones sexuales (refiriéndose a coitales) es de 18,13 años. La edad de inicio oscila entre los 19,4 años en el caso de las mujeres de 45 a 49 años, y los 16,37 de las mujeres que tienen entre 15 y 19. Se puede decir que las chicas jóvenes tienen su primera relación tres años antes de la que la tuvieron sus madres.

(4)

Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (2018) *Encuesta de Anticoncepción*. Sociedad Española de Contracepción.

Gráfico 1. Encuesta Anticoncepción en España. 2018. Sociedad Española de
Contracepción



Base: mujeres de 15 a 49 años que han tenido relaciones sexuales.

Y, por otro lado, no debemos olvidar que en muchos casos son “monógamos seriados o de alta frecuencia”, es decir, que cuando tienen una relación de pareja no tienen relaciones sexuales con otras personas, pero cambian a menudo de pareja, lo que en la práctica esto no les garantiza la ausencia de riesgo de contagio de ITS.

Si seguimos analizando la Encuesta de Anticoncepción, vemos que la media total de parejas sexuales en el último año es mayor entre las mujeres menores de 25 años (1,65 parejas sexuales/año en las de 15 a 19 años y 1,56 en las de 20 a 24 años). También que el valor más bajo de uso de un método anticonceptivo en la primera relación coital se da en mujeres menores de 20 años.

El porcentaje de mujeres que no utiliza ningún método anticonceptivo se incrementa entre las mujeres más jóvenes, de 15 a 19 años, siendo un 30,7%, pero debe tenerse en cuenta que en este segmento es mayoritaria la proporción de mujeres que no mantiene relaciones sexuales, que también estarían incluidas en ese porcentaje. El aspecto positivo es que esta cifra se reduce significativamente respecto al 49,1% registrado en la anterior encuesta de 2016.

La práctica sexual sin método anticonceptivo se reduce al 10,5% entre las mujeres de 20 a 24 años. A partir de los 25 años, el porcentaje de mujeres que no utiliza ningún método anticonceptivo tiende a incrementarse.

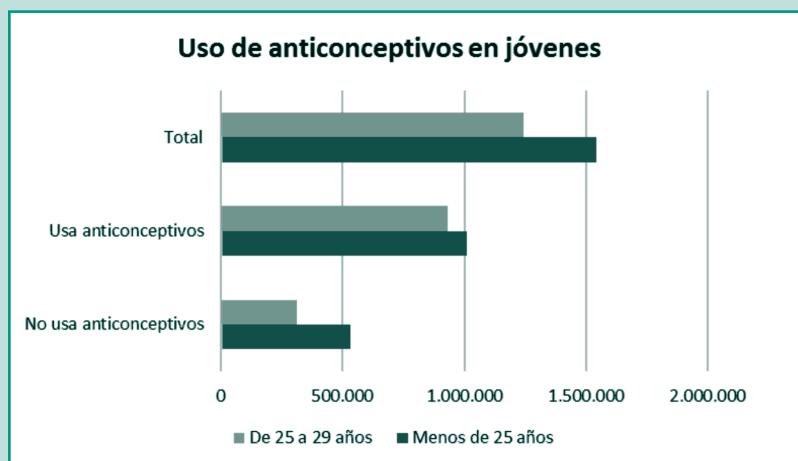
El método anticonceptivo más utilizado es el preservativo seguido de la píldora (en menores de 19 años 46% y 21% respectivamente, de 20 a 24 años 40% y 36%, y de 25 a 29 años 31% y 28%). El miedo a padecer una ITS ha contribuido en los años noventa a que el preservativo haya desplazado a la píldora como método de elección; de todas formas, en España los métodos hormonales, más eficaces, siempre se han usado mucho menos que en otros países de nuestro entorno.

Según la última Encuesta de Fecundidad publicada en abril de este año 2019 (5), 2 de cada 3 mujeres adolescentes que tienen pareja estable o relaciones ocasionales utilizan métodos anticonceptivos. Pero el problema está en que no se usan sistemáticamente ni de forma adecuada.

(5)

Instituto Nacional de Estadística (2018). *Encuesta de fecundidad*. Publicado 09/04/2019.

Gráfico 2. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Fecundidad.
Año 2018



Los datos estadísticos sobre algunos de los problemas de salud sexual y reproductiva en jóvenes nos presentan una situación que, en muchos casos, no es nada halagüeña.

En primer lugar, vamos a analizar la información recogida en el último Informe de las IVEs efectuadas dentro de los supuestos regulados según la Ley Orgánica 2/2010, publicado en 2019 con los datos definitivos correspondientes al año 2017 del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (6).

Aquí hay que recordar que, en septiembre del año 2015, se publicó la Ley Orgánica 11/2015 (7), para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente, de forma que las menores de 18 años en todos los casos tengan que ir acompañadas de uno de sus tutores legales ya que ellas no están capacitadas para ejercer su consentimiento. Hasta entonces, se podía hacer una excepción en las mujeres de 16 a 18 años para que pudieran ejercer el consentimiento ellas mismas cuando el informar a sus padres podía conllevar un riesgo para su integridad física. En la práctica estas situaciones se daban muy poco, pero de todas formas se hizo esa modificación al cambiar el Gobierno de la nación.

Si tenemos en cuenta a las mujeres menores de 30 años, en la siguiente tabla número 2 podemos ver que los tres grupos etarios (de 19 años o menos, de 20 a 24 años y de 25 a 29 años) han estado hasta el año 2013 por encima de la media de IVE, aunque cabría destacar que, a partir de ese año, el grupo de 19 y menos está ya por debajo, con un descenso además muy importante. En todos los años, las mayores tasas de IVE se dan en las mujeres de 20 a 24 años, seguidas por las de 25 a 29 años.

Por tanto, aunque las cifras de abortos vayan disminuyendo, en nuestra población siguen suponiendo un importante problema de salud pública, tanto por su magnitud, como por las consecuencias que puedan conllevar en estas edades.

(6)

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017) *Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2017*. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Subdirección General de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública.

(7)

Boletín Oficial del Estado. Núm. 227, Martes 22 de septiembre de 2015. Sec. I. Pág. 83586. Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo.

Tabla 2 Tasas de IVE por 1.000 mujeres en adolescentes y jóvenes. España. 2008-2017. TOTAL NACIONAL

AÑO	EDADES (en años)			
	19 y menos	20-24	25-29	TOTAL
2008	13,48	21,05	16,49	11,78
2009	12,74	20,08	16,02	11,41
2010	13,05	20,22	16,57	11,71
2011	13,68	21,37	17,75	12,47
2012	13,02	20,55	17,58	12,12
2013	12,23	19,43	16,84	11,74
2014	9,92	16,56	15,34	10,46
2015	9,38	16,67	15,21	10,40
2016	8,97	16,72	15,41	10,36
2017	8,84	17,42	15,74	10,51

En la siguiente gráfico podemos observar esta disminución de las tasas de IVEs de los últimos años, que se da sobre todo en estas mujeres más jóvenes.

Gráfico 3. Tasas de IVE por 1.000 mujeres de cada grupo de edad. España. 2008-2017. TOTAL NACIONAL.



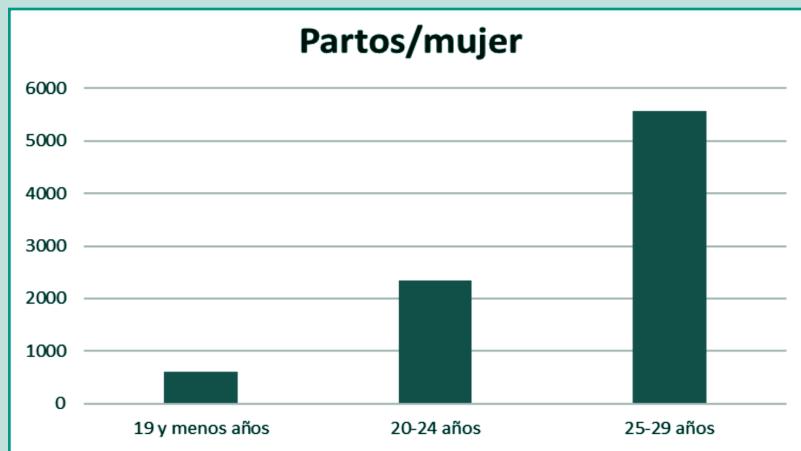
El perfil de las mujeres menores de 30 años que se realizaron una IVE en 2017 era el de mujeres sin hijos vivos, con ningún o con un aborto previo. La mayoría convivían con sus padres o con familiares cuando no tenían hijos, y con su pareja cuando sí los tenían. El nivel de estudios más frecuente era el de la enseñanza secundaria obligatoria, seguido por el de bachillerato y ciclos formativos, y en tercer lugar por las que tenían estudios primarios. La mayoría vivía en poblaciones de entre 50.000 y 500.000, o de 10.000 a 50.000 habitantes.

Con respecto al uso de métodos anticonceptivos previo a la IVE, cabe destacar que lo más frecuente era las que no utilizaban nunca un método

anticonceptivo, seguidas por las que usaban métodos de barrera, que como sabemos, habitualmente tampoco se hace un uso consistente y correcto en todas las relaciones sexuales.

A estas cifras habría que sumar los datos de partos en ese mismo año 2017, que son los últimos publicados en diciembre de 2018 (8).

Gráfico 4. Nº partos/mujer en adolescentes y jóvenes. 2017



Con respecto al otro tema importante en materia de salud sexual y reproductiva, las ITS o ETS, los datos que vamos a presentar en mujeres y varones jóvenes pueden ser todavía más preocupantes.

Según los datos del Informe de Vigilancia Epidemiológica de ITS 1995-2015 publicados en 2017 por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad (9), desde el año 2000 las ITS han tenido un aumento alarmante y constante de prevalencia e incidencia muy importante. En estos últimos años, la sífilis ha aumentado hasta seis veces. La gonococia se ha multiplicado por cinco. Tal es la progresión que incluso se han registrado casos de ITS en menores de 15 años. Y en algunas ITS se dan tasas superiores en 15 a 19 años que en mayores de 35 años, algo que hasta ahora no se había dado nunca.

Varios son los motivos que lo podrían explicar, destacando el abandono del uso sistemático del preservativo, sobre todo a partir del uso de antirretrovirales más eficaces que han cronificado la infección por el VIH. Las generaciones más jóvenes no han vivido la amenaza del VIH que hubo en los primeros años, como una noticia fatal que se igualaba a sentencia de muerte. Además, hay muchos estudios que demuestran que los jóvenes sí conocen la infección por el VIH pero desconocen otras ITS que, como acabamos de ver, son mucho más frecuentes.

Cabe recordar también que la importancia de estas enfermedades es la repercusión en la salud de las personas afectadas si no se hace un diagnóstico y tratamiento precoz y adecuado. Dicho diagnóstico y tratamiento, además de iniciar el estudio de contactos, comportará un

(8)

Instituto Nacional de Estadística (2017). *Nacimientos ocurridos en España. Datos definitivos*. Publicado: 11/12/2018.

(9)

9. Ministerio de Sanidad (2017). *Informe de Vigilancia Epidemiológica de ITS 1995-2015*. Dirección General de Salud Pública del. 10. Ruiz, P. J. (2009) "La Entrevista Clínica del Adolescente". *JANO*, 1735, 31-33.

beneficio tanto individual como de salud pública al cortar la cadena de transmisión y con ello prevenir nuevas infecciones. La curación será más rápida y efectiva y no se contagiará a otras personas.

En el caso de las mujeres además puede afectar también a la salud reproductiva materna y neonatal, siendo la principal secuela prevenible la infertilidad, además de multiplicar por diez el riesgo de adquisición y transmisión del VIH.

Pero más allá de estas repercusiones individuales, las ITS son un grave problema de salud pública ya que muchas de ellas pueden permanecer asintomáticas durante bastante tiempo, lo que no evita que la persona infectada lo transmita a su vez a otras parejas sexuales.

Cualquier persona sexualmente activa está expuesta a las ITS, porque incluso hay que recordar que algunas ITS se transmiten por contacto de piel y mucosas, por lo que en estos casos el preservativo no protegería.

Por esta razón, sería importante que, ante la mínima sospecha de contagio, o si se han tenido prácticas sexuales de riesgo, aún sin presencia de síntomas, se acuda a consultar cuanto antes.

Dentro de los diferentes factores de riesgo de contagio de ITS, el tener menos de 25 años sería de entrada ya uno de ellos. Pero además estarían otras situaciones que se dan más frecuentemente en jóvenes que en otras edades, como son el tener múltiples parejas sexuales, el cambiar a menudo de pareja, el consumo de alcohol y drogas asociado a las relaciones sexuales, así como el uso inconsistente del preservativo en las relaciones casuales (ver capítulo 2). Pero tampoco podemos olvidar que, aunque no se tenga ninguno de estos factores de riesgo, la presencia de sintomatología debe llevar a consultar cuanto antes.

Por todo esto, la atención sexual a jóvenes desde los distintos sectores implicados se ha convertido en un tema de candente actualidad para intentar solucionar los problemas con los que se encuentran en la vivencia de su sexualidad.

3. Intervención

La población adolescente y joven suele ser sana, y las experiencias positivas o negativas en sus relaciones sexuales pueden tener una trascendencia en su vida adulta.

La juventud suele ser reacia a acudir a los servicios de salud; por tanto, es necesario adaptarlos, dar un horario adecuado, ubicarlos fuera del centro sanitario, hacer que garanticen una absoluta confidencialidad y respeto, y no exigir demasiados requisitos (cita previa, documentación, autorización paterna, etc.). También sabemos que una medicalización excesiva disminuye la accesibilidad.

Pero quizás más importantes son las actitudes y motivación de las y los profesionales de la salud que les vayan a atender. Y tenemos que tener claro que la prevención y control, tanto de las ITS como de los END, es una responsabilidad primaria o básica que tienen.

No creemos que haya un enfoque ideal, pero sí que debería estar claro que los esfuerzos preventivos deben estar enfocados hacia

actividades educativas, de promoción de salud, y clínicas. Por tanto, los objetivos últimos serían una educación de calidad, unas condiciones socioeconómicas adecuadas, y unos centros sanitarios accesibles y efectivos.

En la atención en materia de salud sexual y reproductiva, y más en jóvenes, es muy importante una buena relación médico (o cualquier otro sanitario) con usuaria/o para evitar el problema que muchas personas tienen para sincerarse dada la naturaleza íntima de los temas a tratar cuando nos referimos a la salud sexual y reproductiva. Por ello es tan importante que los profesionales tengan los conocimientos adecuados y que sean capaces de crear el clima de confianza necesario en este tipo de consultas.

Hablar de sexo, de anticoncepción y de ITS para muchos, tanto profesionales como usuaria/os, sigue siendo tabú, pero no por ello debemos evitar abordarlo. Se debe establecer un ambiente de empatía, privacidad y tratarlo de forma cauta pero natural, ya que es algo normal en nuestro desarrollo vital, y que a partir de la adolescencia va a interesar, preocupar y ocupar nuestras mentes. La prevención y control tanto de las ITS como de los END en jóvenes es una responsabilidad primaria o básica de los y las profesionales de la salud.

Cada profesional debe conocer lo que sucede en la sexualidad desde la adolescencia hasta la juventud. También es importante que conozca la situación de las ITS y de los END. Debemos ayudar a jóvenes y adolescentes a afrontar su sexualidad con información y con formación.

La consulta es una magnífica oportunidad para realizar un consejo adaptado a cada persona, es decir, hablar de las posibles ITS, cómo se transmiten según la práctica sexual, pero sobre todo cómo se previenen, pues en muchas ocasiones solo han oído hablar del VIH y pocas ITS más, y no conocen cómo se transmiten y con qué prácticas.

A esas edades es muy importante evitar el embarazo, por lo que el otro tema que preocupa mucho, más a las chicas, es la anticoncepción; es importante dedicar un buen tiempo a charlar sobre los distintos métodos disponibles y las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos, así como qué pueden hacer y a dónde pueden acudir si tienen un problema o un accidente en una relación sexual.

Es muy importante desde el principio realizar una historia clínica minuciosa detallada y estructurada. Se debe preguntar acerca de sus inquietudes, dudas y posibles demandas de SSyR; si han comenzado a tener relaciones sexuales y de qué tipo; si se relacionan con chicos, chicas o ambos; si hacen uso del preservativo en las diferentes prácticas, cómo lo usan y con qué frecuencia; si han recibido información sobre el uso correcto del mismo (ya que, aunque podamos pensar que es algo tan básico, muchas veces lo obviamos).

La entrevista clínica se tiene que estructurar bien (10). Se deben utilizar preguntas abiertas que nos faciliten que la respuesta no sea un sí o un no, muy propio de esas edades en las relaciones con adultos; así se pueden explicar mejor e incluso reflexionar en voz alta. Podemos incorporar preguntas facilitadoras que nos ayudan a abordar temas delicados con gran contenido, de la esfera emocional, que no piense que solo le pasa a él, por ejemplo. O utilizar la técnica del espejo que consiste en una escucha activa, donde se repiten sus frases en un ambiente de empatía y le hacemos

(10)

Ruiz, P. J. (2009). "La entrevista Clínica del Adolescente". JANO, 1735, 31-33.

saber que podemos entender lo que le sucede, independientemente de que estemos o no de acuerdo con su conducta. Puede resultar útil de vez en cuando ir haciendo resúmenes a modo de recopilatorios, repitiendo en voz alta lo que nos ha ido explicando y así exponer posibles contradicciones en las que haya incurrido.

En las técnicas de entrevista clínica se establecen una serie de etapas o fases. Una primera, la de Ver u Observar, en la que se explora su visión particular de realidades concretas basadas en sus propias experiencias hasta descubrir los problemas de una manera más global y objetiva. En la segunda fase, la de Juzgar, se construye un “juicio diagnóstico” de los hechos observados mediante una reflexión crítica para tratar de comprender y explicar esa realidad, lo que conlleva el autoconocimiento de las creencias y actitudes de salud. En la tercera fase, la de Actuar, se trata de poner en marcha una acción para mejorar la realidad observada. Y, por último, estaría la cuarta fase, la de Evaluar, en la que el mejor indicador es el resultado conseguido, la modificación de los hábitos no saludables ya sea en términos de eficacia, efectividad o eficiencia.

La finalidad del “consejo sociosanitario participativo” es lograr, en este caso concreto, adolescentes y jóvenes operativos capaces de tomar sus propias decisiones. Las pautas a seguir serían: ayudarles a determinar claramente su problema, a descubrir sus causas y condicionantes, así como a alentárselas a examinar las posibles soluciones y a que elijan la más adecuada. Las condiciones para que el consejo sociosanitario sea eficaz son, por un lado, que haya una buena relación profesional-adolescente/joven, que se les deje hablar libremente con las interrupciones mínimas necesarias, atender a lo que dicen, desarrollar empatía, comprensión y aceptación, así como darles la información adecuada a sus circunstancias, sin tratar de persuadirles sino de ayudarles a decidir por sí mismos.

En el contexto del consejo sociosanitario participativo se busca que por sí mismos identifiquen sus conductas de riesgo, que autoexploren la sintomatología biopsicosocial asociada a esas conductas: rendimiento escolar y/o laboral, conflictos familiares y/o sociales, problemas emocionales y/o psicopatológicos, consumos descontrolados, dificultad para realizar y/o mantener actividades, aumento de accidentes por descuidos, etc. Se busca ayudarles a evaluar sus conductas y/o factores de riesgo y a la vez entregarles herramientas de trabajo en conjunto realistas, que no creen falsas expectativas, de autoimagen y autoeficacia.

Asimismo, es muy importante un abordaje de salud integral: las vacunas recomendadas, realizar la toma de citología si estuviera indicada (no antes de los 25 años), el despistaje de posibles situaciones de violencia de género (que por desgracia cada vez son más frecuentes a edades cada vez más tempranas), situaciones de homofobia o transfobia, etc.

Pero lo que siempre tenemos que tener presente es que en la atención a adolescentes y jóvenes no se debe influir directamente desde arriba. Hay que entender los motivos por los que tienen esos comportamientos arriesgados y adaptar las actuaciones de la forma más adecuada posible.

Finalmente, siempre hay que recordar que son una poderosa fuerza para el cambio, porque son jóvenes y además son adaptables, abiertos al cambio, creativos e idealistas. Hay que proveerles de información, habilidades para la toma de decisiones, asertividad y pautas para negociar y resistir presiones.

Además, como hemos visto, ellos no deben ser meros receptores pasivos sino que deben ser protagonistas, aunque la responsabilidad de la acción está claro que recae en los adultos, como padres y madres, como docentes, o como profesionales de la salud.

Referencias bibliográficas

1. **Ley Orgánica 1/2015, de 30 de Marzo**, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995 de 23 de Noviembre, del Código Penal.
2. **Boletín Oficial del Estado. Núm. 55, Jueves 4 de marzo de 2010. Sec. I. pág. 21001. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo**, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
3. **Instituto Nacional de Estadística** (2018). Población España.
4. **Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva** (2018) Encuesta de Anticoncepción. Sociedad Española de Contracepción.
5. **Instituto Nacional de Estadística** (2018). Encuesta de fecundidad. Publicado 09/04/2019.
6. **Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social** (2017) Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2017. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Subdirectora General de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública.
7. **Boletín Oficial del Estado. Núm. 227, Martes 22 de septiembre de 2015. Sec. I. Pág. 83586. Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre**, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo.
8. **Instituto Nacional de Estadística** (2017). Nacimientos ocurridos en España. Datos definitivos. Publicado: 11/12/2018.
9. **Ministerio de Sanidad** (2017). Informe de Vigilancia Epidemiológica de ITS 1995-2015. Dirección General de Salud Pública.
10. **Ruiz, P. J.** (2009) "La Entrevista Clínica del Adolescente". JANO, 1735, 31-33.