



UNIVERSIDAD DE VIGO

Campus de Pontevedra

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública

Campus A Xunqueira
36005 PONTEVEDRA

Teléfono: 9 86 80 17 50

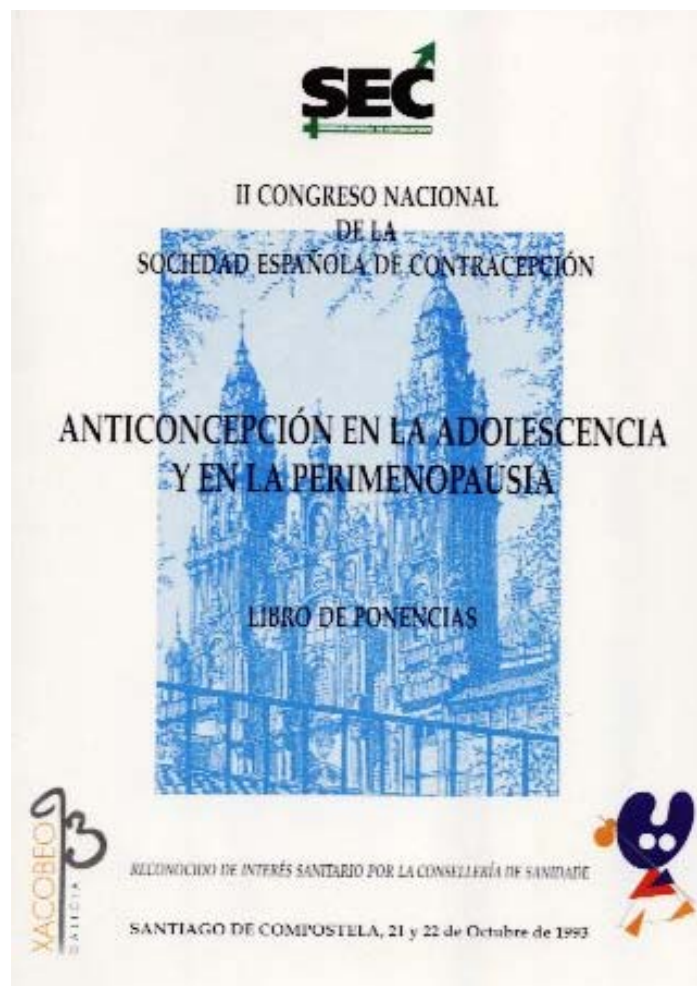
Fax: 9 86 80 17 80

Correo electrónico: lurdesmg@uvigo.es

Dirección URL: <http://www.uvigo.es/webs/mpsp>

Dirección URL: <http://www.uvigo.es/webs/ageps>

Maceiras L, Barros JM. Adolescentes en la consulta: estrategias y métodos de intervención. En: Maceiras L (ed). *Libro de ponencias del II Congreso Nacional de la Sociedad Española de Contracepción: Anticoncepción en la adolescencia y en la perimenopausia*. Santiago de Compostela: Sociedad Española de Contracepción, 1994; 55-86. [ISBN: 84-604-9986-3; Depósito Legal: C-679/1994].



Adolescentes en la consulta: estrategias y métodos de intervención.

Lourdes Maceiras García¹

Juan Miguel Barros Dios²

¹ *Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Vigo*

² *Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela*

I. INTRODUCCIÓN

Una vez establecida la planificación familiar como un derecho de la persona, durante la Conferencia Mundial de la Población, de las Naciones Unidas, en Bucarest en 1974, quedaban por especificar los derechos de los adolescentes a este respecto. Y éste fué el objetivo de la Conferencia Internacional de la ONU sobre Población que se celebró en Méjico en 1984; la Recomendación 29 del Informe de dicha Conferencia dice:

"Se exhorta a los gobiernos a que pongan los medios para que los adolescentes, tanto muchachos como muchachas, reciban una educación adecuada en su vida familiar y sexual, con la debida consideración hacia las funciones, derechos y obligaciones y hacia los cambios en los valores individuales y culturales. Los adolescentes deben disponer de unos servicios adecuados de información y planificación familiar dentro de los diferentes ámbitos socio-culturales de cada país."

Los adolescentes en su desarrollo integral y, dentro de éste, en su desarrollo sexual, se enfrentan a problemas y necesidades específicas, que solamente se solventarán con una educación y sanidad adecuadas, sin que ambas puedan suplir, por supuesto, la formación de su personalidad en el ámbito familiar y una adecuada socialización.

Hablando de adolescentes y servicios para ellos, la pregunta es: **¿planificación familiar?**, **¿control de la natalidad?**, **¿regulación de la fecundidad?**... Es obvio que no van a formar una familia en breve ni van a tener hijos pronto, pero también es obvio que todo lo que viven les prepara para el futuro. Se llame como se llame, y nosotros nos inclinamos por '*regulación de la fecundidad*', lo que está claro es que las estrategias de intervención en adolescentes tienen que tener en cuenta que

hay motivos suficientes para ofrecerles servicios de planificación familiar más ajustados a sus necesidades y expectativas; ello no implica necesariamente que dichos servicios estén *separados* de los que reciben los adultos, ni que se considere a los adolescentes como *grupo especial*, sin embargo hay que reconocer que la contracepción tiene unas particularidades, tanto psicológicas y sociales como físicas, para cualquier grupo delimitado por la edad (también las tiene en la perimenopausia); así que dichas estrategias tienen que hacer hincapié en una asistencia sanitaria dirigida a la prevención de embarazos no deseados y ETS, y de todas las consecuencias biopsicosociales de esas dos alteraciones, también a la ayuda para superar los procesos de maduración física y emocional, y para clarificar que deben retrasar la maternidad/paternidad hasta haber alcanzado esa madurez.

La previsión de crear una estructura de *servicio modelo* para adolescentes, nos obliga a establecer unas directrices prácticas con objeto de que los profesionales que trabajan en este campo, puedan ofrecer una atención específica. Aunque no se puede esperar que haya un modelo *ideal* de centro concebido para cada situación, sí se reconoce que los adolescentes corren riesgos sanitarios comunes y tienen derecho a una asistencia sanitaria del mismo modo que los adultos. Además, se trate de países desarrollados o no, los adolescentes comparten, cada vez en mayor medida, una cultura de masas común, como resultado de los cambios socioculturales originados por la urbanización, industrialización y desarrollo de las comunicaciones; estos fenómenos sociales tienen un gran efecto en la socialización sexual de los jóvenes, que se hallan expuestos a determinados sistemas de valores que, en el fondo, son los causantes de ciertos problemas comunes.

II. ¿QUÉ SERVICIOS SE PUEDEN OFRECER?

1. Lo primero que hay que realizar es un análisis de la situación de los adolescentes/jóvenes con los que queremos trabajar: identificar problemas y necesidades en la población diana.
2. Establecer prioridades entre las necesidades detectadas.
3. Fijar los objetivos que queremos lograr.
4. Determinar las actividades necesarias para alcanzar los objetivos.
5. Hacer una previsión de los recursos necesarios.
6. Poner en marcha el servicio: intervención.
7. Evaluar los resultados obtenidos.

Las necesidades son siempre mayores que los recursos disponibles. De todos modos se puede plantear un servicio de asesoramiento personal y telefónico solamente, o un servicio clínico completo que puede constar de:

- información
- asesoramiento psicológico y biológico

- contracepción
- intercepción postcoital
- pruebas de embarazo
- información sobre interrupción voluntaria del embarazo (IVE)
- exámenes ginecológicos
- pruebas de enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- pruebas de rubeola
- pruebas de cáncer

Cuanto más en conexión esté el servicio para jóvenes con los demás servicios asistenciales, hay mayores posibilidades de ofertas y en mejores condiciones.

III. PREFERENCIAS DE LOS JÓVENES EN CUANTO A LOS SERVICIOS

Un estudio llevado a cabo en Italia durante el curso 1983-84, reveló los motivos por los cuales no asistían los jóvenes a los Centros de Planificación Familiar (CPF):

14% Les preocupaba el ambiente que pudiera tener la clínica (clase de sitio, actitud del personal...).

13% Tenían miedo del examen ginecológico.

12% Temían que sus padres pudieran enterarse.

12% Sólo tenían relaciones sexuales de forma ocasional.

10% No conocían la dirección.

7% Creían que los CPF no admitían a menores.

6% Temían que los anticonceptivos fuesen peligrosos.

6% Falta de dinero.

5% No sabían que existían los CPF.

4% Temían que pudiesen ser juzgados.

3% El compañero no lo deseaba.

3% No necesitaban del servicio.

5% Otras causas.

Casi diez años antes en EE.UU. ya los jóvenes les achacaban, en otro estudio, dos obstáculos principales:

* El 69%: tener que pedir la consulta por adelantado. Preferían un centro que estuviese abierto las veinticuatro horas del día y donde la información y ayuda se pudiesen obtener de forma inmediata.

* Temor a que sus padres descubriesen su vida sexual. Sin embargo el 90% de los padres entrevistados, dijo estar a favor de que se recetaran anticonceptivos a los adolescentes sin consentimiento previo paterno. Torres realizó en 1978 una investigación sobre 1.000 menores que utilizaban los CPF, y descubrió que el 54% de ellos había hablado con sus padres y éstos estaban enterados de ello.

Otros obstáculos reseñados en esa ocasión habían sido:

- * Ansiedad por lo que ocurriese en la consulta.
- * Temores en relación con las exploraciones ginecológicas, el ambiente de los centros y las personas que hubiese en ellos.
- * Temores a los riesgos y problemas asociados al uso de determinados anticonceptivos.
- * Pago de los servicios (el 6%).
- * Incluso el simple hecho de cómo ocultar una caja de píldoras o un diafragma a sus padres.

En Suecia se han realizado dos pequeños estudios desde la implantación del servicio para adolescentes, los cuales confirmaron las preferencias de los usuarios por un sistema sin previa concertación de visitas y por un servicio separado para gente joven.

Otro estudio, realizado en Polonia, puso de manifiesto las causas que llevaban a los jóvenes a preferir un servicio específico para ellos y no uno de los existentes para población general (que tendrían que compartir con los adultos):

- Se sentirían confundidos y avergonzados en la sala de espera entre los adultos.
- No les gustaría ser el foco de atención, creyendo que los adultos no entenderían o no aprobarían sus problemas.
- Tendrían más confianza en profesionales que trataran específicamente los problemas juveniles.

Los estudios que se siguen haciendo actualmente, tanto en España como en otros países, siguen dando los mismos resultados. Los mismos temores y las mismas preferencias. Eso nos hace sospechar que las necesidades no están siendo cubiertas, que no existen los servicios o no son suficientes los que existen.

Por otro lado no hay que perder de vista que la asistencia en temas de sexualidad y contracepción a adolescentes pasa por una buena información desde el servicio que se monte para ellos, unida a la educación sexual en la escuela y en la familia.

Es en el seno familiar donde niños y niñas descubren su cuerpo y tienen posibilidades de compararlo con el del otro sexo, por lo tanto es ahí donde pueden empezar las prohibiciones y las vivencias parcializadas del cuerpo. Resulta sorprendente comprobar que la intervención de los padres en la educación sexual de sus hijos no alcanza a más del 20% de los jóvenes, quedando el

80% restante a merced de otras fuentes de información (amigos, medios de comunicación, revistas, libros...).

De todos modos hay que ser realistas en cuanto a la incapacidad para impartir una buena educación sexual, tanto por parte de los padres como de los colegios; eso deja a los adolescentes sin una preparación física y psicológica frente a los cambios que les sobrevienen.

Así que buscarán en estos profesionales no sólo la atención clínica, sino también la información que no tienen. Y es importante esta salida alternativa a través de un asesoramiento profesional y emocionalmente neutral, libre de las ligaduras y complicaciones de la familia. Como consecuencia, los servicios para adolescentes deben estar preparados para salvar las distancias de forma asequible, además de ofrecer los servicios de planificación, en caso de ser necesarios. Es muy probable que las visitas a tales servicios tengan lugar después del primer coito, y que constituyan el único recurso de ayuda personal, junto con la de sus compañeros.

Estudios recientes revelan que las relaciones sexuales no son más frecuentes entre las jóvenes que han recibido educación sexual que entre las que no la han recibido, y que, en las mismas circunstancias, las primeras tienen menos probabilidades de quedarse embarazadas.

Dado que los/as amigos/as son a menudo la fuente de información sobre la sexualidad, y que ejercen gran influencia para ser sexualmente activos/as, muchos programas de prevención entrenan a adolescentes para que sirvan de *educadores* de sus compañeros: intervención desde '*grupos de iguales*' o '*de pares*' (estos/as chicos/as son '*mediadores juveniles*').

Algunos programas de planificación familiar y educación sexual con adolescentes, en diversos países, abordan la temática de una forma muy integral, y trabajan también sobre otros problemas de la juventud, tales como el abuso de drogas y de alcohol, los problemas escolares, el desempleo...

IV. ¿QUÉ ATENCIÓN ESPERAN ENCONTRAR?

A través de las respuestas a diversas encuestas realizadas, comprobamos que jóvenes de distintos países coinciden al señalar sus preferencias:

- * Profesionales altamente motivados, interesados por tratar los problemas de los adolescentes.

- * Personal preparado y capacitado para entablar unas relaciones amistosas. El primer contacto es muy importante y la persona que esté en la recepción es una pieza clave de este equipo.

- * Profesionales que autoexaminen sus propios estereotipos, prejuicios, etc., con respecto a los adolescentes y sus comportamientos.

- * Personas capacitadas para adaptarse y ser flexibles y tolerantes en el trato con ellos.

* Profesionales que sepan trabajar con un grupo. A veces las consultas se realizan en pandilla y la persona que está en el servicio tiene que saber dirigir la dinámica de ese grupo.

* Profesionales que NO:

- infravaloren la relación con el adolescente, sin considerarlo un *usuario real*;
- se comporten como *colegas*.

* Consulta profesional y competente, pero relajada y amistosa, sin enjuiciamientos.

* Ambiente agradable (en cuanto a local, decoración...).

* Buen sistema de horas de consulta:

- que no exista necesidad de cita previa;
- no tener que esperar mucho para ser atendidos.

* Separados de los adultos.

Sólo la creación de servicios que tengan en cuenta las diferencias entre las necesidades de los adolescentes y las de los adultos, pueden ofrecer una solución *de carácter clínico* al problema del rechazo que tienen los jóvenes hacia los servicios generales de planificación familiar.

Se ha demostrado categóricamente que el personal sanitario que trata a los adolescentes necesita una formación específica, especialmente en lo que se refiere a los aspectos psicológicos. Una actitud autoritaria o paternalista, ya tiene un efecto negativo en la relación clínica con un adulto, pero con un adolescente es altamente perjudicial. Un centro de estos, cuyo personal no cuente con una preparación adecuada, está condenado al fracaso.

También la confidencialidad es de vital importancia para un servicio juvenil que aspire al éxito.

Hay que tener en cuenta que los/as jóvenes que acuden a consulta, no siempre desean contracepción. ¡Ojo a las demandas no expresadas!

Por otro lado, el comportamiento de los adolescentes con los demás y consigo mismos, en temas de sexualidad y relaciones humanas, no difiere mucho del comportamiento de los adultos; el problema es que los *fallos* (como por ejemplo un embarazo no planificado) en los adultos se traducen en comprensión o diversión, mientras que en los adolescentes suelen conllevar reproches o incluso, a veces, formas sutiles de *castigos*.

V. METODOS DE INTERVENCIÓN:

SERVICIOS PARA ADOLESCENTES

Los primeros países que crearon servicios para adolescentes fueron Gran Bretaña y los Estados Unidos.

Estados Unidos

Kantner, Zelnik y Zabin hicieron la primera investigación sistemática en 1971, a un grupo de mujeres de edades comprendidas entre 15 y 19 años, y la repitieron en 1976. Durante ese tiempo el porcentaje de chicas sexualmente activas aumentó de un 15% a un 18% entre las de 15 años, y de un 47% a un 55% entre las de 19 años; además la edad del primer coito descendió de los 16,5 años en 1971 a los 16,2 en 1976. Vieron que el 50% de los embarazos en chicas muy jóvenes tiene lugar durante los primeros seis meses de actividad sexual, y más del 20% de la totalidad de éstos se producen en el primer mes.

Entre 1971 y 1982, el porcentaje de jóvenes solteras de 15 a 19 años que admitía haber tenido relaciones sexuales aumentó del 28% al 43%.

En una encuesta de adolescentes de 12 a 17 años hecha en 1986, solamente una tercera parte de los que habían tenido relaciones sexuales afirmó que usaba anticonceptivos todas las veces y el 27% dijo que no los usaba nunca. El resto contestó que los usaba "algunas veces" o "la mayoría de las veces".

Los EE.UU. tienen la tasa de embarazos en adolescentes más alta del mundo industrializado y, aunque el aumento de esta tasa parece estar estabilizándose, todavía es inquietante.

Una de cada diez adolescentes queda embarazada cada año, y más de la mitad de los aproximadamente 1,1 millones de embarazos en adolescentes, terminan en aborto o malparto. El 70% de las adolescentes embarazadas no termina la escuela secundaria.

Un estudio hecho por el Instituto Alan Guttmacher (AGI) sobre 37 países industrializados, encontró que las tasas de embarazos en adolescentes en los EE.UU. son dos veces más altas que las de Canadá, Inglaterra y Francia, casi tres veces más altas que en Suecia y siete veces más altas que en los Países Bajos. Las tasas de abortos también son más altas entre las adolescentes de los EE.UU. que entre las de otros países de los cuales hay información disponible. El nivel de actividad sexual entre adolescentes de estas sociedades es tan alto como el de los EE.UU., pero una mayor apertura hacia el tema del sexo y los anticonceptivos ayuda a prevenir muchos embarazos y abortos entre estas jóvenes. De todos modos la variable más importante, según el AGI, parece ser la disponibilidad de los servicios clínicos para adolescentes, así como la mayor accesibilidad a la píldora y los preservativos.

Casi la mitad de las adolescentes expuestas al riesgo de embarazo no deseado no han tenido nunca a su alcance clínicas o médicos específicos. Sin embargo en las zonas donde se han realizado, desde comienzos de los años sesenta, campañas específicas para informar a los adolescentes y prevenir los problemas que puedan tener, aproximadamente el 40% de estos jóvenes utiliza un anticonceptivo eficaz.

Educación sexual: no existe oficialmente en los colegios.

CENTROS PARA JÓVENES

En muchos estados de los EE.UU. vienen funcionando desde 1970, y han suministrado datos del comportamiento sexual de los jóvenes.

Uno de los grupos de investigación más amplios está compuesto por 109 centros, en 19 estados, que atienden aproximadamente a un millón de adolescentes al año.

Un estudio llevado a cabo en cinco centros de **Los Ángeles** demostró que el 96% de un total de 506 jóvenes había tenido relaciones sexuales antes de llegar al centro.

Algunos de estos centros están ubicados en escuelas, proporcionan información sobre sexualidad y anticoncepción, y envían a los/as jóvenes a CPF cercanos cuyos servicios son confidenciales y gratuitos.

PROYECTO 'SMART START' (Proyecto 'Comienzo Inteligente')

Fué un proyecto piloto llevado a cabo en el sureste de **Pensilvania**.

Se venía observando en las Clínicas de PF que lo que provocaba mayor temor en las adolescentes era el análisis de sangre (más que el examen ginecológico), aunque iban retrasando el hacer las dos pruebas; además, dichos exámenes desalentaban a algunas jóvenes a buscar la píldora. Así que, en tres clínicas, empezó a funcionar este proyecto, que consistía en que las adolescentes que acudían allí podían tardar en hacer las dos pruebas hasta seis meses después de haber comenzado a tomar la píldora.

Esta investigación demostró que el poder retrasar las pruebas mejoró el acceso para las adolescentes sexualmente activas sin disminuir la calidad de la atención. Esta opción daba tiempo a que las jóvenes se preparasen psicológicamente para ser examinadas, y brindaba la posibilidad, a los profesionales de los centros, de irles proporcionando mientras tanto un asesoramiento adecuado, cuestión muy importante para las adolescentes.

A raíz de esta experiencia piloto, en 1992 el Comité Médico Nacional de Planificación de la Familia recomendó que se ofreciese a las mujeres la opción de retrasar los exámenes hasta tres meses en todo el país.

PROYECTO 'HEART' (Proyecto 'Corazón')

HEART son las iniciales de Health Education AIDS Research Team (Equipo de Investigación sobre Educación para la Salud y SIDA).

Empezó en 1992 en **Belle Glade (Florida)**.

El proyecto trabaja con adolescentes para que estos enseñen a otros/as adolescentes cómo prevenir el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Fué concebido para reducir las conductas sexuales de riesgo entre los/as adolescentes de 13 a 18 años.

Debido a que el 97% de los casos de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) se presenta entre los individuos afroamericanos y caribeños, el proyecto está dirigido hacia los jóvenes de esos grupos étnicos.

En Belle Glade el SIDA es una enfermedad de los jóvenes, y también las otras ETS. Además, al año, una de cada cinco (20%) adolescentes estudiantes de secundaria tiene un bebé; Belle Glade presenta una de las tasas más altas de embarazo entre las adolescentes de todo el país.

A pesar de los datos, en una encuesta realizada en 1992 entre jóvenes de raza negra y haitianos, sexualmente activos (edades de 13 a 18 años), la mitad consideraba que no se encontraba bajo riesgo de contraer el VIH. De ahí el poner en marcha este programa de educación entre *grupos de iguales*.

Hay adultos, llamados '*supervisores de campo*', que conocen bien el medio; son sanitarios y otros profesionales, trabajan con la comunidad e identifican y capacitan a los adolescentes que se quieren preparar como *educadores* de sus *colegas*.

Los niveles de jóvenes educadores son tres: aprendiz, educador y consejero. Adquieren conocimientos y destrezas de comunicación y negociación.

Todas las semanas se instalan dos consultas de '*Teen Screen*' (Selección de Adolescentes) para control y tratamiento de ETS. Una está situada en el Centro de Salud y la otra en el Instituto Central de Secundaria.

El proyecto maneja además un sistema de distribución de condones y un servicio que envía a los jóvenes con ETS a centros sanitarios para su tratamiento adecuado.

Los adolescentes han hecho vídeos, teatro, fiestas, festivales musicales, carteles, camisetas...

Obstáculos: al principio, los dirigentes de la comunidad; se solventaron cuando algunos de los médicos del Centro de Salud (los que eran de sus propias etnias) se reunieron con ellos y respondieron a sus preguntas.

Se han llevado a cabo proyectos similares en **Haití, República Dominicana y Costa Rica**, así como en otros países. En total, 26 países del mundo, con las comunidades más afectadas por esta pandemia (en **África, Latinoamérica, el Caribe y Asia**). Ahora se están examinando las posibilidades de realizar un trabajo similar en poblaciones de alto riesgo de Nueva York y Texas.

Suecia

Educación sexual: es obligatoria en el sistema educativo sueco desde 1956. En 1964 el 90% de estudiantes había recibido algún tipo de educación sexual.

La edad media de la primera relación sexual se sitúa para las chicas en 16 años y para los chicos en 17. A los 18 años el 50% de jóvenes ya ha tenido relaciones sexuales.

El aumento de la actividad sexual de los adolescentes no derivó en un aumento de embarazos, pero el número de abortos legales creció hasta 1975, momento en que disminuyeron los índices en todas las edades, sobre todo en adolescentes. Hay varias explicaciones para ello: asesoramiento anticonceptivo gratuito, mayor uso de los anticonceptivos a través de las comadronas (están autorizadas a recetar anticonceptivos orales y colocar dispositivos intrauterinos), amplia información y actividades didácticas, y una nueva legislación (el *Acta Sueca para el Aborto*) que entró en vigor en 1975 (es una ley de plazos: dentro de las primeras 18 semanas, la mujer puede decidir libremente).

El desarrollo de los métodos anticonceptivos, así como las medidas preventivas relativas a embarazos no deseados y abortos, especialmente entre adolescentes, han sido un éxito sin precedentes en Suecia. El índice de embarazos entre las adolescentes se ha reducido en un 50% desde 1975, y el índice de abortos en un 25%, situación que permanece relativamente estable.

Por otro lado, el predominio cada vez mayor de las ETS, en este grupo de edad, merece una atención especial.

OPEN HOUSE (Casa Abierta)

Estos centros se crearon a comienzos de los años setenta. Sus principales objetivos consisten en ofrecer unos servicios y una orientación sobre anticonceptivos y sexualidad.

El de Estocolmo está abierto los miércoles entre las 15 y las 19 h; está situado en la 3ª planta de un edificio de oficinas. Otros están dentro de los CPF.

Ofrecen:

- asesoramiento (sobre contracepción, sexualidad, IVE, ETS...)
- anticonceptivos
- NO la postcoital (en Suecia no está disponible a ninguna edad)
- pruebas de embarazo y ETS
- exámenes ginecológicos
- > servicio telefónico diario

* Organizan cursos de formación.

* Admiten visitas de grupos de adolescentes (de colegios, asociaciones, etc.) para charlar con los profesionales y realizar así un primer contacto que les dé confianza para volver después a consulta.

Son gratuitos, con un pequeño coste para los anticonceptivos orales.

La decoración es agradable. En la sala de espera hay zumos, juegos, folletos y libros sobre sexualidad y contracepción... Se escucha música popular, para completar la atmósfera de familiaridad. Por razones de salud no se permite fumar.

Muy pocos chicos acuden solos a las consultas, sin embargo muchos van con su pareja. Se está haciendo un esfuerzo para atraer a los chicos.

Obstáculos: no los hay, ni políticos, ni religiosos, ni culturales, de cara a la contracepción e incluso al aborto entre adolescentes. La sociedad sueca ha adoptado una actitud positiva ante la sexualidad, cuya expresión se considera la base necesaria para la salud psicológica individual y social.

Reino Unido

En Gran Bretaña, Schofield (1965) comprobó que el 11% de las muchachas de 17 años tenía experiencias sexuales, porcentaje que aumentaba al 23% a los 19 años. Farrell (1978) comprobó que el 39% de los jóvenes de 17 años y el 67% de 19 años, había tenido relaciones sexuales.

El 70% de los jóvenes tiene su primera experiencia sexual durante la adolescencia.

Educación sexual: no es obligatoria en la escuela.

Legislación: en teoría hace falta el consentimiento paterno para recetar anticoncepción a menores, pero en la práctica se considera que decide el médico. De todos modos, en ciertos países, un adolescente puede, por ley, ser adulto para algunas cosas pero menor para otras. Y esto pasa aquí. Los jóvenes, en **Escocia**, están divididos en dos categorías: alumnos y menores. Las chicas menores de 12 años y los chicos menores de 14 están considerados como alumnos. Las chicas mayores de 12 años y los chicos mayores de 14 son menores, y ambos alcanzan la madurez a los 18 años. Al amparo del Derecho Consuetudinario de los Escoceses, la edad límite en la que se necesita consentimiento para recibir tratamiento médico es de 12 años para las chicas y de 14 para los chicos. En contraste, en **Inglaterra** y **Gales**, un joven, por el motivo que sea, es menor hasta los 18 años, aunque a los 16 ambos sexos tienen libertad para recibir tratamiento médico.

BROOK ADVISORE CENTRES (Centros de Asesoramiento Permitido)

Se crearon en 1963, teniendo como objetivos "la prevención y disminución de los sufrimientos causados por un embarazo no deseado o un aborto, y la educación a los jóvenes en cuestiones de sexo y anticoncepción, así como en el sentido de responsabilidad con respecto al comportamiento sexual".

Hay 18 centros en **Inglaterra** (11 de ellos en Londres) y 1 en **Escocia**.

Están situados en lugares céntricos de las ciudades, con entradas muy discretas, en calles muy transitadas, dentro de las zonas comerciales.

Algunos tienen que estar abiertos a todas horas para poder atender a los/as jóvenes que llegan con problemas inmediatos.

Ofrecen:

- asesoramiento
- anticonceptivos / postcoital

- pruebas de embarazo y ETS
- citologías cervicales
- exámenes ginecológicos
- > servicio telefónico las 24 horas del día
- * Organizan cursos, conferencias...
- * Producen y distribuyen material educativo.
- * Admiten visitas de grupos de adolescentes.

Algunos son totalmente gratuitos. Otros tienen un pequeño coste para anticonceptivos. En dos centros, en donde las subvenciones eran insuficientes, se pidió a los usuarios una contribución a modo de soporte para los gastos del servicio. Sin embargo no se piden contribuciones a menores de 18 años, embarazadas o parados/as.

Se da gran prioridad al establecimiento y mantenimiento de buenas relaciones con los profesionales de los hospitales del Servicio Nacional Sanitario, con los de los centros de planificación y de ETS, y con los médicos de cabecera de los usuarios. También con los centros sociales y colegios.

En los casos de menores de 16 años se hace todo lo posible para que hagan partícipes a sus padres; estos centros también juegan un papel importante actuando como elemento de unión cuando hay problemas de comunicación entre padres e hijos.

La decoración es agradable. Hay bebidas y aperitivos a la venta.

La mayoría de usuarios van en busca de asesoramiento y anticonceptivos; son sexualmente activos y ya habían utilizado algún método de protección frente al embarazo (*coitus interruptus*, naturales, preservativos...). Con frecuencia el punto de partida para la visita es el retraso en la menstruación. Sin embargo la proporción de nuevos usuarios que nunca han tenido relaciones sexuales ha aumentado con los años (en el Brook de Edimburgo del 11% al 22% entre 1980 y 1983), ya que los jóvenes están cada vez mejor informados sobre la contracepción. Aproximadamente el 50% de los jóvenes llega por recomendaciones de algún amigo/a. Son, sobre todo, de clase media, aunque algunos centros dan prioridad a las/os jóvenes menos favorecidas/os.

Obstáculos: sociedad, políticos, iglesias. Se solventan informando a los políticos simpatizantes, a las autoridades locales de sanidad, dando buena imagen en los medios de comunicación... Los oponentes pueden convertirse en defensores tras comprobar el trabajo que se lleva a cabo.

GRAPEVINE (Radio Macuto)

Se creó en 1972, con el propósito de descubrir formas eficaces de impartir una educación sanitaria y sexual, en el sentido más amplio, de fácil aceptación y disponibilidad, a aquellos jóvenes que normalmente no buscan la información y el asesoramiento en las organizaciones *de tipo oficial*.

Era específico para jóvenes marginados.

Situado en un barrio de la zona norte de Londres. Ésta era una comunidad entre cuyos jóvenes había un alto índice de ilegitimidad, abortos y divorcios, a pesar de contar con una red de servicios de beneficencia de gran eficacia, pero no hacían uso de ellos.

Ofrecía:

- información
- asesoramiento
- > servicio telefónico
- * Organizaba cursos.

* Formaba voluntariado: jóvenes de la comunidad en donde se ubicaba el centro, para que trabajasen con sus compañeros ofreciéndoles información básica, sencilla y correcta. El trabajo se realizaba en el centro y en *la calle* (pubs, pandillas callejeras, festivales pop... y en lugares *más formales* como clubes juveniles y colegios).

Más tarde empezó a realizar trabajos en residencias de niños subnormales y adolescentes disminuidos, que requerían un tratamiento especial.

Creó un boletín informativo local.

En el pueblo de Basildon, las autoridades locales crearon su propio Grapevine, motivadas por el de Londres.

Por problemas económicos y metodológicos, en abril de 1981 Grapevine desapareció, pero apareció **NEW GRAPEVINE**.

Su ubicación, filosofía, funcionamiento y oferta de servicios es igual a Grapevine, pero dispone de menos gente (menos voluntariado y más profesionalizada) y más coordinada.

Atiende a menores de 25 años.

Está abierto al público tres tardes y una noche a la semana.

Para el asesoramiento se utiliza un sistema de concertación de horas.

Cobra por el trabajo con asociaciones no registradas en los servicios juveniles.

Después de esta experiencia, se ha visto que es importante clarificar la clase de servicio que se va a ofrecer. En una ciudad grande, con numerosas organizaciones de ayuda y asesoramiento, es de gran utilidad un servicio especializado en información sexual para los jóvenes. En una zona rural u otras zonas, resulta preferible un servicio asesor juvenil de ámbito más general.

UNDER 21 (Menos de 21)

Tiene la misma filosofía y funcionamiento que Nuevo Grapevine.

Está respaldado por las autoridades locales y el servicio de asesoramiento está vinculado a la Iglesia de Inglaterra.

Países Bajos

Aunque el uso de anticonceptivos en Europa es generalmente alto, el desconocimiento suele ser la tónica general entre los adolescentes, a pesar de las campañas de información. El primer coito suele realizarse sin protección contraceptiva.

En los Países Bajos el 50% de los jóvenes menores de 19 años es sexualmente activo. Aproximadamente el 85% de los jóvenes no emplea medios efectivos de control de la fecundidad, o los utiliza inadecuadamente, en su primera relación sexual.

Educación sexual: no es obligatoria.

RUTGERS STICHTING (CPF para Jóvenes)

Nacen a mediados de los años setenta, con el objetivo de crear un servicio que no sólo responda a las necesidades de los adolescentes, sino que también atraiga a aquellos que tengan problemas para enfrentarse solos a las cuestiones sexuales.

Dan prioridad a las/os jóvenes menos favorecidas/os, con frecuencia sin trabajo, y a las/os que viven en las zonas urbanas más miserables.

Las tres cuartas partes de los jóvenes que acuden, expresan su temor al embarazo como resultado de unas relaciones sin protección. Es muy poco frecuente que los jóvenes acudan anticipándose a sus primeras relaciones.

Combinan información, asistencia, promoción de experiencias y prevención.

Son gratuitos, con un pequeño coste para anticonceptivos; sin negar nunca los servicios a los/as jóvenes que no puedan pagarlos.

En 1987 y 1988 se llevaron a cabo dos proyectos para adolescentes (que surgieron en torno al SIDA). El énfasis de estos programas no fué tanto la información sobre aspectos técnicos de la prevención del SIDA y el uso de condones, sino que se centraron en los adolescentes fuera de la escuela, con especial atención a los aspectos de la comunicación íntima, las conductas sexuales y la contracepción.

En 1990 se puso en marcha un proyecto dirigido específicamente a varones: '*Chicos, sexualidad y SIDA*', cuyo objetivo principal fué desarrollar métodos y materiales centrados fundamentalmente en chicos adolescentes para mejorar la comprensión de su propia sexualidad y su conducta y responsabilidad hacia un sexo seguro y el uso del condón.

Obstáculos: en **Holanda** el ambiente general es negativo; las organizaciones políticas tradicionales acusan a los centros de favorecer la sexualidad entre los jóvenes.

Francia

Educación sexual: en 1973 el Ministerio de Educación recomendó que se incluyera la información biológica sobre sexualidad en las clases de niños/as de 11 a 13 años, y para los cursos superiores, información sexual en general, incluida la contracepción. Se permitió al profesorado organizar reuniones especiales, fuera del horario lectivo, sobre educación sexual con médicos, padres y otro personal adecuado; los alumnos menores de 15 años debían presentar una autorización paterna para poder asistir a ellas.

Una nueva recomendación se hizo ley a finales de 1981. Era una campaña dirigida a evitar el aumento de embarazos no deseados, que se llevó a cabo entre profesorado, personal médico y auxiliar, y trabajadores sociales.

En la última década disminuyeron las tasas de fecundidad en adolescentes, pero en un porcentaje menor que en los grupos de más edad. Desde 1975, con la legislación del aborto, se redujeron los nacimientos entre jóvenes de 13 a 19 años.

Un estudio específico indica que, tras haber dejado el colegio a los 16 años, el 35% de los jóvenes inicia sus relaciones sexuales al cabo del año; y que siete de cada diez, no utilizan métodos anticonceptivos.

Legislación: la *Ley de Planificación Familiar* Francesa (1974) estipula que los servicios públicos de planificación deberán asesorar y suministrar anticonceptivos gratuitos a los menores sin el consentimiento paterno y, por lo tanto, la contracepción deberá ser gratuita y de fácil disponibilidad para los menores de cualquier edad y sexo. Otra ley promulgada en 1976, recomienda a las autoridades universitarias la organización de servicios de planificación dentro de su propia estructura sanitaria como medida preventiva. Pero hay quien opina que existen contradicciones dentro de la ley: la necesidad de consentimiento paterno para abortar, cuando la anticoncepción o la adopción de niños no requieren este consentimiento.

MERCREDI JEUNES, MERCREDI PORTE OUVERTE (Miércoles Jóvenes, Miércoles Puerta Abierta)

Funcionan desde 1977. Son una sección aparte para los jóvenes, dentro de la propia estructura de los servicios generales de los CPF para personas de cualquier edad. Los profesionales que trabajan en ellos opinan que un servicio integrado crea visión de unidad y, a la vez, diversidad. Por otro lado, surgen las mismas preguntas trabajando con adolescentes o con adultos. Se han puesto los servicios a disposición de los jóvenes cuando les resultara más conveniente, particularmente las tardes de los miércoles, que no son días lectivos. Algunos centros están en locales independientes.

Ofrecen:

- asesoramiento
- anticonceptivos

- postcoital (sólo algunos centros)
- exámenes ginecológicos (sólo el 10% de los centros ofrece también servicio médico)

* Atienden a grupos de jóvenes (dinámica activa y participativa; se crea un ambiente para el intercambio de experiencias, ideas e información en relación con todos los temas, desde los típicamente sexuales hasta los relativos a aspectos de su vida diaria, ya que su vida sexual es sólo una parte de ella). Este asesoramiento en grupo lo imparte un equipo de voluntarios.

Son gratuitos (a condición de que sus padres estén en el Sistema de Seguridad Social), con un pequeño coste para anticonceptivos. A pesar de todo, para los jóvenes menores de 20 años que no puedan o no quieran utilizar la cartilla de sus padres, las consultas son gratuitas. Hay unas *tarjetas de socios* para los jóvenes, que cuestan 50 F.

Están decorados y pintados de vivos colores para que el ambiente resulte más agradable. Se reparten folletos informativos. Se invita a los jóvenes a café.

Se ha podido comprobar que es cada vez mayor el número de mujeres que acude a los centros en busca de un anticonceptivo antes de su primer coito.

En 1979 se recopilaron unos datos sobre estos servicios: sólo el 8% del total de consultas eran chicos. El 88,5% vivía en zonas urbanas; el resto, en zonas rurales. El 78% estaba en colegios secundarios, 10% eran trabajadores fijos y 7% no trabajaban. La distribución por edades era: 8% de menores de 15 años, 38% de 15-17 años, 33% de 17-18 años y 21% de 18-21 años.

Obstáculos: padres (actitud no favorable, incluso entre los más liberales, a que sus hijos/as usen anticonceptivos), sanitarios (reticentes a asesorar y suministrar anticonceptivos a menores), faltan profesionales preparados y capacitados para trabajar con adolescentes.

Polonia

Educación sexual: se le llama *Preparación para el Matrimonio y la Vida Familiar*; empezó estando integrada en las clases de biología, era obligatoria a los 11 años y a los 15 (se introducía ya la planificación familiar). A los 17 años podía impartirse educación sexual, pero no era una asignatura obligatoria, la escogían algunos colegios de enseñanza media, entre varias opcionales (si estaba incluida, para los alumnos sí era obligatoria la asistencia). Para los estudiantes en cuyos colegios no se impartía educación sexual, se organizó en Varsovia un programa especial de educación que comprendía conferencias, una sesión de preguntas y respuestas, y seis películas durante un año; este programa ya no funciona desde 1979. Desde 1981 es obligatorio para los colegios ofrecer programas de preparación para la vida familiar después de la enseñanza primaria.

Hay una gran demanda social de profesionales especializados en planificación familiar para jóvenes.

Legislación: a partir de los 15 años la ley permite las relaciones sexuales. Algunos médicos ponen objeciones morales a los servicios anticonceptivos para los menores de esa edad.

CENTROS JUVENILES T.R.R. (Centros Juveniles para el Desarrollo Familiar)

Entre 1980 y 1982 se observó:

1) La gran cantidad de preguntas planteadas por los jóvenes cuando los conferenciantes visitaban los colegios.

2) El creciente número de jóvenes que visitaban los CPF para adultos.

3) Un análisis de las cuestiones planteadas por los jóvenes que utilizaban el servicio telefónico de los CPF indicaba que, aproximadamente un 50% de los que llamaban, tenía problemas sexuales que sobrepasaban las posibilidades de ayuda que se les podía ofrecer con una simple información y que, por lo tanto, era preciso un asesoramiento más detallado.

Como resultado de esto, en 1982 se inauguraron dos centros específicos para jóvenes.

Están instalados en edificios estatales dedicados a actividades educativas ajenas al plan de estudios, en barrios céntricos.

Se abren dos veces por semana, de 15 a 18 h.

Ofrecen:

- asesoría (sobre anticonceptivos, embarazo, problemas éticos o psicológicos...)
- educación sexual
- respaldo médico cuando es necesario

No es preciso concertar cita previa.

El servicio es gratuito, incluida la contracepción.

Mantienen estrechos contactos con colegios y otros centros educativos.

El servicio va dirigido a las/os adolescentes entre 15 y 20 años, pero han pedido información niñas de hasta 12 años. El grupo predominante es de clase media. Sus principales problemas son la relación con el otro sexo y el asesoramiento sobre anticonceptivos.

Mientras que en el centro de **Cracovia** la relación chico/chica es 1/2, el de **Varsovia** recibe a más chicos que chicas.

Grupos de adolescentes, formados para ello, informan a sus compañeros, ya que, como ellos mismos opinan, "las personas que forman parte de una subcultura cerrada tienen que hablar a otros miembros integrantes de la misma cultura".

Tienen apoyo total de Gobierno.

Obstáculos: iglesia, que provoca disensiones entre planteamientos laicos y eclesiásticos dentro del seno social; algunos profesores, que mantienen actitudes conservadoras hacia el sexo; algunos médicos, que ponen objeciones a dar anticonceptivos a menores de 15 años.

Italia

Las investigaciones de un grupo de médicos, en un Centro de Prevención Ginecológica de la Universidad de Milán, demostraron que el 7,8% de las jóvenes estaba utilizando la píldora cuando tuvieron su primera experiencia sexual; el 11,6% empleaba preservativos y el 80,6% decía no utilizar ningún método anticonceptivo (debemos aclarar, basándonos en los datos recopilados en nuestra realidad que, al menos aquí, en **Santiago de Compostela**, cuando dan esta respuesta, en este "ningun" incluyen el *coitus interruptus*).

Un estudio llevado a cabo en algunos CPF de Milán en 1978 dió como resultado que el porcentaje de adolescentes (10-19 años) usuarias se hallaba entre el 3% y el 12%, mientras que el grupo de esa edad constituía el 36,5% del total de la población femenina potencialmente usuaria de un CPF (10-44 años). Siendo en este grupo de edad (hasta 19 años) donde existe el mayor número de embarazos no planificados.

Educación sexual: no está regulada legalmente. Se imparten cursos de educación sexual en la enseñanza media, con el consentimiento de los padres.

Legislación: La ley permite recetar anticonceptivos a los menores sin la autorización de los padres, pero hay una considerable resistencia por parte de algunos médicos.

CONSULTORIO TEENAGER (Consultorio Adolescente)

Este proyecto comenzó en marzo de 1983; se creó para ofrecer servicios de planificación familiar específicamente a los jóvenes, para demostrar que hay un motivo de preocupación, que las necesidades son grandes y que éstas pueden solucionarse con éxito.

Cinco CPF de los mejor organizados y motivados de Italia (**Génova, Milán, Palermo, Roma y Turín**), empezaron a abrir una tarde por semana sólo para gente joven de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 13 y los 19 años. El equipo es *casi voluntario*.

Algunos (por ejemplo **Turín**) se preocupan de las/os jóvenes menos favorecidas/os, de la clase obrera o que abandonan la escuela a una edad temprana.

Ofrecen:

- asesoramiento
- anticonceptivos / postcoital
- pruebas de embarazo
- exámenes ginecológicos
- > servicio telefónico
- * En algunos hay consultas en grupo.
- * Organizan cursos de información para profesores.

Se decidió que la ginecóloga fuera una mujer (debido a los temores a las exploraciones físicas).

Son gratuitos, con un pequeño coste para anticonceptivos y exámenes ginecológicos. Tienen jóvenes asociados, que pagan una tarifa. Para los que no pueden pagar es totalmente gratuito.

Las salas de espera son claras y acogedoras, los muebles alegres y modernos; hay revistas, juegos y material informativo y, cuando es posible, flores. El ambiente de las salas de consulta y exploración es el mismo, para no crear una atmósfera clínica amenazante.

De un 3,2% (en Palermo) a un 13,9% (en Génova) de las/os usuarias/os, acude por primera vez solicitando un método postcoital.

Los profesionales están empezando a plantearse cómo aumentar la participación de los chicos en el consultorio, antes de que llegue a considerarse como un servicio sólo para chicas.

Obstáculos: la sociedad no es *muy abierta*, y tampoco los padres, aunque están cada vez más interesados en el proyecto; una revista genovesa.

Irlanda

Muchos de los adolescentes que acuden por primera vez a un CPF en busca de consejo contraceptivo, ya han tenido una vida sexual activa de hasta dos años de duración. Además el 35% ha tenido un embarazo.

En 1983 hubo un total de 5.030 nacimientos *ilegítimos*, de los cuales 1.747 fueron de chicas menores de 20 años, es decir, el 34,7% del total.

Es uno de los países con un índice mayor de embarazos en adolescentes.

Educación sexual: no es obligatoria.

ADOLESCENTS COUNSELLING TELEPHONE SERVICE: ACTS (Servicio Telefónico de Asesoramiento a Adolescentes)

Se inauguró en enero de 1985.

Objetivos:

- * Dar información objetiva sobre sexualidad, embarazo, ETS y leyes relativas a la sexualidad y contracepción.

- * Impartir educación informal a grupos de jóvenes sobre aspectos de sexualidad y sus relaciones.

- * Enviar a los jóvenes a organizaciones sanitarias.

Se organizan cursos de '*Educación Sexual y Relaciones Personales*' para profesionales que trabajan con jóvenes.

El servicio telefónico fué creado con el propósito de satisfacer las necesidades de información de cualquier joven que viviera en cualquier parte de Irlanda. Funciona durante cuatro horas todos los sábados.

El 80% de las llamadas son masculinas, mientras que sólo el 20% son femeninas. Abarcan todas las edades, pero el mayor porcentaje fué el del grupo comprendido entre los 16 y los 20 años, seguido del de 26 a 30 años con un 15,9% del total de las llamadas.

Curiosamente al poner en marcha este servicio telefónico, se puso inintencionadamente de manifiesto la necesidad de un servicio similar para la población adulta, situación que quedó demostrada por el gran número de personas, entre los 25 y los 35 años, que llamaron haciendo preguntas sobre "*problemas sexuales*".

Ha habido apoyo predominantemente de jóvenes de clase media-alta y procedentes de zonas urbanas, que trabajaron en plan voluntariado haciéndose cargo del teléfono para informar desde *homólogos o iguales*.

Este proyecto está ya en expansión: se prevé la creación de un servicio especial de *visitas no concertadas* para jóvenes.

Obstáculos: la oposición al servicio fué escasa.

Portugal

Educación sexual: tienen un programa de información en los colegios, entre los 12 y 18 años.

Legislación: En 1984 se ha hecho una revisión de las leyes sobre planificación familiar y educación familiar, que obligó a los gobiernos locales a ofrecer servicios para jóvenes, ya que no existía todavía la planificación para adolescentes. La nueva ley es liberal y de amplio espectro en lo relativo a la administración de servicios anticonceptivos para adolescentes.

CENTRO JUVENIL

Empezó a funcionar en diciembre de 1985.

Está ubicado dentro de la clínica de maternidad más importante del centro de Oporto (es la municipal), con una entrada separada de la puerta principal del edificio.

Está abierto dos días a la semana.

Ofrece:

- asesoramiento (es diario, durante dos horas)
- anticonceptivos
- > servicio telefónico, que da referencias de:
 - pruebas citológicas
 - pruebas de embarazo
 - exploraciones ginecológicas

* Organizan cursos de formación para profesionales.

El servicio es gratuito.

El centro tiene el apoyo del director de la clínica, muchos profesionales de la salud, periodistas, padres de clase media y profesores.

Obstáculos: debido a la oposición de la iglesia y de otros estamentos, algunos de ellos sanitarios, se interpusieron una serie de obstáculos administrativos para impedir la implantación de servicios para adolescentes en la mayor parte del país. Ha habido oposición de algunos padres (religiosa), con una reacción mayor de la clase trabajadora que de la clase media.

Finlandia

Educación sexual: integrada en los planes de estudio.

VAESTOLIITTO

Son servicios de asesoramiento y contracepción para jóvenes.

Son gratuitos, con un pequeño coste para los anticonceptivos orales, aunque si no pueden pagarlo no se niega el servicio.

Se intenta llegar a los padres a través de actividades educativas.

Tienen contactos con los servicios sanitarios, sociales y colegios.

Obstáculos: no hay prácticamente ninguno.

Dinamarca

Educación sexual: integrada en los planes de estudio.

Legislación: Su *Ley del Aborto* data de 1973.

No hay prácticamente ningún problema en que los jóvenes accedan a los servicios contraceptivos. Son totalmente gratuitos.

Bélgica

Educación sexual: no es obligatoria.

Este país no ha podido desarrollar con eficacia servicios para jóvenes como lo ha hecho **Holanda**, pero existen **algunos**.

Son gratuitos, con un pequeño coste para los anticonceptivos orales.

Obstáculos: el ambiente general es negativo; las organizaciones políticas tradicionales acusan a los centros de favorecer la sexualidad entre los jóvenes; además los padres no están muy satisfechos, piensan que estos centros son un desafío a su autoridad.

Alemania:

a) Antigua R.F.A.

También este país comenzó en los años setenta sus iniciativas de servicios para jóvenes.

b) Antigua R.D.A.

Educación sexual: hay una política oficial para integrarla en los planes de estudios.

Los **servicios de PF** admiten adolescentes. Son totalmente gratuitos.

Intentan llegar a los padres a través de sus actividades educativas. Tienen reuniones con otros profesionales.

Austria

Educación sexual: se da algún tipo de educación sexual en los colegios, pero a veces mal aplicada.

En enero de 1984 se intentó poner en funcionamiento un servicio piloto para adolescentes, pero el proyecto no pudo materializarse.

De todos modos hay **servicios** a disposición de los jóvenes si están lo suficientemente motivados como para buscarlos.

En la **diócesis de St. Polten**, la oficina pastoral creó un **servicio de asesoramiento**.

La actitud del gobierno es que, si no puede evitarse la sexualidad de los adolescentes, deben evitarse, al menos, sus consecuencias: embarazos no deseados.

Los jóvenes austriacos tienen una actitud tolerante ante las relaciones sexuales prematrimoniales mientras que la pareja se ame y se guarde fidelidad.

Checoslovaquia

Los datos de que disponemos son anteriores a la creación de la República Checa y Eslovaquia.

Educación sexual: hay una política oficial para integrarla en los planes de estudio.

Al igual que en Polonia, el apoyo del gobierno es total.

Los servicios de PF admiten adolescentes. Son totalmente gratuitos.

Intentan llegar a los padres a través de sus actividades educativas.

Socialmente hay diferentes actitudes respecto a la sexualidad, tanto entre las ciudades y el campo, como entre los planteamientos laicos y religiosos.

Hungría y Yugoslavia

Educación sexual: hay una política oficial para integrarla en los planes de estudio.

Los servicios de PF admiten adolescentes. Son totalmente gratuitos.

Turquía

Es la otra cara de la moneda. El tema es completamente tabú.

En 1983 algunos profesionales de la planificación familiar lanzaron (sin éxito) un proyecto dirigido a los educadores, con el fin de presentar una política de educación familiar en las escuelas.

Países en desarrollo

Según el documento del *Estado de la Población Mundial de 1989*, elaborado por el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en materia de Población (o Fondo de Población de las Naciones Unidas) (FNUAP), en América Latina un 75% de las mujeres que no utilizan ningún método de planificación familiar, desea retrasar, aplazar o limitar sus embarazos. En Asia las cifras son de un 43% y en África de un 27%.

Frente al descenso de la natalidad en los países desarrollados, nos encontramos un aumento alarmante de los índices de natalidad en los países con menor poder adquisitivo y en desarrollo.

En los últimos años, bajo las crecientes presiones económicas, 37 de los países más pobres han reducido en un 50% el gasto en atención a la salud y en un 25% el gasto en educación.

Un cambio, de algún tipo, resulta inevitable. Ante las presentes condiciones de crecimiento demográfico y explosión urbana, frente a la crisis ambiental creciente, la expansión de la deuda internacional y la intensificación de la pobreza en muchos de los países en desarrollo más pobres, muchas personas autorizadas coinciden en señalar que ya va siendo hora de iniciar un replanteamiento de fondo. El concepto de '*desarrollo sostenible*', en el que se establece un *equilibrio dinámico* entre recursos humanos y naturales, ofrece una respuesta. Hoy en día, ya se reconoce que existe una estrecha correlación entre la pobreza y un rápido crecimiento demográfico, y que es necesario abordar conjuntamente ambos problemas.

El número de usuarias de métodos anticonceptivos es de unos 465 millones, equivalente a un 45% de la población en edad de procrear. Los totales regionales son de un 14% para **África**, un 50% para **Asia** y un 56% para **América Latina. China**, con un índice de utilización del 74% en 1985, representa una parte apreciable del total. Excluyendo los 146 millones de usuarias de este país, el índice de utilización para el resto del mundo en desarrollo se reduciría hasta aproximadamente un 30%.

Para garantizar la reducción de la fecundidad prevista, el número de usuarias de la planificación familiar tendría que aumentar hasta 730 millones (un 58%) para el año 2.000, y hasta 1.218 millones (un 71%, equivalente al nivel actual en los países industrializados) para el año 2.025. En el **África subsahariana** esto supondría multiplicar por diez el número de usuarias de la planificación familiar hasta el año 2.025.

Y no sólo esto, claro, ya que, cuando la mortalidad infantil es alta, las parejas tienen más hijos de los que desean, para asegurar que sobreviva el número elegido; al descender la mortalidad, el número de niños supervivientes aumenta y las parejas empiezan a preocuparse por limitar su familia; este aumento de niños provoca más crianza materna y también esto disminuye la fecundidad; de todos modos tiene que pasar un cierto tiempo para que las parejas se convenzan de que, como ya no se les mueren, no necesitan tener tantos hijos. Por otro lado, en sociedades en las que los niños ayudan a incrementar la economía familiar, bien sea trabajando en el campo o con el ganado, o consiguiendo dinero de otras formas (mendicidad, trabajos...), a los padres les interesa tener mayor número de hijos, que también son una *seguridad económica* en caso de enfermedad, situaciones de emergencia o en la vejez; cuando la escolarización es obligatoria y los hijos no son fuente de ingresos, no tienen tantos. Otras veces las razones para tener hijos son que, en sociedades pobres, ellos pueden constituir una de las pocas fuentes de orgullo y alegrías, de cambio y esperanza, en unas vidas monótonas, difíciles y resignadas. Y, por supuesto, otra razón es la falta de información, de educación (sobre todo de la mujer) y de servicios de planificación familiar. Pero no hay que perder de vista que la pobreza es el muelle que impulsa el crecimiento acelerado de la población, y no al revés.

Más de mil millones, de los cinco mil millones de habitantes del mundo, son adolescentes. Una de cada cuatro personas en los países en vías de desarrollo está entre los 10 y los 19 años, a diferencia de una de cada siete en los países desarrollados.

En muchos países en desarrollo las mujeres se casan muy jóvenes: alrededor de un 50% de las mujeres **africanas**, un 40% de las **asiáticas** y un 30% de las **latinoamericanas**, están casadas al cumplir los 18 años, según datos de la *Encuesta Mundial de Fecundidad*. Los hombres tienden a casarse a una edad mayor. En **Sudán**, por ejemplo, la diferencia media de edad entre esposo y esposa es de más de 8 años; en **Pakistán** esta diferencia es de unos 6 años; en **Colombia** y **Paraguay**, de entre 4 y 5 años.

"La sociedad nos condenará si no hemos casado a nuestras hijas antes de los 15 años", dicen las mujeres de dos aldeas de la **India**, donde la edad media de matrimonio es de 14,3 años para las mujeres. A muchos miles de kilómetros de distancia, en otro continente, las madres de **Burkina Faso** coinciden con ellas: "Tiene que casarse lo más pronto posible, sino tendrá un *tampiri* (hijo ilegítimo)". Y recuerdan su propio casamiento: "Sólo había tenido una menstruación antes de dejar la casa de mi padre para irme a la casa del dueño del corral".

Según las estimaciones, un 40% de todas las niñas de 14 años que viven actualmente, habrá tenido al menos un embarazo antes de cumplir los 20 años. En **Bangladesh** cuatro de cada cinco adolescentes (80%) son madres; en toda **África** tres de cada cuatro (75%). **África** presenta la tasa más elevada de madres muy jóvenes: un 40% de las madres adolescentes tiene 17 años o menos, frente a un 39% en **América Latina**, un 31% en **Asia** y un 22% en **Europa**.

En muchos países en desarrollo la mayoría de las madres adolescentes tiene sus hijos dentro del matrimonio. En países con altos índices de fecundidad adolescente, la edad media de matrimonio es a menudo muy baja, precisamente para asegurar la legitimidad de los hijos resultantes; en **Bangladesh**, por ejemplo, esa edad media es de 11,6 años; en **Pakistán** y **Sierra Leona**, de 15,3 y 15,7 años respectivamente. En Jordania un 58,5% de las adolescentes están casadas.

En los países industrializados, en cambio, gran parte de los casos de maternidad adolescente son producto de la actividad sexual prematrimonial; tres de cada cuatro en **Dinamarca** y **Suecia**, por ejemplo. En los **EE.UU.** y en **Inglaterra** y **Gales**, más del 50% de todos los hijos ilegítimos nacidos en 1982 lo fueron de madres adolescentes.

Al empezar a tener hijos tan pronto, las madres adolescentes acaban teniendo familias numerosas. Si sus hijas también se casan pronto, se reduce la diferencia de edad entre las sucesivas generaciones.

En países tan diversos como **Malasia**, **Japón**, la **República Dominicana**, **Bangladesh**, los **EE.UU.**, **Tanzania**, **Nigeria**, **Jamaica** y **El Salvador**, las madres de 15 a 19 años tienen una probabilidad dos veces superior de morir durante el parto que las de 20 a 24 años. Para las madres más jóvenes, los riesgos son aún mayores: en **Bangladesh**, la adolescente menor de 15 años tiene

una probabilidad cinco veces mayor de morir en el parto que una madre de 20 a 24 años; en los **EE.UU.** esta probabilidad es tres veces más alta.

Los hijos de madres adolescentes tienen una probabilidad más de dos veces mayor de morir durante el primer año de vida y están dos veces más expuestos a los riesgos adicionales asociados con un espaciamiento inferior a 2 años entre los embarazos. En **Sri Lanka** y la **República de Corea**, la mortalidad entre los hijos de madres menores de 16 años es tres veces más alta que entre los hijos de madres de 20 a 24 años. Si el primer hijo de una madre adolescente muere, los siguientes están expuestos a un riesgo tres veces superior al normal.

No sólo las madres más jóvenes, también las de más edad están expuestas a mayores riesgos. Según datos presentados en la *Conferencia para una Maternidad sin Riesgos* en 1987, a partir de los 35 años aumenta entre dos y cinco veces la probabilidad de que una mujer muera por causas asociadas al embarazo y el parto.

Un gran número de embarazos previos también incrementa mucho los riesgos para el siguiente. Las mujeres **jamaicanas** embarazadas de su quinto a noveno hijo tienen un 43% más de probabilidades de morir en el parto que las que esperan el segundo; en **Portugal** el riesgo es más de 30 veces superior.

Las consecuencias negativas de la maternidad adolescente no se limitan al terreno de la salud. Una madre adolescente tiene muchas menos oportunidades de continuar sus estudios y de llegar a ser algún día algo más que su madre. Es un modelo que tiende a heredarse: estudios realizados en **Dinamarca** y los **EE.UU.** indican que las madres adolescentes tienden a tener hijas que, a su vez, serán madres adolescentes. También es probable que sean pobres y que continúen siéndolo. Por otro lado, las madres instruidas tienden a tener familias más sanas y menos numerosas. La *Encuesta Mundial de Fecundidad* estableció, por ejemplo, que la edad de matrimonio de las mujeres con siete o más años de escolaridad era una media de 4 años superior a la de las mujeres con un nivel más bajo de instrucción; y en las mujeres empleadas en el sector *moderno* (en fábricas, maestras, enfermeras, dependientas...) era de 2,4 años con respecto a las que se dedican al trabajo doméstico o agrícola. En **América Latina** y en parte del **mundo árabe**, las mujeres urbanas tenían entre dos y tres hijos menos que sus congéneres rurales.

En **Tailandia**, como en otros muchos países, la pobreza, los bajos niveles de educación y la condición de subordinación social, deja a muchas mujeres con poco poder o libertad para rehusar el tener relaciones sexuales. Los programas sanitarios empiezan ya a apoyar y dar poder a las mujeres para que tengan la capacidad de tomar decisiones y controlar sus propias acciones.

Educación sexual: está empezando a formar parte de los programas de educación en muchos países de **América Latina** y el **Caribe**. Un número limitado de escuelas **africanas** la imparten como parte de la educación sobre la vida familiar. En los países **asiáticos**, por lo general, forma parte de un programa de educación sobre la población.

La planificación familiar (PF) puede salvar vidas en los países en desarrollo de tres maneras:

- * retrasando el nacimiento del primer hijo;
- * espaciando los embarazos;
- * dejando de tener hijos antes de que sea demasiado tarde.

Así que, como vemos, podríamos convertir en lema de *lo que no debe ser*: "**Demasiado pronto, demasiado tarde, demasiado numerosos y demasiado seguidos**".

Pero, como ya dijimos antes, no sólo el acceso de todas las parejas a la PF es la meta a conseguir, también lo son: la reducción de la mortalidad infantil, el control de la desnutrición y de las enfermedades, el incremento de la producción familiar de alimentos, la educación de la mujer, y todo lo que contribuya a la satisfacción de las necesidades humanas mínimas, de estabilización de la población y de mitigación de las presiones ambientales (el progreso continúa, pero el ritmo que lleva hasta ahora de impacto ambiental, con lo que este influye en la calidad de vida, no es sostenible a largo plazo).

El descenso de la fecundidad depende más de la motivación de los individuos que de la tecnología o de los esfuerzos gubernamentales (si no hay servicios de PF, ya no es viable ningún programa, pero pueden existir y la gente no usarlos). El deseo de un menor número de hijos se difunde rápidamente si existe una motivación intensa, pero si ésta no existe, resulta improbable que los programadores de la PF logren sus objetivos (tenemos el ejemplo de la **India**). La lección a aprender es que el camino es conjunto, no sólo de la PF, sino de ésta como una parte de los programas integrales de desarrollo económico y social. Éstos coadyuvan a avanzar en el proceso de *'transición demográfica'*: en ella una población evoluciona de una situación equilibrada de alta mortalidad y alta fecundidad, a una situación equilibrada de baja mortalidad y baja fecundidad; a pesar de que el modelo parta de lo ocurrido en los países hoy evolucionados, es ostensible el hecho paralelo en los últimos años para numerosos países en vías de desarrollo.

México

Según datos del Ministerio de Salud, casi la mitad de los adolescentes de México tienen relaciones sexuales, pero la protección que usan es mínima. Esta situación suele acabar en matrimonios precipitados o madres solteras.

En la **Ciudad de México** una encuesta descubrió niveles relativamente bajos de actividad sexual en las jóvenes solteras de 15 a 19 años, menos del 8% respondió que había tenido relaciones sexuales antes del matrimonio. En cambio, 42% de los jóvenes de 15 a 19 años dijeron haber tenido relaciones sexuales. A pesar de estas respuestas, según la encuesta, una de cada tres mujeres en el grupo de edad de 15 a 24 años, que esté o haya estado casada, concibió su primer hijo antes del matrimonio. Casi la mitad de los hombres afirmaron haber tenido su primera experiencia sexual

antes de los 16 años. Cerca de uno de cada tres chicos entre los 15 y 24 años, dijo haber usado algún método anticonceptivo durante el primer coito premarital.

Los resultados de las investigaciones realizadas, estiman que hay un cuarto de millón de madres solteras menores de 18 años en México. Las mujeres entre 15 y 19 años originan casi 400.000 nacimientos por año, casi uno de cada seis nacimientos.

Las mujeres que comienzan a tener hijos en la adolescencia, acaban teniendo una y media veces más hijos que las otras mujeres.

Hay que tener en cuenta que en 1973 en este país, la publicidad y venta de anticonceptivos estaban prohibidas en el *Código de Salud*. Pero se ha avanzado mucho en los últimos dos decenios; en la actualidad, casi la mitad de las mujeres en edad reproductiva los usan.

PROYECTO 'GENTE JOVEN'

Comenzó a funcionar en la **Ciudad de México** en 1987, extendiéndose después a **19 ciudades** del país.

Trabajadores de PF visitan las escuelas dando charlas y haciendo llamadas a los/as estudiantes para que ayuden a difundir esta información entre sus compañeros/as. Los que se apuntan a colaborar con los profesionales reciben un curso de capacitación de un mes, y después trabajan como voluntarios entre sus compañeros y amigos: brindando información, respondiendo a sus preguntas y dudas, distribuyendo anticonceptivos (condones y espermicidas), etc. También disponen de películas y materiales.

Tradicionalmente los programas de planificación familiar se han concentrado en las mujeres y no han existido oportunidades de fácil acceso a la educación sobre la salud reproductiva entre los hombres jóvenes. Resulta particularmente desafiante para este proyecto influir en la conducta de los chicos, y sus responsables han aceptado el reto.

CENTRO DE ORIENTACION PARA ADOLESCENTES: CORA

Funciona en la **Ciudad de México**.

Adopta un enfoque integrado.

Ofrece:

- orientación
- educación sexual
- servicios de planificación familiar
- servicios médicos
- * Organizan cursos.
- * Organizan actividades sociales y culturales.

Este Centro ha puesto en marcha un programa dirigido específicamente a hombres jóvenes para aumentar la participación de éstos en la prevención de embarazos, y ha creado en la **Ciudad de México** ocho '**Clubes de hombres jóvenes**', que promueven un enfoque integral del desarrollo de los chicos por medio de debates en los que aprenden los unos de los otros. Los profesionales del CORA consideran que los jóvenes necesitan una información que vaya más allá de la reproducción humana y la anticoncepción; que es necesario que aclaren sus propios valores, establezcan sus metas, y desarrollen confianza en sí mismos.

Tanto los profesionales del **CORA** como los del **Proyecto Gente Joven**, han constatado que la actitud de los chicos está cambiando, están cada vez más interesados en informarse, y las decisiones sobre anticoncepción se están tomando de forma más equitativa entre la pareja. A esto ayuda el hecho de que los jóvenes no se identifican ni se sienten estrechamente vinculados a sus padres, careciendo de un modelo sobre cómo relacionarse de una forma responsable en la conducta sexual, y ahí actúan los profesionales, trabajando las actitudes y haciendo que piensen.

Guatemala

EL CAMINO

Es un centro para jóvenes que funciona en la **Ciudad de Guatemala**.

Adopta un enfoque integrado.

Ofrece:

- orientación
- educación sexual
- servicios de planificación familiar
- servicios médicos
- * Organizan cursos.
- * Organizan actividades sociales y culturales.

República Dominicana

Los especialistas consideran que centrar los esfuerzos en *grupos diana* puede constituir un uso estratégico de los limitados recursos.

Los expertos han identificado dos grupos básicos de personas, de importancia crítica, como objetivos de los esfuerzos de prevención (ETS, SIDA, embarazos no deseados...): 1º: las prostitutas y sus clientes; 2º: los que están a punto de introducirse en el *mundo del riesgo*: adolescentes y niños.

Consideran esencial una amplia educación de base, entre la juventud. Y la llevan a cabo mediante asesoramiento y actividades dirigidas a modificar los comportamientos sexuales.

PROYECTO 'AVANCEMOS'

Creado por el Ministerio de Salud.

Se basa en la edición de cómics y en hacer con ellos educación sexual entre las poblaciones diana, además de distribuir preservativos y mejorar las tácticas para encontrar pronto tratamiento idóneo en caso de estar infectados/as.

Lo pusieron en ejecución profesionales de la sanidad desde los CPF y las Clínicas de ETS y algunas Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que trabajan con el Ministerio.

Está centrado, sobre todo, en la transmisión del VIH.

También forman a jóvenes, prostitutas, etc., para que trabajen desde *grupos de iguales*.

Jamaica

Un 28% de todos los partos y un 40% de los abortos corresponden a adolescentes. Las madres adolescentes tienden a quedar embarazadas de nuevo muy poco después de tener su primer hijo. El 40% de las mujeres jamaicanas ha tenido uno o dos hijos antes de cumplir los 20 años. Muchos de esos embarazos no son planeados ni deseados.

Las jóvenes madres a menudo son víctimas del ostracismo social y abandonan sus estudios. Con frecuencia tienen que criar a sus hijos en condiciones de inseguridad social y penuria económica, con el riesgo de que, si son hijas, a su vez, abandonen los estudios y se conviertan en madres adolescentes.

Así que en este país se ha puesto en marcha una medida de prevención terciaria.

CENTROS PARA MADRES ADOLESCENTES

Empezaron a crearse en 1979.

Las jóvenes comienzan a asistir a ellos durante el embarazo y allí reciben asesoramiento, así como una oportunidad de recuperar las clases perdidas en el colegio.

Después del nacimiento de sus hijos, continúan adquiriendo conocimientos sobre sus responsabilidades familiares, incluida información sobre anticonceptivos y nutrición. También se les ofrece la oportunidad de reanudar sus estudios y ayuda para cubrir los gastos de matrícula y el costo de los uniformes si es necesario.

Estos centros están financiados por el Fondo de Población de las Naciones Unidas. El programa ha tenido mucho éxito.

Todas las adolescentes que habían abandonado los estudios regresaron al colegio.

Casi todas las jóvenes optaron por utilizar algún tipo de anticonceptivo después de dar a luz. Y sólo un 2,2% volvieron a quedar embarazadas antes de completar su educación.

Brasil

Los profesionales de la salud que antes se concentraban en la planificación familiar y la salud materna, han visto ampliado su campo a la prevención del SIDA y promoción de prácticas sexuales menos peligrosas. En 1990 por primera vez distribuyeron más condones que paquetes de píldoras para la planificación familiar.

A medida que el problema ha ido aumentando, también lo ha hecho su respuesta. El Ministerio de Salud de Brasil tiene un fuerte programa contra las ETS, que incluye programas regionales prácticamente en cada uno de los 27 estados de Brasil. Complementan el trabajo del gobierno varias ONG.

Los programas se centran en los jóvenes de la calle y la prostitución.

Una encuesta hecha el año pasado a jóvenes de 14 a 23 años en tres ciudades brasileñas (Río de Janeiro, São Paulo y Porto Alegre) reveló una actitud muy condescendiente frente al VIH y al SIDA, los describieron como "un problema del futuro", "un problema no suyo", "sólo concierne a pequeños grupos de riesgo (homosexuales o drogadictos)"... Si bien el 71% de los entrevistados señaló que sabía los métodos que debería utilizar para evitar una infección por el VIH, sólo cerca de un tercio indicó que utilizaba condones regularmente o que había modificado su conducta sexual.

PROYECTO CON 'LOS NIÑOS DE LA CALLE'

Un grupo de profesionales distribuye preservativos a los jóvenes de la calle, asesora a los y las adolescentes que se dedican a la prostitución, les enseñan cuáles son sus derechos como menores, les proporcionan juegos educativos para aumentar su conciencia sobre la salud, y ayuda a los niños a valorar su propia dignidad.

África Occidental: Senegal, Nigeria y Togo

En 1990 tuvo lugar en Senegal una *Conferencia de Actualización de Tecnología Anticonceptiva*. Al mismo tiempo, también en Nigeria y Togo se llevaban a cabo otras dos *Conferencias* similares. Posteriormente se han venido repitiendo estas *Conferencias de Actualización*.

En 1992 los funcionarios de salud de **Togo** celebraron un *Simposio* de tres días en el que se reunió a dirigentes de PF de Togo y de **otros 9 países africanos**.

En gran parte del **África francoparlante**, las leyes coloniales que prohibían el uso de cualquier método anticonceptivo han desaparecido, pero dejaron en su estela algunos de los reglamentos más restrictivos del mundo sobre anticoncepción.

En **estos tres países**, las *Conferencias sobre la Salud Reproductiva* han desempeñado un papel crítico al iniciar cambios que facilitan el uso de la Planificación Familiar. Se reunieron en ellas expertos en PF, gerentes de programas, sanitarios y funcionarios gubernamentales, para enterarse de las últimas noticias clínicas y programáticas en PF; asistieron expertos locales, regionales e internacionales, que compartieron con los participantes los hallazgos de las investigaciones sobre temas importantes de PF. Este intercambio de información ha aliviado las directrices exageradamente restrictivas en cada país.

Se vió que había que promover cambios en las políticas nacionales de PF, y abrir el camino para una actitud más liberal e informada de los trabajadores de la salud, con el fin de hacer disponible una más amplia variedad de métodos anticonceptivos, ya que es difícil cambiar los hábitos de una cultura donde los sanitarios están capacitados en salud pero no en PF; donde sus prioridades son la búsqueda de contraindicaciones y no la facilitación del acceso a los métodos de PF; donde a las personas que acuden a consulta se las considera 'enfermas/os' y no clientes...

También se observó que estas *Conferencias* son esenciales porque una vez que se convenga a los trabajadores de la salud de que su contribución a la PF es importante, se pueden comenzar a eliminar los obstáculos no médicos asociados con las normas culturales y con las tradiciones.

En **Nigeria** una consecuencia importante de la *Conferencia de Actualización* fué el reconocimiento de que el mal trato a los clientes desalienta a la gente a buscar estos servicios.

En **Senegal** se han reducido los reglamentos sobre análisis de sangre.

La declaración final de la reunión de **Togo** recomendó políticas explícitas para autorizar los **servicios de PF** para los adolescentes y promover la prestación de servicios fuera de las clínicas, como la comercialización social. Desde entonces, el Ministerio de la Salud y de la Población ha apoyado estas recomendaciones.

Malawi

En Malawi, según las *normas sociales*, una joven no debe tener relaciones sexuales antes de comenzar a menstruar o antes de la iniciación; sin embargo, siete de cada diez niñas han tenido

relaciones antes de que se produjera uno de estos eventos. El promedio de edad en que se produce el primer coito es de 13,6 años. Si las mujeres de mayor edad de la comunidad insistieran en reforzar el modelo de la norma social (no tener relaciones sexuales hasta después de la menarquia y después de realizarse la iniciación, ceremonia durante la que se transmite mucha información sexual), esas siete de cada diez niñas, podrían posponer por un cierto tiempo las relaciones sexuales, lo cual les daría la oportunidad de aumentar sus conocimientos sobre la prevención de embarazos no deseados, ETS, SIDA, etc.

La infección por VIH es cada vez más frecuente entre los jóvenes de uno y otro sexo. A pesar de muchos tipos de proyectos de intervención, el virus sigue propagándose. Una de cada tres mujeres atendidas en la clínica prenatal del Queen Elizabeth Central Hospital de Blantyre, es VIH-positiva.

Las mujeres continúan desempeñando un papel sumiso; son los hombres los que, con frecuencia, toman las decisiones respecto al sexo y ellas se limitan simplemente a obedecer.

CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN

Las campañas para la prevención del SIDA y ETS tratan de fomentar el uso de los condones a través de compañeros o *iguales* capacitados como educadores entre adolescentes, chicas que trabajan en bares, camioneros, pacientes con ETS, etc.

La capacitación como educadoras/es se lleva a cabo por medio de un **equipo del Proyecto de la Comunidad Económica Europea contra el SIDA**, y se concentra en lograr una comunicación eficaz, discutir sobre las prácticas sexuales seguras, y enseñar a utilizar los condones correctamente.

En zonas rurales se utilizan como *mediadores* los jefes de las tribus.

También se han iniciado **proyectos de prevención en las escuelas**. En el curso 1992-93 se han editado cerca de 200.000 libros que contienen guías para los maestros acerca de la prevención del SIDA, ETS, embarazos no deseados..., con el fin de utilizarlos en el programa de estudios de las escuelas primarias y secundarias.

Sri Lanka

Los **programas de planificación familiar** ofrecen cursos de educación sexual a grupos juveniles y los patrocinan, capacitando a jóvenes para que éstos, a su vez, eduquen y orienten a sus *pares* o *iguales* sobre la salud reproductiva y planificación familiar. Estos comités juveniles programan y dirigen sus propios proyectos, relativos a la población y el desarrollo.

VI. OTROS METODOS DE INTERVENCIÓN EN LA ADOLESCENCIA:

En un proyecto desarrollado por los Servicios de Comunicación sobre la Población de la Universidad Johns Hopkins, los cantantes populares Tatiana Palacios, de 17 años, y Johnny Lozada Correa, de 16 años, grabaron dos canciones sobre el hecho de posponer las relaciones sexuales. Una de ellas, '*Cuando estemos juntos*', se convirtió en la canción más popular de **México**, y estuvo entre las diez primeras en otros países de **América Latina** y el **Caribe**. Los **centros de orientación de jóvenes** mencionados en los anuncios publicitarios que promocionaban estos discos, han hecho constar que el número de visitas y cartas recibidas de gente joven ha aumentado entre un 200% y un 2.000%.

'Consecuencias', una película comercial producida en **Zimbabwe** con un reparto estelar y técnicos locales, transmite un mensaje similar dentro de un marco popular. Esta película, lanzada en 1988, narra la historia de una joven que, al quedar embarazada, es expulsada de la escuela y es rechazada por su familia y por su novio. A diferencia de la mayoría de los espectáculos populares, esta película muestra a los jóvenes que las relaciones sexuales pueden acarrear consecuencias desastrosas. No hay que olvidar que algunas encuestas realizadas en las zonas urbanas de **África** han revelado que los niveles de actividad sexual en las jóvenes solteras prácticamente se han duplicado desde mediados de los años 70 a mediados de los 80 (admiten tener relaciones sexuales aproximadamente un 45%, entre los 15 y los 19 años).

VII. INTERVENCIONES EFICACES

Existen elementos básicos en los programas de Salud Pública que han tenido mucho éxito: una clara estrategia, una buena administración, el compromiso político y una base financiera estable.

La estrategia comprende varios principios:

- 1) Son necesarios programas que contemplen *mediadores* o intervenciones desde *grupos de iguales* (entre personas del mismo grupo) para jóvenes y para poblaciones en alto riesgo en los países en desarrollo. En **Europa Grapevine/New Grapevine** es el único proyecto que incluye, con éxito, la participación de jóvenes en su realización; **Mercredi Jeunes** también intentó hacerlo, pero fracasó; **Rutgers Stichting** ha tenido éxito en la inclusión de los jóvenes en la preparación de sus publicaciones; de momento no parece que haya una tendencia clara hacia la participación de los jóvenes en un servicio que va dirigido a ellos mismos. Sí se hace en otro tipo de programas: con poblaciones de riesgo de contraer SIDA o con drogodependientes, por ejemplo.

- 2) Hay que utilizar los medios de comunicación y mandar mensajes de forma regular y continua.
- 3) Hay que facilitar el acceso a los preservativos y otros anticonceptivos.
- 4) Hay que facilitar la atención a los/as jóvenes que requieren anticoncepción, o diagnóstico y tratamiento de ETS.

No podemos perdernos en medio de la niebla del "tiene que hacerlo el Ministerio o el Servicio de Salud", cada uno de nosotros, como profesionales, tenemos la responsabilidad de la asistencia y de ayudar a promocionar actividades de información, educación y comunicación, además de la investigación (que no debe ser un estado de gracia, sino una actitud cotidiana).

En la realización de trabajos de investigación hay que tener en cuenta que el Comité de Expertos de la OMS en Necesidades de Salud de la Adolescencia, define como *adolescencia* al grupo de edad de 10 a 19 años, con una 1ª fase de adolescencia (o preadolescencia): 10-14 años y una 2ª fase de adolescencia: 15-19 años; así mismo designa como *juventud* al período de edad situado entre 15 y 24 años. En la práctica las divisiones que se hacen son: <15, 15-19, 20-24, con las denominaciones de: adolescencia baja o preadolescencia (10-14), adolescencia alta (15-19) y jóvenes (20-24).

España

Educación sexual: En el marco de la LOGSE (*Ley de Ordenación General del Sistema Educativo*), los *Reales Decretos* han establecido los *currícula* escolares que definen la enseñanza; entre estos contenidos están los llamados *temas transversales*, a desarrollar en *todas* las áreas y asignaturas; uno de estos ejes es la Educación Sexual (incluida en la enseñanza obligatoria: hasta los 16 años).

Legislación: En el Derecho Español no está recogida explícitamente la asistencia al adolescente en materia reproductiva. El texto legal regulador de los derechos generales de la persona, el *Código Civil*, establece que, hasta la mayoría de edad, el menor no emancipado está sometido a la patria potestad, esto es, que necesita la representación o autorización de quien ostenta dicha patria potestad para la realización de sus actos. Sin embargo el *Código Civil* exceptúa '*los actos personalísimos*', los cuales puede realizar el menor por sí mismo, sin necesidad de representación o autorización de quien ostenta la citada patria potestad. El problema clave es determinar si el hecho de solicitar y recibir asistencia en materia de salud reproductiva puede considerarse un '*acto personalísimo*'... y todo parece indicar que sí lo es. Por otra parte el *Código Civil* español, en su artículo 46, prohíbe que los menores de edad contraigan matrimonio a no ser

que exista dispensa del Juez de primera instancia. En consecuencia, si el Derecho Español no considera 'acto personalísimo' el contraer matrimonio, podría haber dudas de si considera o no como tal el tema de la salud reproductiva. Esta situación contrasta con la *Declaración Universal de Derechos Humanos* (artículo 16) y el *Convenio Europeo de Protección de los Derechos Humanos* (artículo 12) que proclaman: "todos los hombres y mujeres a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción, al matrimonio". El ejercicio de tal derecho conlleva que toda persona núbil, aunque sea menor, puede recibir, sin restricciones, asistencia en materias relacionadas con su salud reproductiva, es decir, sin las autorizaciones o consentimientos de quienes ejerzan la patria potestad.

En cuanto a los datos epidemiológicos, proyectos llevados a cabo con adolescentes, y producción de material educativo en España..., os paso el compromiso de contárnoslo a las personas que traéis en vuestras comunicaciones el trabajo que día a día estáis llevando a cabo, y que nos aportará las últimas novedades en este campo.

VIII. EPÍLOGO

En el año 1994, se hicieron '*bachilleres expertos en SIDA*' en **Rusia**.

Adolescentes de entre 14 y 16 años fueron formados, a través de un exigente seminario, dirigido por la profesora estadounidense Wendy Arnolds, para impartir educación sobre la prevención del SIDA por diferentes colegios rusos, *conectando* mejor con los oyentes que un adulto cualquiera experto en la materia.

Ante el gran número de casos que se produjeron en este país, el Gobierno adoptó una polémica medida: una ley que obliga, a cualquier ciudadano extranjero que reside o llega a Rusia, a someterse a la prueba del SIDA.

BIBLIOGRAFIA

* AAVV. Embarazos de adolescentes en los EE.UU.: estudios muestran nuevos enfoques para la prevención. *Fam Health Int. Network Esp* 1991; 6(1): 20-2.

* AAVV. Los adolescentes y la fecundidad. *Fam Health Int. Network Esp* 1990; 5(1): 16-9.

* AAVV. Sexual Behavior and Use of Contraception Among Young Adults. What Have We Learned from the Young Adult Reproductive Health Surveys in Latin America. *Primera Conferencia Inter-Africana de Salud del Adolescente*. Nairobi (Kenia), 1992.

* Abramson JH. *Métodos de Estudio en Medicina Comunitaria. Una introducción a los estudios epidemiológicos y de evaluación*. Madrid: Díaz de Santos, 1990.

- * Ajuntament de Barcelona (ed). *Notas sobre las posibilidades legales de asistencia sanitaria a los menores de edad en materia de salud reproductora*. Barcelona, 1985.
- * Antó JM. Políticas de salud orientadas por problemas. *Quadern CAPS* 1992; 17: 5-8.
- * Arbelo A, Hernández G, Arbelo A. *Demografía Sanitaria de la Adolescencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.
- * Ashton J, Seymour H. *La nueva salud pública*. Barcelona: Masson, 1990.
- * Brito R. Agencias mexicanas llevan el servicio a los adolescentes. *Fam Health Int. Network Esp* 1992; 7(3): 16-7.
- * Byer CO, Shainberg LW, Jones KL. *Dimensions of Human Sexuality*. Dubuque (USA): Wm C Brown Publishers, 1988.
- * Casto M. *¿Quién es este paciente? Habilidades de comunicación con el usuario*. Pamplona: Gobierno de Navarra, 1990.
- * Castro, J. *Geopolítica del hambre (1)*. Madrid: Guadarrama, 1972.
- * Castro, J. *Geopolítica del hambre (2)*. Madrid: Guadarrama, 1975.
- * Corbella J, Valls C. *Ante una edad difícil. Psicología y biología del adolescente*. Barcelona: Círculo de Lectores, 1989.
- * Durán MA. *Desigualdad social y enfermedad*. Madrid: Tecnos, 1983.
- * Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) (ed). *Estado de la Población Mundial 1989*. New York, 1989.
- * Gérard H, Wunsch G. *Demografía*. Madrid: Pirámide, 1973.
- * González A. Los profesionales de la salud y la sexualidad. *Rev Sanid Hig Publica* 1980; 54: 477-507.
- * González A, González S. *Salud Sexual y Salud Mental*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 1980.
- * Instituto de la Juventud. *Sexualidad y Juventud*. Madrid: Ministerio de Cultura, 1985.
- * Instituto de la Mujer. *Servicios de asesoramiento y anticoncepción para jóvenes*. Madrid: Ministerio de Cultura, 1987.
- * Jones EF, Forrest JD, *et al*. Teenage Pregnancy in Developed Countries: Determinants and Policy Implications. *Fam Plann Perspect* 1985; 17(2): 53.
- * Kegeles S, Adler N, Irwin C. Adolescents and condoms, associations of beliefs with intentions to use. *Am J Dis Chil* 1989; 143: 911.
- * Lalonde, M. *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, 1974.
- * Maceiras L, Matesanz A, Ruiz E. Los Centros Jóvenes de Anticoncepción y Sexualidad. *Ginecol Contracepcion* 1992; 1(3): 5-7.
- * Maceiras L, Segovia A. Da Educación Sexual para a Saúde á Saúde Sexual pola Educación. *Adaxe* 1992; 8: 137-52

- * Marsiglio W, Mott FL. The impact of sex education on sexual activity, contraceptive use and premarital pregnancy among American teenagers. *Fam Plann Perspect* 1986; 18(4): 151.
- * Martín FJ. Desigualdades sociales, desigualdades en salud. *Clin Rural* 1993; 408: 4-5.
- * McKeown T. *El papel de la Medicina. ¿Sueño, espejismo o némesis?* Madrid: Siglo XXI, 1982.
- * Ministerio de Sanidad y Consumo (ed). *Guía para la Elaboración del Programa del Escolar y Adolescente en Atención Primaria de Salud*. Madrid, 1989.
- * Ministerio de Sanidad y Consumo (ed). *Informe sobre Embarazo en Adolescentes y Jóvenes*. Madrid, 1990.
- * Monroy A, Bailey P, Morris L, Nunez L, Cardenas C, Whatley A. Sex Education and Attitudes of Young People from Two Wards in Mexico. In: *International Meeting on Sexual and Reproductive Health in Teenagers and Young Adults*. Oaxtepec: Centro de Orientación para Adolescentes, 1985; 94.
- * Naciones Unidas (ed). *Adolescent Reproductive Behaviour: An Annotated Bibliography*. New York, 1988.
- * Nichols D, Woods ET, Gates DS, Sherman J. Sexual Behavior, Contraceptive Practice and Reproductive Health Among Liberian Adolescents. *Stud Fam Plann* 1987; 18(3): 169.
- * Nichols D, Ladipo OA, Paxman JM, Otolorin EO. Sexual Behavior, Contraceptive Practice and Reproductive Health Among Nigerian Adolescents. *Stud Fam Plann* 1986; 17(2): 100.
- * OMS (ed). *Health Promotion; a discussion document on the concept and principles*. Copenhagen, 1984.
- * OMS (ed). *Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana. Formación de profesionales de salud*. Ginebra, 1975. (Informe técnico; 572).
- * OMS (ed). *Necesidades de salud de los adolescentes*. Ginebra, 1977. (Informe técnico; 609).
- * OMS (ed). *Ottawa Charter For Health Promotion*. Copenhagen, 1986.
- * OMS (ed). *Problemas de salud en la adolescencia*. Ginebra, 1965. (Informe técnico; 308).
- * Organización Panamericana de la Salud (OPS) (ed). *Health Conditions in the Americas*. New York, 1990.
- * Piédrola G, et al. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Salvat, 1990.
- * *Programa Educativo* [vídeo]. Barcelona: Tambrands, 1990.
- * Pueyo P, Coll J, Pueyo M. Necesidades prioritarias insatisfechas en materia de salud. *Libro de Comunicaciones del IV Congreso de la SESPAS: 'De política sanitaria a políticas de salud'*. Valencia: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, 1991; 88.
- * Roswell J. La visita del adolescente al consultorio. *Bol Asoc Esp Med Adolesc* 1991; 1: 2-3.

- * Roswell J. La visita del adolescente al consultorio (II). *Bol Asoc Esp Med Adolesc* 1992; 2: 2-3.
- * Ruiz F, Zorita P. La Formación del Personal de la Salud en la Comunidad Económica Europea. *Rev Sanid Hig Publica* 1988; 62: 1697-718.
- * San Martín, H. *Problèmes d'épidémiologie sociale*. Madrid: Karpos, 1982.
- * Serrano MI. *Educación para la Salud y Participación Comunitaria. Una perspectiva metodológica*. Madrid: Díaz de Santos, 1990.
- * Townsend S. Conferencias ofrecen la clave a una mejor planificación familiar. *Fam Health Int. Network Esp* 1993; 8(2): 17-9.
- * Turabian JL. *Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en la salud*. Madrid: Díaz de Santos, 1992.
- * Valls C. Compartir las decisiones entre médico y paciente. ¿Utopía o el próximo reto de la calidad en la asistencia médica?. *Quadern CAPS* 1991; 15: 70-5.
- * Vuori HV. *El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología*. Barcelona: Masson, 1988.
- * Weeks JR. *Sociología de la población*. Madrid: Alianza Universidad Textos, 1988.
- * Zabin LS, Kantner JF, Zelnik M. The Risk of Adolescent Pregnancy in the First Months of Intercourse. *Fam Plann Perspect* 1979; 4.
- * Zelnik M, Kantner JF. Sex education and its association with teenage sexual activity, pregnancy and contraceptive. *Fam Plann Perspect* 1982; 14(3): 117.