



Viernes 5 de febrero de 2010

Taller:

**“Hablemos de sexos en consulta
sin ningún género... de dudas”**

Moderadora:

Mercedes Reymundo García

Pediatra, CS La Paz, Badajoz.

Ponente/monitora:

■ **M.^a Teresa Peinado Rodríguez**

*Centro de Orientación Familiar y Centro Joven
de Anticoncepción y Sexualidad “Ciudad Jardín”.
Badajoz*

Textos disponibles en

www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Peinado Rodríguez MT. Hablemos de sexos sin género... de dudas. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2010. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010. p.299-308.

Hablemos de sexos sin género... de dudas

M.^a Teresa Peinado Rodríguez

*Centro de Orientación Familiar
y Centro Joven de Anticoncepción
y Sexualidad “Ciudad Jardín”. Badajoz
maytep@telefonica.net*

RESUMEN

La sexualidad forma parte del capital de salud de las personas y este se adquiere antes de los 15 años de edad.

La población adolescente es especialmente vulnerable a los riesgos derivados de su conducta sexual. Por todo ello, nos debemos poner “manos a la obra” desde todos los estamentos de la sociedad y por tanto desde las consultas de pediatría de Atención Primaria, lugar de privilegio para abordar dicho “capital de salud” en lo referente a medidas de prevención y promoción de la salud en cuestiones de salud sexual y reproductiva.

El “capital de salud” se podría definir como el conjunto de actitudes de respuesta saludables ante temas que afectan a la salud y calidad de vida. Este capital, se adquiere mediante la información, valores y conductas antes de los 15 años y ayuda a vivir una vida saludable. Desafortunadamente, no llega a todos los jóvenes por igual.

Los componentes del “capital de salud” son:

1. Sexualidad.
2. Nutrición.
3. Drogas.

4. Seguridad y riesgos.
5. Actividad física.
6. Salud mental.

Este capital de salud puede aumentarse o establecerse en edades posteriores, pero su carencia, al igual que las del área de los determinantes sociales de la salud, puede originar desventajas con repercusiones que se mantienen a lo largo de toda la vida; de ahí la importancia de las intervenciones tempranas en esta materia¹.

Así, aparte de ser un pilar para el capital de salud, la sexualidad es una dimensión importante del ser humano, nos acompaña desde el nacimiento y tiene un papel esencial en el proceso de desarrollo de las personas. Es todo un mundo por descubrir; la vivencia de cada uno es única e irrepetible, ya que no hay modelos para expresar nuestros sentimientos y sensaciones².

La OMS definió en 1975 la sexualidad como "una energía que nos impulsa a buscar afecto, contacto, placer, ternura e intimidad. La sexualidad influye en nuestros pensamientos, sentimientos, acciones e interacciones y, por tanto, está relacionada con la salud física y mental"¹.

La sexualidad incluye tres conceptos básicos:

1. La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductora y para regularla de conformidad a una ética personal y social.
2. 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.
3. La ausencia de trastornos orgánicos y de enfermedades y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductora.

La comunidad sanitaria consideró a la población adolescente especialmente vulnerable a los riesgos relacionados con su conducta sexual, dado que se trata de un

período de maduración, donde experimentar es algo normal.

Los niños crecen, y se preguntan sobre los cambios y sensaciones que experimenta su cuerpo, los sentimientos hacia otras personas y las diferentes formas de expresión de la sexualidad. Si conocemos nuestro cuerpo, nuestros deseos y sentimientos y nos aceptamos como somos, estamos en el camino para ser personas sanas, libres y responsables y sobre todo felices².

Para responderles y acompañarles en estas cuestiones, debería existir un engranaje en la sociedad que les ofreciera una educación sexual de calidad, sin dobles mensajes, sin embargo, y pese a lo que pudiera parecer hoy día, sigue siendo un debate eterno; cada cual desde su postura defendiendo un punto de vista particular: lo bueno frente a lo malo, lo prohibido frente a lo permitido, los que dicen que incita frente a los que piensan que educa³.

Con ello, y sin ser conscientes de ello, continuamente educamos en sexualidad, a través de nuestros debates, nuestros pudores, nuestros silencios y opiniones.

Está demostrada la importancia de introducir en la educación sexual y en la promoción de la salud, la perspectiva de género ya que aun existen diferencias en la socialización y en la atribución simbólica de roles para cada género que llevan a la delicada situación de calificar una bofetada en una discusión de pareja como muy grave para casi un 97% de chicas y solo grave para un 73,8% de chicos⁴.

Todos los adultos, intentamos delegar en otros esta tarea tan importante de educar en sexualidad, quizás presos de nuestras propias inseguridades y temores. Si somos padres delegamos en el profesorado, si somos profesores en la familia o la sociedad, si somos profesionales de la salud en familias o profesores... En definitiva, entre todos contribuimos a que los adolescentes sean un grupo de riesgo en el que aumentan las gestaciones no deseadas y por tanto las interrupciones voluntarias del embarazo, donde aumentan las infecciones de transmisión sexual (ITS), los abusos, etc...

En la actualidad, está ampliamente reconocido que el embarazo en adolescentes y la maternidad temprana se asocian al fracaso escolar, deterioro de la salud física y mental, aislamiento social, pobreza y otros factores de índole similar⁴.

Desde el punto de vista de los servicios de salud, hasta que los datos no nos han hecho temblar; hemos considerado que la adolescencia era una etapa libre de problemas de salud, una población que en términos generales no solo no enferma, sino que percibe su estado de salud como bueno o muy bueno. Esta afirmación sería cierta si medimos la salud con indicadores clásicos de morbi-mortalidad; sin embargo, si analizamos desde el punto de vista de la promoción de la salud, el capital de salud que se adquiere durante la infancia y la adolescencia, los resultados son distintos¹.

En nuestra mente de asistencialistas o intervencionistas no cabe demasiadas veces la importancia de un programa de educación sexual para niños y adolescentes de carácter preventivo y de promoción de la salud, desde la Atención Primaria de Salud y lo achacamos a la falta de tiempo y de recursos humanos y materiales⁵.

Si a lo ya expuesto, añadimos que la sociedad, la familia, el sistema educativo y el sanitario no reconocen el derecho de que los adolescentes puedan ser sexualmente activos, negándoles la información y la asistencia necesaria para ser libres y responsables en materia de sexualidad, habremos contribuido a que sea un grupo muy vulnerable, de riesgo.

ALGUNOS DATOS PARA LA REFLEXIÓN

Fecundidad y natalidad

Según el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, en 2005 hubo 9.644 embarazos en mujeres menores de 18 años, justo un 8% más que en 2004.

Cabe destacar que la edad de los padres por debajo de 20 años es un factor de riesgo para los recién nacidos. Los embarazos en menores de 20 años, presentan el doble de riesgos biológicos asociados a menor peso al nacer, parto distócico y prematuridad. Además, hay que tener en cuenta los riesgos socioculturales que estos casos suelen llevar asociados.

En 2005, se produjeron en España 14.064 nacimientos en los que uno o ambos progenitores era menores de 20 años (un 3% del total de nacimientos). En el 17,9% de los casos (2.520 nacimientos), ambos eran menores de 20 años y en el 84,1% (11.829 nacimientos), personas solteras, tal y como muestra la tabla I.

Los principales indicadores de natalidad y fecundidad en España el año 2005, fueron: número de nacimientos: 466.371, en constante aumento desde 1998; el porcentaje de nacidos de madre extranjera se situó en un 15,1%; la tasa bruta de natalidad, en 10,7%; el número medio de hijos por mujer en edad fértil, en 1,35%, y la edad media de las madres al nacimiento de su primer hijo, en los 29,3 años¹.

Tabla I. Nacimientos en España según la edad de los padres y madres, y el estado civil de la madre. 2005

Madre	Madre/padre		
	Menos de 20 años	Todas las edades	
<20 años	Casada	144	2.121
	Soltera	2.376	10.910
	Total de casadas y solteras	2.520	13.031
Todas las edades	Casada	258	342.433
	Soltera	3.295	123.938
	Total de casadas y solteras	3.553	466.371

Fuente: Movimiento natural de la población. 2005. INE.

Elaboración: Subdirección General de Promoción de la Salud Epidemiológica.

Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en la última década se han duplicado el número de gestaciones interrumpidas en todos los grupos etáreos, sobre

todo en mujeres menores de 19 años y en el grupo de 20 a 24 años como se muestra en la tabla II⁶.

En la tabla III se muestra la tasa de interrupciones voluntarias de embarazo por mil mujeres según la Comunidad Autónoma y cabe destacar que Aragón, Cataluña, Murcia,

Tabla II. Tasas por 1.000 mujeres por cada grupo de edad. Total Nacional

Año	19 y menos años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40 y más años
2007	13,79	20,65	15,57	11,07	7,67	3,25
2006	12,53	18,57	14,44	10,12	7,34	3,05
2005	11,48	16,83	12,6	9,07	6,48	2,87
2004	10,57	15,37	11,43	8,57	6,12	2,69
2003	9,9	15,31	11,3	8,28	6,02	2,69
2002	9,28	14,37	10,72	8,1	5,84	2,72
2001	8,29	12,86	9,34	7,44	5,42	2,47
2000	7,49	11,88	8,66	6,9	5,11	2,35
1999	6,72	10,26	7,9	6,37	4,86	2,34
1998	5,71	9,13	7,35	5,99	4,65	2,35

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. 2005

Tabla III. Tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años según Comunidad Autónoma de residencia. Total nacional

Comunidad Autónoma de residencia	año 2007	año 2006	año 2005	año 2004	año 2003	año 2002	año 2001	año 2000	año 1999	año 1998
Andalucía	11,22	10,46	9,99	8,98	8,25	7,33	6,77	6,19	5,49	5,16
Aragón	11,91	11,85	10,92	10,10	10,70	9,94	8,89	7,83	7,28	7,03
Asturias	7,72	8,33	8,27	8,55	7,84	7,75	7,22	8,38	6,95	7,15
Baleares	14,91	14,00	12,57	12,38	13,70	14,25	13,21	13,56	11,84	11,13
Canarias	10,74	8,87	7,23	6,23	6,25	6,82	7,28	8,04	7,22	6,98
Cantabria	4,63	4,86	4,42	4,51	4,26	4,44	4,08	3,92	4,00	3,75
Castilla-La Mancha	8,20	6,71	6,65	5,79	5,80	5,23	4,54	4,35	4,67	4,20
Castilla y León	6,38	6,40	5,86	5,80	5,84	5,61	5,54	5,63	5,85	5,52
Cataluña	14,31	13,57	11,46	10,89	11,39	11,37	10,18	9,67	8,59	7,65
Comunidad Valenciana	10,46	9,92	9,10	8,60	8,27	8,26	7,50	6,82	6,00	5,74
Extremadura	5,46	5,19	5,26	5,19	3,83	3,76	3,61	4,27	3,70	3,73
Galicia	4,51	4,40	4,43	4,47	4,22	4,35	4,16	3,97	3,81	4,12
Madrid	16,00	14,18	12,81	12,03	12,83	12,19	10,47	8,90	8,72	7,46
Murcia	14,80	13,10	11,70	10,48	11,69	11,54	9,68	7,96	5,64	4,88
Navarra	5,65	5,31	5,21	5,22	4,81	4,56	3,99	3,63	2,96	2,53
País Vasco	6,84	5,99	5,42	4,47	3,99	3,94	3,55	3,55	3,04	2,74
La Rioja	8,64	8,25	8,22	7,58	8,04	8,52	6,44	6,55	6,28	5,29
Ceuta y Melilla	3,74	2,66	3,25	3,10	3,06	2,55	3,21	2,53	2,96	2,86
Total	11,49	10,62	9,60	8,94	8,77	8,46	7,66	7,14	6,52	6,00

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. 2005

Baleares y Madrid superan la tasa total registrada en 2007.

El crecimiento de las IVE en las jóvenes menores de 24 años cabe asociarlo con un importante conjunto de transformaciones que han venido ocurriendo en España a lo largo de la última década⁷⁸, como son:

- Cambios sociodemográficos con un fuerte crecimiento de la inmigración.
- Transformación en las condiciones de vida juvenil, con un fuerte crecimiento del trabajo asalariado en condiciones de temporalidad y un correlativo y significativo abandono de los estudios en importantes colectivos de lo que podríamos llamar clases medias y medias bajas.
- Afirmación progresiva de una sexualidad joven cada vez más temprana y generalizada. De una sexualidad que, parcialmente, incorpora las denominadas prácticas de riesgo en su propio desarrollo.
- Importante caída del esfuerzo institucional y educativo en el ámbito de la Educación para la Salud en el sistema educativo.

Contracepción y sexualidad

Según la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales (ESHS) en España, el 16,5% de las personas de 18-29 años, ha tenido su primera relación sexual con menos de 16 años⁷⁹. Si analizamos este dato por grupos de edad, en ambos sexos se observa que en el grupo más joven (18-19 años) se da el porcentaje más elevado, sobre todo en las mujeres, que casi se duplica, pasando del 10,8% en las de 25-29 años al 18,9% en las menores de 20¹⁰. De ahí que en los últimos años, esté emergiendo un colectivo de IVE en menores de 16 años, inexistente hasta hace pocos años⁷.

Al descender la edad de la primera relación sexual y al retrasarse la edad en la que se forma una familia, tiende a aumentar el número de parejas sexuales monógamas de corta duración.

En 2004, un 10% de chicas entre 14 y 29 años se quedaron embarazadas sin desearlo; el 77% se quedaron embarazadas entre los 15 y 21 años. El 31,3% acabó abortando.

El preservativo, sigue siendo el método anticonceptivo más usado, seguido de la píldora.

En la mayoría de las ocasiones, es el hombre quien lleva el preservativo; pero, a medida que aumenta la edad, parece que se comparte la iniciativa de tener un preservativo disponible en el primer encuentro sexual con una nueva pareja, disminuyendo el gran desequilibrio por sexo existente en esta conducta¹⁰.

El uso del preservativo en la primera relación coital es cada vez más frecuente: entre los de 40 años o más, solo usaron el preservativo en la primera relación coital el 31,5 %, mientras que en los menores de 30, lo usaron el 79,6%, por tanto, dicho método está adquiriendo el lugar que le corresponde de aceptación por los jóvenes. Cuando se les pregunta la razón de su uso, la mayoría es por prevenir embarazo.

Según el estudio del INJUVE, el principal motivo para utilizar el preservativo es prevenir un embarazo, frente a protegerse del VIH y otras ITS. La juventud percibe el propio riesgo de infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual como algo lejano, que no le puede pasar; siente que el VIH es una amenaza en cierta medida superada y que sólo les ocurre a otras personas (invulnerabilidad), y reconoce utilizar la apariencia física o el tener alguna referencia de la pareja como un indicador para bajar la guardia y olvidarse de la prevención¹¹.

Contracepción hormonal de emergencia

La falta de una planificación que evite las consecuencias no deseadas de la práctica sexual puede medirse, aparte del embarazo no deseado y el IVE, a través de otras situaciones como el uso de la contracepción hormonal de emergencia.

Según la Federación de Planificación Familiar de España, se estima que unas 40.000 jóvenes españolas

recurren cada año a este tipo de contracepción; alejando como motivo de su uso en primer lugar la ruptura de preservativo y en segundo lugar el no uso de otro método.

Su comercialización ha supuesto regularizar una situación anómala, sobre todo en cuanto a su prescripción y dispensación se refiere. La ausencia de estrógenos en su composición, minimiza sus efectos secundarios en relación con las anteriores pautas de administración.

Se estima que la eficacia de este fármaco, tomado dentro de las 24 horas siguientes a la relación sexual de riesgo, es del 95%. Este porcentaje desciende al 85% si se toma entre las 24-48 horas después, y al 58% si se emplea entre las 48 y 72 horas.

Infecciones de transmisión sexual

Más de 30 enfermedades bacterianas, virales, fúngicas y parasitarias pueden ser transmitidas por vía sexual.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un importante problema de salud pública tanto por la magnitud que alcanza a nivel global como por sus complicaciones y secuelas, si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz.

En España, solo son de declaración obligatoria, la sífilis y la gonococia que han sufrido un descenso importante de incidencia hasta 1999, luego se han estabilizado y a partir del 2003 ha habido un repunte, sobre todo de la sífilis.

Las ITS más frecuentes son las producidas por clamidias, que afectan al 5-7% de jóvenes europeos.

La infección viral que más ha aumentado en los últimos años ha sido la producida por el papilomavirus y de la que se espera un retroceso importante gracias a la prevención primaria que nos ofrecen las nuevas vacunas contra dicho virus.

La enfermedad más grave y preocupante de las transmitidas por vía sexual es la **infección por VIH**.

En 2007 en España, se estima que viven entre 120.000 y 150.000 personas con VIH o SIDA, es decir, alrededor de 3 de cada 1.000 ciudadanos. De esta estimación, entre el 20-25% son mujeres y entre el 75-80% hombres. Y una cuarta parte de estas personas no sabe que está infectada¹². Además, se estima que cada año se producen entre 2.500 y 3.500 nuevas infecciones y mueren 1.600 personas con la infección por VIH como causa principal.

En cuanto a la transmisión, se ha producido un gran cambio en los patrones epidemiológicos. Mientras que, en décadas pasadas, las nuevas infecciones se transmitían por el uso compartido de material para inyección de drogas, actualmente la categoría de transmisión heterosexual es la más frecuente (46,6%), seguida por la de hombres homosexuales/bisexuales (30,1%) y la de usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), que sumó un 16,3%¹⁰.

A MODO DE REFLEXIÓN

1. 112.138 mujeres recurrieron al aborto para interrumpir su embarazo en 2007 y esto supone un aumento de más del 73% desde 1995 por lo que estamos ante **“un problema de salud pública”**. Es evidente que algo falla en las políticas de información, prevención y formación. No son suficientes, habrá que enseñar desde edades más tempranas para que tomen conciencia del riesgo.
2. Los jóvenes disponen de información pero no de formación ya que no la trasladan a sus conductas.
3. Los mitos relativos a la sexualidad están muy arraigados en nuestra cultura y tendríamos que ayudar a desterrarlos desde las consultas de primaria y desde nuestras intervenciones con la población, (padres y adolescentes).
4. A los jóvenes les faltan habilidades para buscar asesoramiento en esta materia, si además sumamos la creciente falta de autoestima y autocuidados y añadimos la estigmatización de los roles asignados a cada sexo, tenemos el caldo de cultivo para que sean un grupo muy vulnerable, de riesgo.

CUESTIONES LEGALES SOBRE LA ATENCIÓN SANITARIA EN ADOLESCENTES

En nuestro ordenamiento jurídico existen diferentes "mayorías de edad", según sea el asunto sobre el que se ha de aplicar. Así, por ejemplo, la **mayoría de edad sexual** empieza a los **trece años**, según el artículo 181 del Código Penal, que tipifica cuándo existe abuso sexual, ya que es a los 13 años cuando se supone la capacidad para consentir una relación sexual.

A los **catorce años** cumplidos, se alcanza la **mayoría de edad matrimonial** (artículo 48 del Código Civil). A los **dieciséis años**, se sitúa la **mayoría de edad sanitaria**.

Al cumplir los **dieciocho años**, se adquieren las **mayorías de edad civil** (artículo 12 de la Constitución Española y 315 del Código Civil), **penal** (artículo 1.1 de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores), **electoral y contractual** (artículo 1263 del Código Civil)¹.

En lo que se refiere a la autonomía sanitaria del menor, el legislador establece la emancipación sanitaria en los dieciséis años. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, prevé en su artículo 9.3.c. el ejercicio del derecho a la prestación del consentimiento informado por el menor, en los siguientes términos: "cuando se trate de menores no incapaces, ni incapacitados pero emancipados o con 16 años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación".

Todo niño o niña que haya cumplido esta edad, esté o no emancipado/a, goza de independencia sanitaria y tiene plena capacidad, por ejemplo, para aceptar o rechazar la información clínica, compartirla u ocultarla a sus representantes legales, aceptar o rehusar el tratamiento médico, elegir libremente la opción clínica disponible (alternativa, facultativo o centro asistencial) y a mantener el consentimiento informado o a revocarlo en cualquier momento.

Ningún menor con dieciséis años cumplidos necesita la intervención o la supervisión de sus padres/madres para consentir libremente. Existen ciertas limitaciones ya que en el mismo artículo se establece que "en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente".

Existían tres supuestos, contemplados en el artículo 9.4 de la Ley de Autonomía del Paciente, en que los menores de dieciocho años no tenían autonomía para consentir:

- La interrupción voluntaria del embarazo.
- La práctica de ensayos clínicos.
- La práctica de técnicas de reproducción asistida.

Hablaba en pasado, por haberse caído la interrupción voluntaria del embarazo con la nueva reforma de la Ley del Aborto.

No existe, en nuestro ordenamiento jurídico una edad concreta a partir de la cual considerar a un menor "capaz" o "maduro", ni unos criterios concretos a los que atender para valorar el grado de madurez del menor o la menor. Hasta la adquisición de la independencia sanitaria, alcanzada a la edad de 16 años, la opinión del o la menor debe ir adquiriendo más peso en la decisión final del facultativo, de forma progresiva cuanto mayor sea su edad y capacidad de discernimiento, siempre ponderados, en relación con las circunstancias concretas y con la importancia de la decisión que se le exija, desde el escrupuloso compromiso del o la profesional con los principios éticos de primer orden que son beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia para con las o los pacientes.

NIÑOS/ADOLESCENTES Y SISTEMA SANITARIO

Los recursos sanitarios siguen siendo escasos en España y países de nuestro entorno.

La OMS alertó sobre la necesidad de que servicios de salud de calidad respondan a las necesidades de niños y adolescentes. La salud de la juventud no siempre es excelente y si no se desarrollan las condiciones y actividades adecuadas, el bienestar y la salud pueden perderse, de hecho se han incrementado las conductas y condiciones de riesgo, han subido las tasas de embarazos no deseados, aumentado la violencia y las tasas de suicidios...

Debemos dar respuesta desde la Atención Primaria de Salud, mejorando el acceso, la atención, la información y educación, la utilización de enfoques como la educación entre iguales y en habilidades para la vida; el fomento de la participación de la gente joven, y la creación de un entorno seguro.

No resulta fácil acceder a los servicios de salud, entre otras razones porque las características estructurales y de funcionamiento de la mayoría de los sistemas y servicios sanitarios del mundo no se ajustan a las particularidades propias de esta etapa de la vida ni a la concepción que la población adolescente tiene sobre la vida y, en particular, sobre la salud.

La población joven no identifica al sistema sanitario ni a las y los profesionales sanitarios como interlocutores para asuntos relacionados con la prevención y muchos/as jóvenes tienen serios reparos para revelar sus comportamientos de riesgo¹³.

A los ojos de los adolescentes, los servicios sanitarios no son accesibles, ni están fácilmente disponibles, ni guardan equidad, por lo que no suelen utilizarlos¹.

Motivos del escaso uso¹:

- a) Localización inadecuada, excesivamente distante de los lugares donde los jóvenes viven, estudian o trabajan.
- b) Horario incompatible con su modo de vida.
- c) Falta de visibilidad del recurso.
- d) La potencial trasgresión de la confidencialidad, es

decir, miedo a que el o la profesional de la salud no mantenga la debida privacidad.

- e) Miedo a perder el anonimato, esto es, miedo a ser reconocidos o reconocidas en una sala de espera.
- f) Temor a que se les hagan preguntas difíciles y/o juicios morales.
- g) Que no se obtengan fácilmente ciertas prestaciones que demandan (p. ej., la píldora postcoital).
- h) Que reciban un trato desagradable por el personal del centro.

Todo se complica si tenemos en cuenta que los profesionales sanitarios también tienen dificultades para atender a la población adolescente, dificultades que se centran en su falta de formación específica en el trato con este tipo de población y en el exceso de presión asistencial que suelen soportar y que no permite la disponibilidad del tiempo necesario para la detección y el abordaje de las conductas de riesgo.

DIFICULTADES QUE PUEDE ENCONTRAR EL PEDIATRA

1. La no definición clara de la tarea por la amplitud y la naturaleza imprecisa de la salud sexual y reproductiva.
2. La dificultad que entraña la separación del "rol profesional" con las cuestiones personales y morales, como prejuicios, valores que son tan difíciles de desligar.
3. Muchos pediatras reconocen no estar capacitados para abordar la temática, pero sí tienen elementos básicos para comenzar a trabajar; no obstante, este punto tiene fácil solución.
4. La falta de tiempo y conocimiento en algunos casos les hacen tener una visión excluyente y por tanto, derivadora.

ESTÁIS EN EL LUGAR ADECUADO

1. El pediatra de los equipos de Atención Primaria (EAP) conoce la población con la que trabaja y tiene un vínculo profundo con las familias, lo que permite el diálogo fácil.
2. Suele existir una buena relación médico- paciente-padres, ya que acompaña a los padres en el crecimiento de sus hijos.
3. La visión social es amplia y saben practicar con destreza la promoción y prevención de la salud.

CONCLUSIONES

1. Tratar la sexualidad, nos arroja a los médicos, a la dimensión social de la práctica médica, en la cual, la interacción con valores sociales y culturales excede del alcance de los procedimientos pautados; sin embargo, somos eslabón importante para velar por este aspecto de la salud de niños y adolescentes, siempre desde el acompañamiento y la prevención-promoción.

Ustedes están bien posicionados para ello, ya que:

- Su especialidad los habilita para mirar con sensibilidad y compromiso social.
 - Por el contacto con adolescentes y padres, sujetos principales de esta problemática.
 - Por la función que cumplen en la atención que prestan a sectores de población vulnerables.
 - Por la importancia de su práctica en la promoción y prevención de la salud.
2. Toda la población juvenil es susceptible de mejorar su salud a través de la promoción de la misma, aun en el caso de que padezca una enfermedad crónica.
 3. Se considera que durante la infancia y la adolescencia

es esencial adquirir un **capital de salud**, en términos de información sobre temas claves y la adquisición de habilidades de vida y actitudes de respuesta saludables.

4. La actividad sexual sin protección genera un gran número de embarazos no deseados, de abortos y de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
5. La Organización Mundial de la Salud ha formulado objetivos para mejorar la salud sexual y reproductiva (SSR)⁵:
 - Informar y educar a las y los adolescentes sobre todos los aspectos relevantes de la sexualidad y la reproducción.
 - Asegurar su acceso a servicios de SSR adecuados para adolescentes y jóvenes.
 - Reducir los embarazos no deseados, abortos e infecciones de transmisión sexual.

Las acciones propuestas implican intervenciones en diferentes áreas:

- Reformas y mejoras en el sistema sanitario.
- Reformas legales.
- Estrategias de información, educación y comunicación.
- Formación de profesionales.
- Equidad de género.
- Monitorización y evaluación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo de promoción de la salud. Comisión de salud pública. Ganar Salud con la Juventud.

- Nuevas recomendaciones sobre salud sexual y reproductiva, consumo de alcohol y salud mental. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. [Fecha de acceso 17 dic 2009]. Disponible en www.mspes.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/jovenes_2008.pdf
- Oliveira M. Eros: Materiais para pensar o amor: Vigo: Edicións Xerais de Galicia; 1995.
 - Diezma JC, De la Cruz C. ¿Hablamos de sexualidad con nuestros hijos? Madrid: CEAPA; 2002.
 - Bertrán M. Una encuesta entre adolescentes constata la vigencia del sexismo. La Vanguardia, 11 de julio de 2007.
 - Peinado Rodríguez M. La Consulta Joven: un reto para la Atención Primaria. Revista Primer Nivel; 2002.
 - Instituto Nacional de Estadística. Interrupciones Voluntarias del Embarazo. Resumen general 1995-2002. Anuario Estadístico de España. Madrid: INE; 2004. [Fecha de acceso 22 dic 2009]. Disponible en www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario04/anu04_5salud.pdf
 - Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Observatorio de Salud de la Mujer: Estudio sociológico: contexto de la interrupción voluntaria del embarazo en población adolescente y juventud temprana. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2006.
 - Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior: Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2008. Ministerio de Sanidad y Política Social. [Fecha de acceso 17 dic 2009]. Disponible en www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm
 - Instituto Nacional de Estadística. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Encuesta de salud y Hábitos Sexuales. España, 2003. Madrid: INE; 2006.
 - Belza MJ, Koerting A, Suárez M. Jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por VIH. Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. España, 2003. Fundación para la Investigación y Prevención del Sida en España (FIPSE); 2006. [Fecha de acceso 20 dic 2009]. Disponible en www.portalsida.org/repos/jovenes.pdf
 - Bimbela JL, Maroto G. Mi chico no quiere utilizar condón, estrategias innovadoras para la prevención de la transmisión sexual del VIH/SIDA. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2003.
 - Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual. Evolución en el periodo 1995-2007. ISCIII. [Fecha de acceso 17 dic 2009]. Disponible en www.isciii.es/htdocs/pdf/its.pdf
 - Hernán H, Ramos M, Fernández A. Salud y juventud. Madrid: Consejo de la Juventud de España; 2002. [Fecha de acceso 17 dic 2009]. Disponible en www.cje.org/C13/Catálogo/default.aspx?lang=es-ES