

Del miedo al autocuidado: Evolución y desafíos de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes y jóvenes en España

Jordi Baroja

L'Associació Drets Sexuals i Reproductius / CJAS

E-mail de correspondencia: jbaroja@lassociacio.org

Resumen

El aumento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescentes y jóvenes en España refleja un fenómeno complejo, influido por factores sanitarios, sociales y culturales. Aunque parte del incremento puede interpretarse como un éxito de las políticas de salud pública —mayor acceso a pruebas, mejor vigilancia epidemiológica y más conciencia sobre la salud sexual—, también revela déficits persistentes, como la falta de educación sexual integral y las dificultades del sistema sanitario para atender de forma cercana y accesible a la población joven.

El artículo propone superar el enfoque tradicional adultista y basado en el miedo, el estigma o la culpabilización, y avanzar hacia una prevención combinada que fomente el autocuidado, el consentimiento y la toma de decisiones informadas superando el marco del VIH. También es importante integrar el cribado regular de ITS como práctica de salud preventiva y adaptar los servicios a las necesidades reales de los jóvenes. En definitiva, plantear soluciones alternativas a las habituales desde otro paradigma que acerque la respuesta a una mirada salubrista desde los derechos y la evidencia y no tanto desde el pánico moral y social.

Abstract

The rise in sexually transmitted infections (STIs) among adolescents and young people in Spain reflects a complex phenomenon influenced by health, social, and cultural factors. Although part of this increase can be interpreted as a success of public health policies—greater access to testing, improved epidemiological surveillance, and heightened awareness of sexual health—it also reveals persistent shortcomings, such as the lack of comprehensive sexuality education and the health system's limited capacity to provide youth-friendly and accessible care.

The article calls for moving beyond the traditional, adult-centric approach rooted in fear, stigma, and blame, and toward a combined prevention model that promotes self-care, consent, and informed decision-making, while transcending the HIV-centered framework. It also emphasizes the need to integrate regular STI screening as a preventive health practice and to adapt health services to the real needs of young people. Ultimately, it argues for alternative solutions built on a public health paradigm grounded in rights and evidence, rather than on moral or social panic.

CONTEXTO

Los datos muestran algo que es de dominio público en población adolescente y joven, que algunas ITS como clamidia y gonorrea han aumentado de manera notoria y constante en los últimos años. Según el Informe de Vigilancia Epidemiológica de las ITS en España 2023, uno de cada cuatro diagnósticos de gonorrea se produjo en menores de 25 años. Y entre 2016 y 2023, la tendencia en mujeres jóvenes (20-24 años) fue de un incremento medio anual del 31,6 %.

Por su parte la clamidia es la ITS más frecuente entre jóvenes. En 2023, el 35,8 % de los casos se dio en menores de 25 años, con tasas de 387,72 por 100.000 hab. en 20-24 años y 230,70 por 100.000 hab. en 15-19 años. Desde 2016, la incidencia en el grupo de 15-19 años aumentó un 16,7 % anual medio, lo que confirma una tendencia ascendente continuada.

La sífilis afecta en menor medida a la población joven pero también en aumento. En 2023, el 11,6 % de los casos correspondió a menores de 25 años. Las mayores tasas se registraron entre 20-24 años (42,63 por 100.000 hab.), con aumentos anuales medios del 23,4 % en mujeres de 20-24 años y del 19,7 % en mujeres de 25-34 años (2016-2023).

Esa tendencia al alza con relación a la detección de ITS en población joven no es un fenómeno exclusivamente estatal y también se ha observado dicha tendencia en muchos países de nuestro contexto.

Una de las explicaciones a este aumento según muchos medios y varios profesionales sería *“que la gente joven utiliza menos el preservativo porque se ha perdido el miedo a las ITS y al VIH”*. Sólo hace falta tirar de hemeroteca para ver con qué frecuencia se realiza este análisis. Y si bien es cierto que adolescentes y jóvenes son el grupo poblacional que más utiliza el preservativo también parece observarse una tendencia decreciente en el uso del mismo, de nuevo no sólo en España sino en otros contextos.

No obstante, explicar el incremento de las ITS entre adolescentes y jóvenes en los últimos años como una cuestión de desacuerdo de políticas o bien de menor utilización del preservativo -sobrerresponsabilizando a la población joven- resulta una lectura demasiado simple.

Podríamos decir que el aumento de ITS es una consecuencia no deseada de elementos objetivamente positivos, y es que el éxito de políticas públicas de salud puede explicar parcial y paradójicamente dicho incremento. Cualquier política que afecte la salud sexual tiene un impacto en otras como vasos comunicantes. Y aquí podemos citar la mejora en la accesibilidad de pruebas de detección y el avance en los sistemas de vigilancia epidemiológica. Pero también otros elementos que pueden explicar una disminución en el uso del preservativo como la ampliación de la oferta de anticoncepción de larga duración (DIU o implante) así como de la pastilla postcoital en esta población. Y por supuesto el mantener las nuevas infecciones de VIH estables con los tratamientos anti-retrovirales y con la gradual implementación -aunque insuficiente- de los programas de la PrEP. En definitiva, si partimos de la idea que la población joven ha relajado el uso del preservativo por la disminución de la percepción de riesgo, esta sería -desde luego- una consecuencia no deseable de algo positivo y es que las ITS más comunes son bacterianas, tratables y con pocas complicaciones graves cuando se detectan a tiempo. Digamos que la población joven podría estar recalibrando sus pautas de cuidado según el contexto que les ha tocado vivir, algo que parece sensato.

Y en el otro lado de la moneda el aumento de ITS también puede ser una consecuencia no deseada de elementos negativos y todavía no resueltos. Y aquí situemos en el centro la ausencia de educación sexual integral en el sistema educativo, que sigue siendo uno de los principales factores que contribuye a la desinformación entre la población adolescente y joven. Esta carencia deja a adolescentes y jóvenes ex-

puestos a información que a menudo proviene de fuentes poco confiables.

Además, los servicios de salud siguen enfrentando dificultades para integrar y atraer a esta población, principalmente adolescentes y periodo de primera juventud, de manera efectiva. A esto se suma el marco patriarcal que sigue influyendo en la manera en que los jóvenes se relacionan, todavía situando en el centro prácticas coitocéntricas y manteniendo dinámicas de control, que son el caldo de cultivo para las violencias sexuales de todo tipo incluyendo por ejemplo las dificultades para la negociación de método de protección.

DEL MIEDO AL AUTOCUIDADO

La sociedad ha cambiado profundamente en las últimas décadas. Si comparamos cómo era el contexto social y sanitario en los años 2000, 90s o por supuesto 80s, es evidente que ha habido enormes transformaciones en todos los ámbitos. No solo observamos cambios notables en la epidemiología de las ITS, sino también en los avances médicos y tratamientos, en las políticas de salud pública y en aspectos sociales general.

En paralelo, las sociedades han vivido un proceso de globalización, digitalización y cambio cultural. Las ideas sobre la sexualidad, las relaciones y el autocuidado han evolucionado. La gente joven de hoy vive en un mundo mucho más interconectado, donde la información sobre salud sexual está más disponible y los tabúes sobre sexualidad, aunque aún presentes, han disminuido.

A pesar de todo eso, desde la lógica profesional a menudo se sigue aferrado a un imaginario desactualizado sobre las ITS cuando nos referimos a jóvenes y todavía demasiadas intervenciones comunitarias o individuales se basan en estrategias de prevención construidas durante las décadas de 1980 y 1990, cuando el VIH era la principal amenaza que eclipsaba todo lo demás y el miedo social a la transmisión era

tan grande que definió la sexualidad de varias generaciones.

Pero ahora sabemos que las ITS más prevalentes en la población joven con muchísima diferencia, como la clamidia o la gonorrea son de fácil manejo médico y curables. Así pues ¿por qué esta reacción de pánico social y moral cada vez que se publica alguna cifra sobre el aumento de ITS en jóvenes? ¿Está justificado por la morbilidad efectiva asociada a estas infecciones? ¿Cuánto de nuestra reacción responde a una lógica de salud pública y cuánto a otros factores?

Probablemente sólo sería epidemiológicamente justificable -consideraciones éticas al margen- apelar al miedo y mantener el imaginario del VIH en el centro como estrategia planificada y consciente de prevención siempre y cuando esta condujera a la reducción de la incidencia de las ITS. Pero la respuesta es obvia, esta estrategia no está siendo efectiva o sea que ni el fin permite justificar los medios.

Pero si esta apelación recurrente al marco del VIH -y por ende lamentablemente al miedo y al estigma- no fuera algo consciente sino con una mera inercia heredada, entonces sí debemos reflexionar desde donde partimos. Si hablamos desde la evidencia y un marco de derechos o hablamos desde otro lugar.

En los miedos del pasado estamos proyectando nuestros propios temores profesionales -y quizás generacionales- y no los de los jóvenes. Nuestros temores provienen de una realidad en la que las ITS -de nuevo con el VIH dominando el escenario- eran vistos como una amenaza inminente, trágica, con un enorme impacto. Los jóvenes de hoy no viven en esa realidad, y no es justo esperar que respondan a mensajes que no resuenan con su experiencia.

En el ámbito de la sexualidad todos -seamos profesionales o no- cargamos nuestra mochila con experiencias, aprendizajes, miedos, formaciones.... Y acompañar adolescentes y jóvenes expone a la luz la carga de la mochila en la que podemos encontrar di-

versos elementos en el fondo de ella: dudas sobre la edad en la que alguien debería iniciar sus relaciones sexuales coitales; definiciones *sui generis* sobre promiscuidad; prácticas sexuales que considere más normativas respecto aquellas categorizadas como más “raras”; el gradiente de buena o mala chica o chica en función de si “ha fallado” en el uso permanente del preservativo; el hecho que la usuaria no haga caso a nuestra recomendación y nos genere frustración... Una revisión consciente y regular de estos y otros aspectos supone un ejercicio que puede resultar molesto pero sin duda también puede ser motivador y enriquecedor.

De ahí que cual GPS, brújula o altímetro tengamos la obligación de recalibrar el mensaje revisando esta mochila y actualizando nuestro enfoque preventivo a partir de la evidencia y la realidad actual de los jóvenes. Poniendo en primer lugar el pasar de una cultura basada en el miedo a una más centrada en el autocuidado, el consentimiento y la toma de decisiones informadas.

Es importante matizar que cuando hablamos de enfocar la prevención desde el miedo ya no siempre hablamos de campañas lúgubres y sórdidas. Afortunadamente esto ya pasó en la mayoría de los casos. Hablamos de algo más sutil, de ofrecer una información sesgada que todavía sitúa el VIH en el centro, que sobredimensiona el impacto negativo y oculta la complejidad de la cuestión para que la persona pueda tomar decisiones informadas sobre su salud. Y se suele ocultar o minimizar aquello que ya sabemos, que las ITS más prevalentes son bacterianas, como la clamidia y la gonorrea, que son fácilmente detectables, curables, autolimitadas en un porcentaje elevado y con muy pocas complicaciones graves cuando se tratan a tiempo especialmente en las mujeres y personas con vulva. Y, hay que destacar que un porcentaje muy elevado de la población podrá contraer una ITS o más durante una vida sexual activa y sana. Estas infecciones deben ser presentadas como una

mera consecuencia no deseada de las relaciones sexuales de las que nos debemos intentar proteger y cuidar, y no como amenazas catastróficas.

También se obvia algo evidente, que no siempre es fácil utilizar el preservativo en todas las circunstancias y que el riesgo cero no existe. No discutimos las propiedades, funciones y ventajas del preservativo, pero sí es conveniente situarlo donde se merece, como una fenomenal opción más al alcance de las personas para gestionar su vida sexual; pero no la única y por descontado no desde un uso imperativo. El preservativo debe ser, si se desea utilizarlo, una consecuencia de una cadena de decisiones cuyo principal motor es el consentimiento, el autocuidado y la búsqueda de placer. Y probablemente es desde esta mirada más global que el fomento del preservativo tome más sentido.

Obviar o sesgar la información cuando tenemos adolescentes o jóvenes delante puede ser algo humanamente comprensible pero profesional y éticamente cuestionable. Nos gustarían que se protegieran siempre, en todas las circunstancias y además que lo hicieran de la manera en cómo creemos que debe ser... Pero claro, ni la población adulta puede ser ejemplo de nada y a fin de cuentas las personas -también adolescentes y jóvenes- son sujetas de derechos y deben disponer de herramientas y conocimientos para que puedan tomar las decisiones informadas que mejor les convengan, aún a riesgo de equivocarse.

Los mensajes que no permiten que las personas jóvenes tomen sus decisiones no tan sólo son paternalistas, sino que lejos de ayudar siguen fomentando el estigma y vulneran derechos. Si desnudamos de esta carga a las ITS resultará mucho más fácil que la población adolescente y joven accede a protegerse desde otro lugar y desde muchas otras maneras con una verdadera lógica de prevención combinada.

¿ES PREVENCIÓN LA PREVENCIÓN SECUNDARIA?

Este titular es una obviedad, pero con relación a las ITS y población adolescente y joven la tendencia general en el discurso hegemónico es fiarlo todo al uso del preservativo y a la prevención primaria. Pareciera que el hecho que la población de estas edades quiera cuidarse realizándose pruebas periódicas no resultara un opción igualmente válida y complementaria de autocuidado. Como si atender a una persona adolescente y joven en la consulta para hacerse pruebas regulares fuera visto como un fracaso al fallar “lo infalible”, el uso del preservativo.

En la población de HSH el cribado regular es una estrategia más que consolidada, pero en otras poblaciones todavía no lo es. Y es algo recomendado en guías internacionales como las de la OMS⁸ y nacionales como en la del Ministerio de Sanidad⁸, especialmente en lo que respecta al diagnóstico de clamidía en chicas menores de 25 años asintomáticas. Esta recomendación sugiere que la detección temprana de infecciones bacterianas, como la clamidía, puede evitar complicaciones graves como la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) y la infertilidad, particularmente si las infecciones son tratadas a tiempo. Sin embargo, a pesar de estas recomendaciones, la implementación real de esta estrategia en España ha sido extremadamente limitada.

Y en este debate aparece una derivada notable tras la aparición del artículo en el Lancet en el que se cuestiona si el cribado universal de clamidía es realmente coste-efectivo, al no demostrar de manera clara que la detección masiva de clamidía en jóvenes reduce significativamente la carga de morbilidad en la población, principalmente de complicaciones graves asociadas como la EIP.

Esta situación coloca a los responsables de políticas de salud en una encrucijada sobre cómo proceder con el cribado y si se debe o no priorizar este

enfoque, teniendo en cuenta los recursos limitados y la efectividad real.

Probablemente en la ecuación se deba considerar no tan sólo una lógica de coste-beneficio en relación con la carga de morbilidad, sino que el cribado puede desempeñar un papel crucial en fomentar una cultura del autocuidado entre los jóvenes. En lugar de basarse en el miedo, el cribado podría ayudar a normalizar la prevención de ITS y situarlo en un contexto más cercano al autocuidado responsable, como ocurre con otras prácticas de salud preventiva que la sociedad ha aprendido a integrar en su rutina como los cribados de cáncer de mama.

En países como el Reino Unido, por ejemplo, el cribado para clamidía en adolescentes y jóvenes ha sido parte de una estrategia integral para reducir la prevalencia de esta infección. Aunque ya hemos dicho que la evidencia no es clara en relación con la disminución de la morbilidad, el enfoque ha podido contribuir a una mayor aceptación de la detección regular de ITS y la consiguiente reducción del estigma.

LA GENTE JOVEN SE CUIDA SI SE OFRECEN LAS CONDICIONES

Se puede disponer de marco conceptual y de estrategia, pero luego debemos mirar las herramientas disponibles. En muchos casos, aún persiste una mirada adultocéntrica que no solo se refleja en los mensajes de prevención como hemos comentado, sino también en los recursos asistenciales disponibles para la población adolescente y joven. Este modelo, más orientado hacia el adulto, deja a los jóvenes en una especie de «tierra de nadie», donde la transición desde el sistema de salud pediátrico hacia los centros de salud para adultos –al cumplir los 15 años- no está adecuadamente estructurada.

Los centros de salud y las consultas sanitarias no están pensados para la gente joven. De hecho, todavía la atención primaria es heredera de una mirada salu-

brista heterocentrada, capacitista y adultista. Para un adolescente o joven, el tener que pedir cita con antelación, acudir a un horario estándar de trabajo, ser atendido por la profesional que conoce a la familia, o que sus datos clínicos puedan ser consultados por tutores legales hasta cierta edad puede suponer una barrera de acceso considerable. Estos procedimientos, que pueden parecer normales para la población adulta no siempre son adecuados para una población que, en muchas ocasiones, necesita un acceso más flexible, confidencial y cercano. Además, todavía el sistema adolece de formación específica para abordar la salud sexual adolescente y a menudo un desconocimiento de la interpretación del concepto del “menor maduro” cosa que deja a adolescentes en un cierto limbo legal.

Es esencial facilitar espacios accesibles y adecuados para realizar pruebas, donde los jóvenes se sientan cómodos, respetados y en un ambiente en el que sientan que no están siendo juzgados, sino acompañados en un proceso de autocuidado. Esto incluye poder hablar abiertamente de sus experiencias sexuales, dudas o preocupaciones sobre las ITS o la salud sexual sin temor a recibir una respuesta que esté impregnada de prejuicios o estigmas.

Además, en el acompañamiento es crucial reconocer que los determinantes sociales de la salud influyen significativamente en cómo se accede a la información, servicios y cuidados relacionados con su salud sexual. Los indicadores de salud sexual son un termómetro muy sensible y rápido de los distintos determinantes sociales de salud y la evidencia muestra que las desigualdades en estos aspectos pueden generar disparidades en el acceso a servicios de salud, aumentando la vulnerabilidad de ciertos colectivos frente a las ITS. Esto implica contemplar el contexto y diseñar intervenciones que reconozcan y aborden las barreras sociales, culturales y económicas que enfrenta la población, garantizando que todos los jóvenes tengan acceso equitativo a la información, servicios y cuidados necesarios para su salud sexual.

La experiencia de años de trabajo en un centro específico de atención a adolescentes y jóvenes, el CJAS de Barcelona, muestra que cuando se les ofrecen las herramientas para cuidarse y se genera un marco respeto y confianza, los jóvenes son mucho más propensos a tomar decisiones responsables sobre su salud sexual, como hacerse las pruebas de detección regularmente.

REPENSANDO EL ESTUDIO DE CONTACTOS

El estudio de contactos siempre ha sido un tema central en la prevención de las ITS y su valor desde la salud pública es crucial. Pero a menudo se ha percibido como una asignatura pendiente dentro de los foros profesionales. Se ha señalado que existen múltiples dificultades a la hora de realizar un buen estudio de contactos, y que, en muchas ocasiones, este proceso no se lleva a cabo de manera eficaz. Si bien la perspectiva epidemiológica es fundamental para controlar la transmisión de las ITS, debemos cuestionarnos si, como profesionales, hemos estado abordando este proceso como un acto administrativo-epidemiológico o bien de manera integral, considerando también las necesidades emocionales y contextuales de la persona diagnosticada.

Y una de las principales dificultades a la que nos enfrentamos es la diversidad de contextos y experiencias en las personas diagnosticadas con ITS. No es lo mismo realizar el acompañamiento al estudio de contactos con alguien de 40 años diagnosticado con VIH, con un chico gay de 30 años con múltiples parejas diagnosticado de gonorrea, o con un o una joven de 16 años con un diagnóstico de clamidía que se ha infectado en sus primeras relaciones sexuales.

En el caso de adolescentes y jóvenes el diagnóstico positivo de clamidía puede ser emocionalmente significativo, no por la infección en sí, sino por la situación que puede estar cargada de otros elementos

tangenciales como la inseguridad en las relaciones sexuales, el fantasma de la infidelidad o el temor a la reacción de la pareja. Aquí, es donde el acompañamiento emocional resulta clave para reducir angustia y estigma y aumentar la probabilidad de éxito del estudio de contactos y, en consecuencia, mejora el control de la propagación de las ITS. Si las personas diagnosticadas se sienten apoyadas y comprendidas, estarán mucho más dispuestas a colaborar con la detección de contactos y con la intervención en sus parejas sexuales, lo que facilita una respuesta comunitaria efectiva.

Desde el CJAS entendemos la importancia de proporcionar materiales específicos para acompañar el estudio de contactos y se han adaptado materiales específicos que no solo tienen como objetivo guiar el proceso de notificación de contactos de manera clara y eficiente, sino también reconocer el esfuerzo emocional que implica para la persona comunicar a sus parejas que ha sido diagnosticada con una ITS. El reconocimiento de este esfuerzo puede ser una gran fuente de empoderamiento para la persona y contribuir a una mejor experiencia en el proceso de estudio de contactos.

ALGUNAS PROPUESTAS DE INTERÉS

Desde el CJAS de Barcelona se han implementado nuevas iniciativas para avanzar en la prevención y el autocuidado entre los jóvenes. Programas como «Cuida't» (Cuídate) han sido clave para ofrecer acceso a pruebas de ITS de manera accesible, sin cita previa y en un ambiente libre de juicios. Esta aproximación ha demostrado ser efectiva, ya que al brindar un espacio amigable los jóvenes se sienten más cómodos realizando las pruebas y gestionando su salud sexual. La estrategia de autorecogida de muestras ha permitido agilizar los procesos de detección de ITS y hacerlos más accesibles y sin listas de espera. Además, el CJAS ha integrado estos servicios en un contexto más amplio, donde no solo se abordan las ITS,

sino también temas de placer, violencia sexual y autocuidado en general, lo que permite un acompañamiento integral si se desea.

Este tipo de enfoque ha permitido que cada vez más jóvenes comprendan que hacerse las pruebas regularmente es una parte importante del autocuidado, al igual que lo es usar preservativo para prevenir las ITS y otros riesgos relacionados con la salud sexual. Esto se ha demostrado en los datos recogidos, donde un 65% de la población joven que acude al CJAS decide realizarse las pruebas por cribado regular.

A su vez desde el Cuida't también se ha desarrollado un programa de outreach comunitario en el que promueve la recogida de muestras de clamidia y gonorrea en contexto juvenil, ya sea universitario o de ocio (Festivales).

También resulta relevante destacar el programa «Testa't jove» (Téstate joven) impulsado por el CEEIS-CAT (Centre d'Estudis Epidemiològics sobre el VIH/SIDA de Catalunya) en el que prevé pilotar el cribado de clamidia y gonorrea a partir del envío de material de autorecogida de muestras a domicilio en población adolescente y joven, siguiendo la inspiración del exitoso proyecto «Testate» con la población HSH.

Estas propuestas de desplazar la prevención secundaria en espacios no asistenciales no resultan innovadoras y en España gozan de una amplia tradición, pero en cierto modo superan el marco de las pruebas habituales del VIH. Y es que seguir apostando por un cribado comunitario exclusivo de VIH/sífilis en contexto juvenil quizás sólo contribuya a distorsionar el riesgo, alimentando un imaginario poco ajustado a la realidad y subestimando la probabilidad de contraer ITS muchísimo más prevalentes como la clamidia o la gonorrea.

CONCLUSIÓN

El aumento de ITS en adolescentes y jóvenes no se resuelve con más alarma, sino con un cambio de paradigma. Toca actualizar el enfoque preventivo desde

la evidencia y el marco de derechos, abandonar los discursos basados en el miedo y el adultocentrismo y situar el autocuidado en el centro. Esto implica educación sexual integral, información no sesgada, acceso ágil y confidencial a cribados y tratamientos, y servicios “youth-friendly” que acompañen sin juzgar. Supone también integrar la prevención combinada —preservativo, cribado periódico cuando corresponda— y reforzar la notificación de contactos con apoyo emocional.

BIBLIOGRAFIA

1. Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995–2023. Madrid: CNE-ISCIII; 2024. Disponible en: https://cne.isciii.es/documents/d/cne/vigilancia_its_1995_2023-2 (consulta octubre 2025)
2. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). STI cases continue to rise across Europe. Stockholm: ECDC; 2024. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/sti-cases-continue-rise-across-europe> (consulta octubre 2025)
3. Sociedad Española de Contracepción. Encuesta de Anticoncepción en España 2024. Madrid: Sociedad Española de Contracepción; 2024. Disponible en: https://hosting.sec.es/encuesta/Encuesta_Anticoncepcion_2024.pdf (consulta octubre 2025)
4. World Health Organization (WHO). Alarming decline in adolescent condom use and increased risk of sexually transmitted infections and unintended pregnancies: new WHO report. Geneva: WHO; 2024 Aug 29. Disponible en: <https://www.who.int/europe/news/item/29-08-2024-alarming-decline-in-adolescent-condom-use> (consulta octubre 2025)
5. Caltabiano M. Changes in the sexual behaviour of young people: introduction. *Genus*. 2020;76(1):10.
6. Anderson LE. Young adults' sexual health in the digital age: perspectives from health-care providers. *Sex Reprod Health*. 2020; 27:100543
7. Zanotta N, Celandroni A, Lupetti A, Ghelardi E. New trends in sexually transmitted infections among Italian adolescents and young adults. *Microorganisms*. 2025; 13(6):1411.
8. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Chlamydia control in Europe: literature review. Stockholm: ECDC; 2014. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/chlamydia-control-europe.pdf> (consulta octubre 2025)
9. Kenyon C, Herrmann B, Hughes G, de Vries HJC. Management of asymptomatic sexually transmitted infections in Europe: towards a differentiated, evidence-based approach. *Lancet Reg Health Eur*. 2023 Oct 26; 34:100743.
10. Jackson L, Michie S, Geraghty AWA, Wight D, Rait G. Exploring young people's preferences for STI screening in the UK: a qualitative study and discrete choice experiment. *Sex Reprod Healthc*. 2021; 30:100611.
11. Goicolea I. ¿Es posible una atención primaria “amigable” para los/as jóvenes? *Gac Sanit*. 2015;29(4):247-51.
12. Figueroa-Martín L, Duarte-Clíments G, Sánchez-Gómez MB, Ruyman Brito-Brito P. Abordaje de la sexualidad en atención primaria: ¿qué valorar?. Ene. 2015; 9(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000200006&lng=es (consulta octubre 2025)
13. Ruiz-Moral R, Jiménez-López JL, Fernández-López MC, García-Sánchez E. Evaluación de la madurez del menor en el ámbito sanitario: la perspectiva de padres y pediatras. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2023;25(97): e11-e24.
14. World Health Organization (WHO). Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent-friendly health services. Geneva: WHO; 2012. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789241503594> (consulta octubre 2025)
15. Instituto de Salud Carlos III / Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER-ISCIII). Perspectivas del VIH y Salud Sexual en España. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/INFORMES/ESP_Perspectivas_informe-final.pdf (consulta octubre 2025)
16. Vallès X, Carnicer-Pont D, Casabona J. Estudios de contactos para infecciones de transmisión sexual. ¿Una actividad descuidada?. *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85(3):241-52.
17. Agustí C. TESTATE: Oferta on-line de kits de auto-reco-gida de muestras para la detección de VIH e ITS dirigida a gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans. *Rev Enf Emerg*. 2022; 20(2):90-7.