

Metodos basados en el conocimiento de la fertilidad

Barranco Castillo E.

Ginecóloga. H. U. San Cecilio. Granada

INTRODUCCIÓN

El término "conocimiento de la fertilidad" se refiere a la posibilidad que cada mujer tiene de aprender a reconocer el comienzo y el final de su período fértil en cada ciclo menstrual y utilizarlo de acuerdo con sus deseos de planificar o evitar el embarazo. Esta realidad se asienta en que la fertilidad humana, teóricamente permanente en el hombre, es cíclica en la mujer, y en que la vida media de los gametos está limitada por las condiciones fisiológicas del aparato reproductor femenino para permitir la supervivencia de los espermatozoides (no más de 5 días en presencia de moco cervical) y en la corta supervivencia del óvulo después de la ovulación (unas 24 horas a efectos de fertilidad potencial, pero probablemente menor); toda mujer en etapa reproductiva tiene síntomas y signos durante las fases fecundas e infecundas de su ciclo.

Actualmente, la mujer puede aproximarse al reconocimiento de su fertilidad de las siguientes formas:

1. **Por el cálculo o calendario.** La mujer basándose en la duración de sus ciclos precedentes identifica el comienzo y el final de su período fértil.
2. **Por la temperatura basal.** Si la mujer toma su temperatura interna en reposo, generalmente por la mañana antes de levantarse de la cama, y la anota en un gráfico, podrá observar cómo en los momentos posteriores a la ovulación la temperatura basal se eleva.
3. **Por el reconocimiento de las secreciones cervicales.** La mujer sabe que se encuentra en una etapa fértil cuando ve su moco cervical o tiene sensaciones genitales relacionadas con él. El moco anuncia que la ovulación se aproxima.
4. **Por el reconocimiento de las características del cuello uterino.** A medida que se acerca el

momento ovulatorio el cuello experimenta cambios que la mujer puede identificar y utilizar de forma complementaria junto con los otros indicadores.

MECANISMO DE ACCIÓN

Estos métodos ayudan a la mujer a ser consciente de sus días de fertilidad potencial y a evitar el embarazo cambiando su conducta sexual durante la fase fértil, bien evitando el coito vaginal durante ésta (lo que se llama comúnmente abstinencia periódica o planificación familiar natural), o utilizando métodos de barrera tales como condones, diafragmas y espermicidas o coito interrumpido.

EFICACIA

En la literatura hay escasa información tanto sobre la eficacia de los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad cuando se usan junto a métodos de barrera o al coito interrumpido, como de las parejas que, aun utilizando métodos de barrera, recurren al conocimiento de la fertilidad para evitar el coito cuando la mujer se encuentra en su etapa fértil, sabiendo que esto puede ser más efectivo que utilizar simplemente los primeros, práctica extendida entre determinados sectores informados de la población, y que necesitaría una investigación concienzuda para desmitificar los métodos basados en la conciencia de la fertilidad y ayudar a aquellas parejas que por desconocimiento recurren siempre a los métodos de barrera, aun en etapas del ciclo en los que hay infertilidad absoluta. También llama la atención que los estudios publicados, a excepción de los pertenecientes a los grupos europeos, no informan sobre el uso

del coito interrumpido o métodos de barrera durante la fase fértil; Frank-Hermann y cols, en 14.870 ciclos, analizaron la relación existente entre las tasas de embarazo no planeado y la conducta sexual y encontraron que con el uso perfecto del Método sintotérmico, la tasa anual de embarazos era del 0.63%; las tasas de embarazo con las diferentes modalidades de uso imperfecto también fueron muy bajas (0.45%), si sólo hubo relaciones sexuales protegidas en fase fértil (perfecto uso entre usuarias de métodos mixtos), pero el contacto genital en fase fértil (incluyendo el coito interrumpido) condujo a una tasa de embarazos del 4.54 % y el coito no protegido en fase fértil conllevó una tasa de embarazos del 8.96%.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS

Si hacemos caso del viejo proverbio de que “el saber no ocupa lugar”, la enseñanza del conocimiento de la fertilidad sería algo prioritario en cualquier programa educativo sobre anticoncepción y sexualidad, aspecto que no ha recibido la debida atención por educadores y personal sanitario. Probablemente ha llegado el momento en el que se rompa con viejos tabúes y se cambie de actitud, los Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad tienen sus ventajas, a pesar de haber contado con grandes detractores en un pasado no demasiado lejano, y su difusión es una apuesta de futuro por el empoderamiento de las mujeres en anticoncepción y relaciones de pareja. Algunas de sus ventajas serían:

- * Educar a mujeres y hombres, de cualquier edad y condición, sobre los ciclos de fertilidad femeninos, algo que debería ser clave en los programas de educación afectiva y sexual para la prevención del embarazo adolescente y juvenil.

- * Implicar a los hombres en la anticoncepción y en el respeto a los ciclos fértiles de las mujeres.

- * Una vez aprendidos, pueden utilizarse tanto para evitar el embarazo como para concebir.

- * Carecen de efectos secundarios por sí mismos, son reversibles de forma inmediata y pueden ser utilizados por la mayoría de las mujeres/parejas que conocen y respetan sus normas.

- * Su costo económico es tan reducido, que se limita al tiempo invertido en el período de enseñanza y esta puede ser impartida por voluntarias y voluntarios especialmente entrenados sin necesitar personal médico, ni para la enseñanza ni para el seguimiento, aunque deberían ofrecerse en las consultas de anticoncepción como una opción relevante.

Sus desventajas están en función de la elección

que se haga y de la posición de las mujeres/parejas hacia el esfuerzo compartido que, en ocasiones, requiere su uso:

- * Si no se utilizan de forma consistente y de acuerdo con las normas, son menos eficaces que los métodos que actúan directamente sobre el aparato genital femenino y que no requieren de la autoobservación e interpretación de los signos de fertilidad e infertilidad, teniendo en cuenta que un coito sin protección en fase fértil conlleva el mayor riesgo de embarazo.

- * Son necesarios algunos ciclos de aprendizaje antes de comenzar a utilizarlos plenamente, aunque en el caso del Método del calendario, si la mujer tiene registrada la duración de sus ciclos precedentes (6-12 meses) puede calcularse el período fértil de inmediato.

- * En cada ciclo menstrual, por principio y dependiendo del método, sería necesario evitar la penetración vaginal entre 8 y 16 días, o bien recurrir a prácticas sexuales no penetrativas o a métodos de barrera durante esos días.

- * Si la mujer padece algún problema de salud que dificulte el reconocimiento del moco cervical o altere su secreción, afecte a la longitud del ciclo o esté amamantando, los signos de fertilidad son más difíciles de reconocer.

- * Las mujeres con ciclos muy irregulares quizás no sean candidatas a utilizar el método del calendario.

- * En el caso de mujeres con más de una pareja sexual pueden ser más difíciles de usar como métodos únicos. No brindan, al igual que la anticoncepción hormonal, el DIU o los implantes, protección frente a las enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, por lo que las mujeres expuestas al riesgo de contagio deberían utilizar condones de forma consistente durante la fase fértil (una vez más la doble protección).

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA LOS MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD

Siguiendo los criterios de elegibilidad médica de la OMS, se puede verificar si la mujer tiene problema de salud conocido que pudiera interferir con los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad. Por lo general no es necesario hacer pruebas de laboratorio ni exámenes médicos previos y la mayoría de las mujeres pueden usarlos de forma segura y eficaz y en cualquier circunstancia, ya sean obesas o delgadas,

hayan tenido o no hijos, sean fumadoras o tengan historia de hipertensión moderada, trombosis venosa profunda o embolia pulmonar, venas varicosas, cefaleas graves o moderadas, dismenorrea, fibromas uterinos, endometriosis, quistes ováricos, anemia por deficiencia de hierro, hepatitis viral o malaria. Así es como, en contra de lo que en ocasiones se aconseja en los servicios de anticoncepción y a la luz de las recientes revisiones sobre el tema, muchas mujeres se beneficiarían del conocimiento de su fertilidad, ayudándoles a evitar embarazos no planeados en circunstancias médicas desfavorables.

USANDO LOS MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD

1. Cuándo comenzar

Una vez que la mujer/pareja ha recibido la correspondiente instrucción, pueden empezar a usar las técnicas del conocimiento de la fertilidad. En el postparto, dado que los signos de fertilidad son algo atípicos, las madres lactantes se podrán beneficiar del MELA. Sería aconsejable que las mujeres autoobservaran su fertilidad antes de iniciar la vida sexual activa, para de este modo tener la oportunidad de conocer sus etapas fértiles antes de exponerse al riesgo de embarazo. En el caso de mujeres con actividad sexual, dependiendo del método elegido, se puede recomendar un ciclo de observación previo, para que aprendan a detectar los signos y síntomas.

2. Enseñanza de los Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

Cualquier mujer/pareja, que desea ser usuaria, necesita un período de aprendizaje, aspecto fundamental para la obtención de las máximas tasas de eficacia y seguimiento. Una persona amigable, que escucha atentamente las preocupaciones, contesta preguntas y sabe adoptar una actitud empática, orientando claramente sobre los problemas que se le plantean, será la mejor aliada para conseguir éxito y satisfacción. Se consideran aptos para la enseñanza aquellos profesionales sanitarios que se han entrenado para esta finalidad, así como otras personas voluntarias, orientadores familiares y parejas experimentadas. Su misión será: ayudar a que la mujer/pareja aprenda a reconocer los signos y síntomas de fertilidad, alentar reiteradamente a evitar o interrumpir el coito o a utilizar métodos de barrera en la fase fértil, orientar en los problemas de la abstinencia, informando sobre las diversas posibilidades de expresar el cariño y los sentimientos se-

xuales en esta fase, y en caso de que decidan recurrir a ella, y si es posible proporcionar materiales - termómetros, calendarios, cuadernos o gráficos. Finalmente, si no están capacitadas para enseñar métodos tales como la inserción de un diafragma, derivarán a las teóricas usuarias a otras profesionales preparadas para este fin.

¿ENSEÑANZA BASADA EN MÉTODOS ESPECÍFICOS?

En la bibliografía disponible encontramos muchas denominaciones para los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad. Nosotras apostamos por la simplicidad en la enseñanza, porque estamos convencidas de que esto redundará en beneficio de las teóricas usuarias y serán ellas quienes decidirán el método que se ajusta más a sus preferencias.

A) Métodos basados en un indicador único para identificar el comienzo y el fin del período fértil: puntos básicos para el aprendizaje

1. Métodos del Moco cervical

a) La mujer observa a diario si tiene moco cervical. Puede sentir "humedad" en la entrada de la vagina o ver el moco entre sus dedos o en el papel higiénico.

b) En el momento en que advierte cualquier secreción debería evitar el coito, recurrir a un método de barrera o al coito interrumpido.

c) A medida que avanza el ciclo el moco cervical se torna más lubricante, filante y la mujer se nota "mojada", hasta que llega un día en el que estas sensaciones desaparecen y se vuelve a sentir como en la fase precedente, o seca; ahora la mujer identificará el día previo como "día pico", y continuará evitando el coito no protegido hasta cuatro días después.

d) Unos días después del día pico, el moco cervical se hace pegajoso, pastoso y opaco, o desaparece. La pareja podrá tener relaciones sexuales no protegidas hasta la siguiente menstruación.

e) Algunas instructoras - según el método que enseñen - recomiendan a las parejas que eviten el coito sin protección durante la menstruación para evitar que se enmascare el reconocimiento del moco.

f) Cuando termina la menstruación, el moco puede estar ausente durante varios días, la mujer estará "seca" y, en general, el coito se considera "seguro"; sin embargo en el Método de la Ovulación se recomiendan relaciones sexuales en días secos alternos, mien-

tras que en el Método del moco modificado los días de menstruación y todos los días secos se consideran aptos para el coito. Recientemente se ha desarrollado un algoritmo para la identificación de la ventana de fertilidad, basado en las secreciones cervicales. Es el "TwoDay Algorithm", más simple de enseñar, aprender y usar que los actuales métodos del moco, porque sólo requiere que la mujer compruebe la presencia o ausencia de moco cervical (sensación o apariencia), para decidir día a día si está fértil, aunque se están llevando a cabo estudios más amplios para avalar su eficacia.

2. Método de la temperatura basal

a) La mujer deberá tomarse la temperatura, con un termómetro convencional, todos los días bajo las mismas condiciones: antes de levantarse de la cama, vía oral, rectal o vaginal (siempre la misma) y anotarla en un gráfico diseñado a tal fin. La temperatura basal se eleva entre 0.2 y 0.5 décimas de grado en los momentos posteriores a la ovulación, y aunque de antiguo se sabía que los niveles bajos de temperatura no predicen ésta, las investigaciones recientes así lo han confirmado.

b) La mujer/pareja evita el coito, usa un método de barrera o el coito interrumpido desde el primer día de menstruación hasta que la temperatura sube de 0.2 a 0.5 décimas de grado sobre sus temperaturas bajas precedentes. Esta elevación se mantiene al menos durante 3 días y significa que la ventana fértil ha finalizado.

c) Cuando se dan estas circunstancias, la mujer/pareja puede practicar el coito sin protección hasta el comienzo de la siguiente menstruación.

3. Métodos del Calendario

Antes de comenzar a utilizarlos, la mujer deberá anotar la duración de sus ciclos menstruales en los 12 meses precedentes. El cálculo del período fértil se realizará así:

a) Al ciclo más corto de los 12 anteriores se le resta 19 y se indica el primer día potencialmente fértil.

b) Al ciclo más largo se le resta 10, y el resultado es el último día potencialmente fértil. La mujer/pareja debería evitar el coito vaginal o recurrir a un método de barrera durante los días potencialmente fértiles.

Actualmente se está comprobando, por parte del Institute for Reproductive Health de la Georgetown University, la eficacia y aceptabilidad del "Standard Days Method" en varios países; se trata de un método basado en una fórmula fija para definir la ventana de fertilidad, en la que los días 8 - 19 del ciclo menstrual

se consideran fértiles siempre que la duración del ciclo oscile habitualmente entre 26 y 32 días.

B) Métodos basados en la combinación de indicadores para identificar el comienzo y el fin del período fértil: Métodos sintotérmicos

Las usuarias de estos métodos identifican los días fértiles y los infértiles combinando la observación de la temperatura basal, el moco cervical, los cambios cervicales, la duración de los ciclos precedentes y otros signos y síntomas de ovulación. En general, las reglas que han de seguir, con variaciones determinadas por las diferentes modalidades de uso, son las siguientes:

a) La mujer/pareja comienza a evitar el coito sin protección cuando aparece moco o sensación de humedad (Método mucotérmico), pero si se utilizan las normas del Método sintotérmico el comienzo de la fertilidad vendría determinado por la regla del cálculo (ciclo más corto conocido menos 20) y/o por la aparición de moco, dependiendo del indicador más precoz.

b) Continuarán evitando el coito sin protección hasta que coincidan tres días de elevación térmica y tres días después del día pico de moco. Si uno de estos eventos ocurre antes que el otro, se debería esperar a que ambos concuerden para tener coitos no protegidos.

c) Otros signos y síntomas a tener en cuenta serán: dolor abdominal, cambios en la consistencia, altura y posición del cuello uterino, sensibilidad mamaria y sangrado intermenstrual.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Las dos de las preguntas que con más frecuencia nos hacen cuando divulgamos los Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad son las siguientes:

¿Los métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la fertilidad pueden ser usados sólo por parejas con buen nivel de educación?

No. Estos métodos pueden ser usados de forma eficaz por mujeres/parejas que tienen poca o ninguna educación formal. Todas las parejas deben tener un alto nivel de motivación, ser adecuadamente instruidos y comprometerse a evitar el coito o utilizar coito interrumpido o métodos de barrera durante la fase fértil.

¿Son los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad fiables como anticonceptivos?

A muchas mujeres estos métodos les proporcionan información fiable sobre el período fértil. Serán eficaces si se evita el coito vaginal o se recurre a méto-

dos de barrera o coito interrumpido de forma consistente durante los días fértiles, así es que su eficacia será similar a la de cualquier método "dependiente" de los usuarios y usuarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Frank - Hermann P, Freundl G, Gnoth G et al.:** Natural family planning with and without barrier methods use in fertile phase: efficacy in relation to sexual behavior: a German prospective long - term study. *Adv Contracept* 1997; 13:179 - 189.
2. **Barranco E.:** Aspectos prácticos del conocimiento de la fertilidad y perspectivas de futuro. En: Vanrell JA y

cols (eds). *Fertilidad y esterilidad humanas II*. Barcelona: Masson, 2000:325 - 341.

3. **Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Sëller JS, Shelton JD.:** Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Baltimore, Facultad de Salud Pública. Universidad de Jonhs Hopkins, Programa de Información en Población, 1999:14-1 - 14-18.
3. **Barranco E y cols.:** *Métodos Naturales*. Cuadernos de Medicina Reproductiva (En prensa), 2002.

Agradecimientos

La ponente desea agradecer a Francoise Soler de ACODIPLAN lo mucho que le ha ayudado a comprender el significado de la fertilidad femenina y las relaciones humanas.

Fertilidad después de los 40 años

Barri PN(*), Tur R, Coroleu B, Martínez F.

Servicio de Medicina de la Reproducción. Departamento de Obstetricia y Ginecología.
Institut Universitari Dexeus. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La natalidad se ha reducido en Cataluña un 50% en los últimos 30 años. La media de hijos por pareja en edad fértil está en 1,1 y el porcentaje de mujeres que tuvo su primer hijo más allá de los 35 años se incrementó un 30% en los últimos 5 años. Las razones de esta coyuntura social hay que buscarlas en primer lugar en las decisiones individuales de las parejas jóvenes. La creciente presión profesional, compartida ahora por la mujer, les obliga a posponer la maternidad a edades en las que la mujer es fisiológicamente menos fértil.

El recambio generacional será difícil ya que el potencial reproductivo de la generación de "baby-boomers" ha sido muy pobre. Esta generación se plantea tarde su reproducción y esto hace que sea cada día mayor el porcentaje de parejas que buscan un embarazo cuando la mujer ha llegado a los cuarenta años.

RECUERDO FISIOPATOLÓGICO DEL ENVEJECIMIENTO OVÁRICO

El proceso de envejecimiento ovárico y sus bases fisiopatológicas fue muy bien descrito hace algunos años bajo el concepto de "folículo pre-eminente" (1). En la mayoría de las ocasiones, el ovario reduce con los años su pool folicular y bajan los niveles de inhibina, la hipófisis reacciona aumentando la secreción de FSH y esto comporta un ascenso de los niveles basales de estradiol (2, 3). Esta situación facilita que se

produzca un pico de LH excesivamente prematuro y una ovulación precoz. En estas circunstancias se acelera el ritmo del crecimiento folicular y se acorta la duración del ciclo (4).

La razón por la que la transición perimenopáusica se produce al final de los treinta parece que se debe al compromiso funcional de las células de la granulosa. Los ovarios de estas mujeres tienen menos folículos y éstos a su vez tienen menos células de la granulosa y se desarrollan en un ambiente hipóxico (5, 6). La disfunción de las células de la granulosa se manifiesta a través de una reducida síntesis de esteroides y glicoproteínas a la vez que por una disminución de las mitosis y un aumento de los fenómenos de apoptosis (7). Por este motivo es frecuente que las mujeres de más de 40 años pierdan reserva funcional y ovulen con más dificultad.

EVALUACIÓN DE LA RESERVA FUNCIONAL OVÁRICA

Antes de aplicar cualquier tratamiento de estimulación de la ovulación o simplemente para conocer la capacidad ovulatoria de una mujer de 40 años, es indispensable estudiar una serie de parámetros.

Edad

La edad de una mujer es de capital importancia para predecir la posibilidad de embarazo que tiene. En Medicina de la Reproducción son numerosos los

estudios que demuestran como a medida que la edad avanza, aumentan las tasa de cancelación por respuesta inadecuada y disminuye el número de ovocitos y de embriones (7, 8). La influencia negativa de la edad afecta no sólo al número de embriones sino también a su calidad ya que es conocida la mayor incidencia de anomalías cromosómicas que presentan los ovocitos de mujeres de más edad (9, 10)

FSH basal

A la vez que la edad cronológica es indispensable conocer la "edad funcional" de los ovarios de una mujer antes de iniciar cualquier estudio o tratamiento de fertilidad. Es fundamental evaluar el nivel basal de FSH plasmática medido en fase folicular precoz (día 3^o-5^o). De acuerdo con nuestra experiencia, niveles de FSH superiores a 15 mUI/ml se asocian a una posterior mala respuesta a la estimulación (11). Una ventaja adicional de medir FSH es su alto valor predictivo para la respuesta ovulatoria que se obtendrá durante un año (12).

Estradiol

Recientes publicaciones (13, 14) han venido a demostrar que las pacientes que tienen niveles de estradiol en fase folicular superiores a 80 pg/ml responden mal y tienen tasas de cancelación elevadas.

En nuestra experiencia el estradiol basal tiene un alto poder de discriminación para identificar las pacientes que teniendo una FSH normal van a responder mal a la estimulación. Sin embargo, no hemos encontrado diferencias significativas en los niveles basales de estradiol en las pacientes que ya tenían niveles anormales de FSH. Tabla 1

Test de clomifeno

El test de clomifeno evalúa la capacidad que tiene el ovario para controlar la secreción endógena de FSH (15). Una explicación lógica a la sensibilidad de la FSH al clomifeno podría ser la baja secreción de inhibina que tienen los folículos con déficits funcionales.

Consideramos útil solicitar este test en pacientes de más de 37 años o en aquellas pacientes que hayan sufrido cirugía sobre sus ovarios (especialmente si se trataba de una endometriosis). Este test nos ha permitido encontrar grandes diferencias entre las pacientes que responden adecuadamente y las que tienen que cancelarse por mala respuesta, tanto en el sumatorio de los dos valores de FSH como en la segunda medi-

Tabla 1
Test de Clomifeno
FSH basal

	FSH1 Normal < 10.5 (n=98)		FSH1 Anormal > 10.5 (n=81)	
	Buena respuesta (n=84)	Mala respuesta (n=14)	Buena respuesta (n=56)	Mala respuesta (n=25)
Edad (años)	36,46	39,7	37,20	39,20
FSH ₁ + FSH ₂ (mIU/ml)	17,80 ^a	24,8 ^a	34,40	42,50
Estradiol ₁ (pg/ml)	58,30 ^b	118,0 ^b	39,81	39,28
a,b :p<0.01				

ción de estradiol que es significativamente más baja en las pacientes de edad más avanzada o que responden mal. Tabla 2

RENDIMIENTO REPRODUCTIVO DE LAS MUJERES DE MÁS DE 40 AÑOS

Hechas estas consideraciones acerca del peor funcionalismo ovárico que tienen estas pacientes cabría preguntarse si además del menor número de embriones y de la inferior calidad de los mismos, la edad compromete la capacidad implantatoria de la mujer. La respuesta a esta pregunta nos la dan los programas de donación de ovocitos al confirmar que las tasas de embarazo no se ven afectadas negativamente siempre que los ovocitos procedan de pacientes jóvenes (11).

Tabla 2
Test de Clomifeno
comparación buena / mala respuesta

	Buena respuesta (n=134)	Mala respuesta (n=45)
Edad (años)	36.70 ^a	39.40 ^a
FSH ₁ (mIU/ml)	10.40 ^b	13.80 ^b
FSH ₁ + FSH ₂ (mIU/ml)	24.10 ^c	35.47 ^c
Estradiol ₁ (pg/ml)	51.29	69.14
Estradiol ₂ (pg/ml)	372.60 ^d	256.00 ^d
a,b,c,d,:p		

Otra evidencia en el mismo sentido la encontramos en la transferencia de embriones en estadio de blastocisto. Nuestra experiencia en 78 ciclos de cultivo prolongado hasta blastocisto en pacientes de más de 40 años nos confirmó que estas pacientes tenían menos ovocitos y embriones a la vez que una tasa de blastocisto más baja (27,2%) Tabla 3. Sin embargo las pacientes que llegaron a la transferencia tuvieron unas tasas de embarazo y de implantación que no fueron inferiores a las obtenidas en otros grupos de edad, lo que habla a favor de que la capacidad que tiene el útero para implantar no se ve afectada por la edad avanzada.

Tabla 3

Transferencia de blastocisto. Resultados según la edad de la paciente

	< 30 años	30-34 años	35-39 años	≥ 40 años
Ciclos	27	162	183	78
z ovocitos	18	14,9	11,5	9,2 *
z embriones (2PN)	10,6	8,7	6,5	5,2 *
Tasa Blastocistos (%)	30,7	40,0	37,1	27,2 *
z Blast./Transfer	1,9	1,9	1,8	1,6
Transfers	20	137	145	51
Tasa Transfers (%)	74,1	84,6	79,2	65,4 *
Tasa Congelación (%)	48,1	58,0	38,8	28,2 *
Embarazos	8	44	48	10
Tasa Emb/ciclo (%)	29,6	27,2	26,2	12,8 *
Tasa Emb/Transfer (%)	40,0	32,1	33,1	19,6 ns
Tasa Implantación	9/38	61/271	62/270	17/85
	23,6%	22,5%	22,9%	20,0% ns
Tasa aborto	2/8	5/44	8/48	4/10
	25%	11,4%	16,6%	40% **

* p<0.001
** p<0.05

Por lo que hace referencia al riesgo de embarazo múltiple, la edad juega un papel protector siendo mayor el riesgo de embarazo múltiple en las pacientes de menos de 35 años (16) Tabla 4. Cuando nos referimos a ciclos de FIV, es evidente la influencia que tiene la edad de la paciente pudiendo compensar el riesgo derivado de la transferencia de un número de embriones más elevado (17) Tabla 5. De acuerdo a nuestra experiencia, en pacientes de menos de 35 años no deben transferirse más de 2 embriones mientras que por encima de 40 años pueden transferirse 3 o 4 según la calidad embrionaria y el número de embriones disponibles.

Tabla 4

Embarazo múltiple por grupos de edad

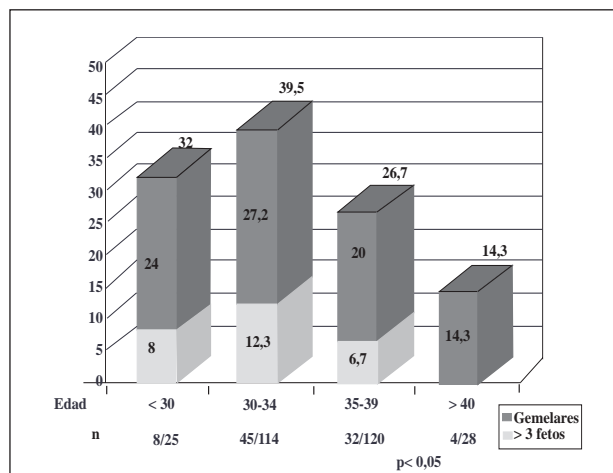
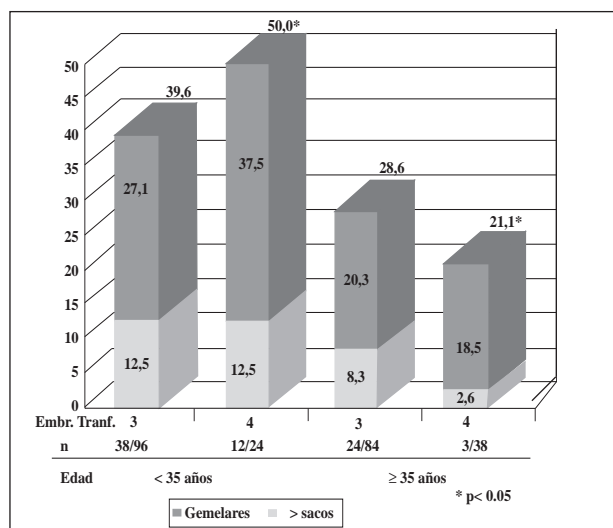


Tabla 5

Embarazo múltiple: edad y número de embriones transferidos



Existe una posibilidad terapéutica a emplear en pacientes de edad avanzada y ésta es la utilización de un Ciclo Natural sin ningún tipo de estimulación. Hemos incluido en este protocolo a 46 pacientes con una edad media superior a 40 años y con niveles basales de FSH superiores a 10 mUI/ml. De las 30 punciones foliculares que dieron lugar a la obtención de 1 ovocito maduro se consiguió una tasa de fecundación adecuada (80%), se efectuaron 21 transferencias y se obtuvieron 4 gestaciones, lo que supone una tasa de embarazo por transferencia cercana al 20%. Rendimiento que podemos considerar aceptable si te-

nemos en cuenta que se trata de un colectivo de pacientes con un potencial reproductivo muy comprometido. Tabla 6.

La alternativa a emplear en pacientes de edad avanzada con vistas a aumentar sus posibilidades de gestación nos llega a través de las técnicas de Diagnóstico Preimplantacional y en concreto del screening de aneuploidías (18). En estos casos, la aplicación de técnicas de hibridación in situ fluorescente (FISH) con 7 sondas permite estudiar la normalidad estructural de los cromosomas más relevantes para fallos repetidos de implantación o pacientes con abortos de repetición de causa desconocida (19). Nuestra experiencia demuestra que por encima de los 40 años un 40% de los embriones son cromosómicamente anormales, dato que explicaría las bajas tasas de embarazo que tienen estas pacientes cuando reciben sus propios embriones si estos no han sido previamente testados para descartar aneuploidías (20).

CONCLUSIONES

A modo de conclusión conviene recordar que el bajo potencial reproductivo de las mujeres por encima de los 40 años viene fundamentalmente derivado de la peor reserva funcional que tienen los ovarios de estas mujeres. Con la edad se producen menos óvulos y éstos son de peor calidad lo que se traduce lógicamente en menor número y peor calidad de embriones. En definitiva, las posibilidades de embarazo que tienen son bajas y sus tasas de aborto son muy elevadas.

Es fundamental estudiar el perfil hormonal basal de una paciente de estas características antes de darle un pronóstico acerca de su potencial reproductivo. En base a los resultados obtenidos estaremos en disposición de indicarle sus posibilidades reales de gestación y si éstas son muy bajas, deberemos recomendarles o someterse a técnicas de Diagnóstico Preimplantacional para screening de aneuploidías o pasar a un programa de Donación de ovocitos que permita disponer de gametos de buena calidad y alcanzar unas elevadas tasas de embarazo.

Tabla 6

F.I.V.

Ciclos espontáneo

(Resultados I/1998- VI/1999)

Nº Pacientes	46			
z Edad	40,8 (33-50)			
z FSH	12,9 (2.5 - 30.4)			
Descartadas	22 (38.5%)			
		14 Mala respuesta		
		5 Ovulación		
		2 Motivos familiares		
		1 No obtención de la muestra		
Nº Punciones	35			
Recuperación +	30 (85,7%)			
Recuperación -	5 (14,3%)			
		INS	FEC	TRANSF
ICSI		20	16 (80%)	15
CONV		8	6 (75%)	6
				Total TRANS
				21 (75%)
Embarazos		ICSI	4	
		CONV	0	
% Emb / Punción Ins.	14,3%			
% Emb / Transf	19%			

BIBLIOGRAFÍA

1. **Thatcher SS, Naftolin F.:** The aging and aged ovary- Seminars in reproductive endocrinology, 1991, 9-3:189-199
2. **Seifer DB, Gardiner AC, Lambert-Messerlian G, Schweyer AL.:** Differential secretion of Dimeric Inhibin in cultured luteinized granulosa cells as a function of ovarian reserve. J.Clin.Endocrinol.Metab. 1996, 81:736-739
3. **Klein NA, Battaglia de, Fujimoto VY, Davis GS, Bremner WJ, Soules M.R.:** Reproductive aging: Accelerated ovarian follicular development associated with a monotropic FSH rise in normal older women.J.Clin.Endocrinol.Metab.1996. 81: 1038-1045
4. **Christin-Maitre S, Bouchard P.:** Physiopatologie des anomalies de la receptivité ovarienne.Contracept-Fertil-Sex.1996. 105-110
5. **Friedman CI, Danforth DR, Herbosa-Encarnación C, Arbogas TL, Alak BM, Seifer D.B.:** Follicular fluid vascular endothelial growth concentrations are elevated in women of advanced reproductive age undergoing ovulation induction. Fertil.Steril. 1997. 68:607-612
6. **Seifer DB, Naftolin F.:** Moving toward and earlier and better understanding of perimenopause. Fertil.Steril. 1996. 69-3:387-388
7. **Hull M.GR, Fleming CF, Hughes AO, McDermott A.:** The age related decline in female fecundity: a quantitative controlled study of implanting capacity and survival of individual embryos after IVF. Fertil.Steril.1996. 65-4: 783-790
8. **Templeton A, Morris JK, Parslow W.:** Factors that affect outcome of IVF treatment. Lancet 1996. Vol 348. November 23: 1402-1406
9. **Tim A ST, Tsakok M.M.:** Age related decline in fertility: a link to degenerative oocytes. Fertil.Steril. 1997. 68:265-271
10. **Volarićik K, Sheean L, Goldfarb J, Woods L, Abdul-Karim FW, Hunt P.:** The meiotic competence of in vitro matured human oocytes is influenced by donor age: evidence that folliculogenesis is compromised in the reproductively age ovary. Hum.Reprod. 1998. 13-1: 150-160
11. **Barri PN.:** Respuesta anómala a la estimulación de la maduración folicular en fecundación in vitro. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona (1993)
12. **Brown jr, liu hc, sewitch k F, Rosenwaks Z, Berkeley AS.:** Variability of Day 3 FSH levels in eumenorrheic women. J. Reprod. Med. 1995. 40-9: 620-624
13. **Smotrich BB, Widra EA, Gindoff PR, Levy MJ, Hall JL, Stillman RJ.:** Prognostic value of day 3 estradiol on in vitro fertilization outcome. Fertil.Steril. 1995. 64-6: 1136-1140
14. **Hansen LM, Batzer FR, Gutmann JN, Corson SL, Kelly MP, Gocial B.:** Evaluation ovarian reserve: FSH and E2 variability during cycle days 2-5. Hum.Reprod. 1996. 11-3: 486-489
15. **Hoffman GE, Sosnowski J, Scott RT, Thie J.:** Efficacy of selection criteria for ovarian reserve screening using the clomiphene citrate challenge test in a tertiary centes population. Fertil.Steril. 1996. 66-1: 49-53
16. **Tur R.:** Embarazo múltiple en reproducción asistida: Análisis de posibles factores de riesgo. Universidad de Barcelona, Tesis doctoral, 1994
17. **Templeton A, Morris J K.:** Reducing the risk of multiple births by transfer of two embryos after in vitro fertilization, N Engl J Med, 339:573-577,1998.
18. **Munné S, Lee A, Rosenwaks Z, Grifó J, Cohen J.:** Diagnosis of major chromosome aneuploidies in human preimplantation embryos. Hum. Reprod. 8; 2185-2191, 1993
19. **Gianaroli L, Magli MC, Munné S, Fiorentino A, Montanero N, Ferrareti AP.:** Will preimplantation genetic diagnosis assist patients with a poor prognosis to achieve pregnancy? Hum. Reprod. 12, 8: 1762-1767; 1997
20. **Boada M, Carrera M, de la Iglesia C, Sandalinas M, Barri PN, Veiga A.:** Successful Use of a Laser for Human Embryo Biopsy in Preimplantation Genetic Diagnosis: Report of Two Cases. Journal of Assisted Reproduction and Genetics. Vol. 15 N° 5, 302-307, 1998

Aproximación de los jóvenes al CJAS de Madrid

Béjar Pérez M.

Ginecólogo. INSALUD. Madrid

MEMORIA DE ACTIVIDADES (del 01.01.01 al 30.11.01)

Durante el presente año 2001, y dentro del marco de actuación, se han atendido (desde el 1 de enero hasta el 30 de noviembre) un total de 10.925 demandas, que se distribuyen del siguiente modo:

- * Primeras visitas personales en el Centro. 2.901 (que son un 26,5% del total)
- * Visitas sucesivas: 591 (un 5,4% del total)
- * Consultas telefónicas 5.586 (un 51,1% del total)
- * Consultas en línea a través de Internet: 1.542 (14,1% del total de atenciones)

Hasta la fecha se han recibido 43.599 visitas a las páginas web - informativas.

Es la Comunidad de Madrid, a través de esa Dirección General y de la Dirección General de Juventud, el organismo que más aporta desde el año 1998, para que pueda darse una atención y una continuidad a este programa, que se encuentra con la necesidad de seguir interviniendo como servicio implantado en nuestra Comunidad, con una alta demanda de atención por parte de la población adolescente y joven, y que plantea una respuesta específica a sus necesidades en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

A continuación se muestra la distribución de las atenciones realizadas

ATENCIONES PERSONALES: (Primeras visitas)

Se han atendido a nivel personal (en el análisis estadístico desglosado sólo se cuentan primeras visitas) en el Centro Joven, hasta el 30 de noviembre, un total de 2.901 consultas, que representan el 26,5% del total de atenciones. Respecto al pasado año ha aumentado este tipo de atención en un 17,4%.

Destaca en esta actividad que continúan siendo

las mujeres las que mayoritariamente acceden al Centro personalmente, en un 75,6% respecto a los varones que representan el 24,3%. Esta tendencia se mantiene en el Centro Joven desde el inicio del programa.

Respecto a la variable edad, el grupo mayoritario que acude al Centro es el de 18 a 20 años (29,8%), seguido muy de cerca por el grupo de 21 a 23 años (24,5%). Si comparamos estos datos con los de años anteriores se observa que progresivamente se viene dando un aumento en la edad de los usuarios del programa en las atenciones directas a nivel personal. La media de edad se sitúa este año en 21,82 años.

El motivo de consulta más demandado en las primeras visitas personales al Centro es la administración de "Tratamiento postcoital" como motivo que sigue destacando al igual que el año anterior (48,5%) y que se mantiene en un nivel elevado de demanda; seguido de "Información sobre anticoncepción de emergencia" (27,5%). El tercer motivo de consulta, y con una gran diferencia en el porcentaje de atención es la "Información sobre interrupción voluntaria de embarazo" (6,7%) y la "Consulta médica" (4%). Si se suman los dos principales motivos de consulta, encontraríamos que un 76% de la actividad "Atención personal en el CJAS" está relacionada con la anticoncepción de emergencia.

Respecto al canal de acceso son los Servicios sanitarios públicos, al igual que en años anteriores, los que más informan sobre este servicio (4,1%), seguido de otros/as usuarios (21,1%), y otros organismos e instituciones (16,5%).

Si se correlacionan las variables Canal de Acceso y Motivo de Consulta, destacan las siguientes observaciones:

- Los Servicios Sanitarios han derivado un:
 - * 51% de demandas sobre "Información postcoital"
 - * 53,4% de demandas de "Tratamiento postcoital"

* 31,4% de demandas sobre “Información sobre interrupción voluntaria del embarazo”.

- Otros/as usuari@s han derivado el:

* 19,3% de demandas sobre “Información postcoital”

* 19,5% de demandas de “Tratamiento postcoital”

* 30,5% de demandas sobre “Test de embarazo”

ATENCIONES TELEFÓNICAS

Esta actividad sigue siendo como en pasados años, el tipo de atención más demandado del Centro Joven (51,1% del total de consultas), con un total de 5.586 llamadas atendidas hasta la fecha de la memoria.

Aumenta la demanda respecto al año anterior, en un 5% con una media de llamadas mensuales de 508.

En relación al sexo predominan las consultas de mujeres (77,2%), frente a las realizadas por varones (22,8%).

El grupo de edad que más recurre a este servicio es el de 18 a 20 años (31,8%), seguido del grupo de edad de 24 a 26 años (20,6%) y del grupo de 21 a 23 años (20,5%). La media de edad de las consultas realizadas a través del teléfono es de 23 años.

Entre los motivos de consulta destaca considerablemente, al igual que entre las atenciones personales directas en el Centro, la “Información sobre tratamiento postcoital” (39,6%), seguido de “Información sobre recursos” (16,8%) e “Información sobre anticoncepción oral” (11,6%).

El conocimiento de esta línea telefónica se obtuvo principalmente a través de otros organismos e instituciones (47,3%), analizando los registros destaca el servicio de información de telefónica; publicidad, radio, prensa y revistas para jóvenes, (24,6%), y en tercer lugar, servicios sanitarios públicos (16,7%).

La procedencia de las llamadas, al igual que otros años, se realiza mayoritariamente de Madrid municipio, que es el 78,9%, seguido de otros municipios de la Comunidad de Madrid, que es un 15,8%, y el resto de Comundades Autónomas con un 5,3%.

CONSULTA EN LÍNEA (INTERNET)

Este servicio de consulta, que se inició en 1997, ha recibido hasta el mes de noviembre de 2001 un total de 1.542 consultas que se responden desde el Centro Joven en un plazo inferior a 24 horas.

Relacionado con el resto de atenciones del Centro, el servicio de consulta en línea representa al 14,1% del total.

Se observa un cambio espectacular en la variable

sexo. Mientras que los dos primeros años destacaban ampliamente las consultas realizadas por varones frente a las mujeres, desde 1999 se observa, como va aumentando considerablemente el porcentaje de consultas realizadas por mujeres. Mientras que al inicio se mantenía la proporción de 70% de consultas de varones sobre el 30% de las realizadas por mujeres, este año 2001 obtenemos que las consultas de varones representan el 43,4% y las de mujeres el 56%

El grupo de edad que mayoritariamente consulta corresponde a la franja de edad entre 21 a 23 años (23,5%), casi igualado en porcentaje con el grupo de 18 a 20 años (23,2%).

La media de edad del usuario/a de la consulta en línea es de 28,57 años, habiendo aumentado con respecto al pasado año 2000 en 5 puntos.

El principal motivo de consulta sigue siendo la “Información sobre sexualidad” (36,3%), seguido de “Información sobre métodos anticonceptivos” (11,4%), y en tercer lugar “Información sobre anticoncepción oral” (9,9%). El primer motivo mantiene el orden con respecto a los cuatro primeros años de funcionamiento del servicio, mientras que a partir de 1999 baja la demanda de información sobre disfunciones sexuales, y va aumentando progresivamente la demanda de información sobre métodos anticonceptivos y anticoncepción oral, hecho que podría estar relacionado con el cambio en la variable sexo.

En relación al acceso a este servicio (como lo han conocido) el principal canal sigue siendo a través de marcadores internos de la red con un 68,2%. El siguiente canal de acceso es el echo de ser Usuari@ anterior del servicio, que es el 11,3% del total.

Por último, respecto a los lugares desde donde se realiza la consulta, destaca por primer año el nivel Estatal, con un 38% del total de las consultas realizadas, seguido de América del Sur y Centroamérica (16,1%), y América del Norte (16%), y en cuarto lugar, las consultas realizadas desde Madrid municipio (15,9%). Es el primer ejercicio en que no se tiene una alta demanda de fuera del estado, y además de bajar las consultas realizadas desde otros continentes, han aumentado considerablemente las consultas realizadas desde aquí.

Durante el año 2001, y hasta el 30 de Noviembre, han visitado las páginas del Centro Joven 43.599 usuari@s. Esta cifra ha aumentado considerablemente respecto a otros años. Comparando con el año 2000, que fue en el que más visitas se tuvieron a las páginas, el contador registró 18.941 visitas de usuari@s.

Así se han tenido una media de 3.963,5 visitas por mes, sin haber realizado difusión, ni la inclusión de las páginas en otros buscadores, que son el canal de acceso mayoritario.

Conocimientos y actitudes sexuales en la adolescencia promoción del desarrollo personal, sexual y social

Sueiro Domínguez E.

Psicóloga. C. Orientación Familiar Novoa Santos. Orense

“La educación a lo largo de la vida se basa en cuatro pilares: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir juntos y aprender a ser”

DELORS J. (1999) La educación encierra un tesoro. Madrid: Santillana. Ediciones Unesco. p. 109.

Aunque el título propuesto para mi participación en esta mesa era “Conocimientos y actitudes sexuales en la adolescencia. Educación sexual”, yo he cambiado la última parte por Promoción del desarrollo personal, sexual y social. Y esto porque creo que ya llegó el momento de ir más allá de la Educación sexual, porque ya estamos caminando en ese sentido desde que nos hemos propuesto facilitar el desarrollo de los aspectos físicos, psicosexuales y sociales de las personas. El objetivo es que el ser humano se desarrolle de la mejor manera posible, en función de la etapa evolutiva que le corresponde vivir. Ya estamos realizando educación para la promoción de la salud física, psíquica y social y también para la prevención/reducción de riesgos, no sólo sexuales, porque realmente el objetivo último es formar para mejorar la calidad de vida de las personas teniendo en cuenta su edad y esto está relacionado con cualquier comportamiento que aquéllas realicen.

Son diferentes los aspectos que se me ocurre resaltar a tenor del título de esta ponencia. En primer lugar, la pubertad-adolescencia-juventud -ampliando esta etapa evolutiva de esta manera por dos razones: porque comienza con la pubertad y porque los estudios que en nuestro país existen sobre la juventud española van desde los 15 a los 29 años (Martín y Velarde, 1997)-, población sobre quien versa dicha ponencia; en segundo lugar, los conocimientos y actitudes sexuales como factores predisponentes para tener un comportamiento sexual más saludable y, en tercero y último lugar, me gustaría finalizar con una propuesta de intervención que permita promocionar el desarrollo integral del ser humano.

Para comenzar cabe señalar que la pubertad-adolescencia-juventud es un grupo de población con características propias, que, además, hemos de tenerla en consideración como sujeto de salud sexual y como agente de la misma.

Esta es una etapa de difícil definición en una sociedad como la nuestra que está en continuo cambio, ya que para ello no nos bastan criterios meramente bio-fisiológicos, sino que hemos de recurrir también a variables psico-sociales. Lo único que parece claro es el momento en que comienza esta etapa de la vida, la pubertad, y no tanto cuando finaliza, aunque la O.M.S. ha considerado la edad de 19 años como fin de la misma, reconociendo que este término corresponde a una clasificación social. De esta manera, supone el espacio de tiempo que va desde la pubertad hasta la incorporación del adolescente a la vida adulta de la comunidad a la que pertenece y que se va ampliando con el paso de los años, en las sociedades industrializadas.

Para conocer mejor cómo son los hábitos de salud en esta etapa de la vida, podemos repasar algunos de los estudios realizados. En una investigación de Mendoza et al. (1994), con escolares españolas-es de 11, 14 y 15 años de edad, vemos que:

- A finales de la E.G.B. hay un elevado consumo de tabaco en la población adolescente.

- El consumo de tabaco está fuertemente interrelacionado con el consumo de alcohol y con diferentes comportamientos que conforman los estilos de vida de las y los escolares.

- Uno de cada cinco de estos escolares no toma ninguna bebida alcohólica.

- Aparece un importante problema de sedentarismo en la infancia y adolescencia de las y los españoles, debido al elevado número de horas que emplean viendo la televisión y en hacer los deberes.

- Existe un alto porcentaje de personas que van en moto y no usan casco.

- Más de la mitad de las/os escuestadas/os sufrieron algún accidente con heridas o lesiones por las que precisaron atención médica.

- La práctica de las conductas de riesgo es frecuente: el 12% del alumnado de 2º de BUP y de FP-1 ha mantenido relaciones sexuales con coito alguna, varias o muchas veces. De éstos, el 39% afirmó no emplear método anticonceptivo. Resultados similares han sido dados a conocer por Sueiro et al., en 1994.

Estos datos resultan bastantes coincidentes con los que anteriormente había obtenido la Xunta de Galicia (1991) entre escolares gallegas/os de 4º, 6º y 8º de EGB, de 2º de BUP y de 2º de FP.

A lo anterior se puede añadir que las actividades arriesgadas se incrementan de manera considerable en el grupo de edad comprendido entre los 15 y 25 años, para ir decreciendo según aumenta la edad (Metcalf et al., 1995) y que aumentan las muertes accidentales, mientras disminuyen las causadas por enfermedades infecciosas (WHO, 1986). Además, la juventud se siente poco preocupada por la salud y presenta poco interés por las informaciones negativas y amenazantes, según Salovey y Binbaum (1991), se cree invulnerable ante cualquier tipo de vivencia negativa y valora de manera positiva el riesgo (Fisher, 1988), considerando que no le pueden ocurrir consecuencias negativas -el sentirse invulnerable hace que no atiende a la información recibida y que no siga las recomendaciones dadas- y manifiesta la llamada ilusión de control, significando esto un optimismo excesivo en su capacidad para controlar la realidad (Páez et al., 1994).

Lo antes dicho tiene como base una serie de circunstancias, propias de este grupo de edad, que favorecen los comportamientos insanos y arriesgados:

- Falta de concordancia entre la maduración biofisiológica y la psico-social. Tal como afirman López y Oroz (1999), la capacidad de reproducción tan temprana -la regla se está presentando cada vez a edades más tempranas; así mujeres de nuestro medio con una edad media de 43,69 años (D.T.= 10,61) tuvieron la menarquía a los 13,19 años (D.T.= 3,48) y a mujeres con una edad media de 39,86 (D.T.= 8,22) se les presentó la primera regla a los 12,81 (D.T.= 1,94)- es hoy disfuncional culturalmente.

- Se caracteriza por la búsqueda de una identidad y el aprendizaje de normas sociales.

- La gran influencia que ejerce el grupo de iguales.

- Predominio de la experimentación, la confusión y los temores.

- Enfrentamiento a los valores y normas ya establecidos.

- Escasa anticipación y previsión de futuro.

- Ambigüedad por parte de la propia juventud y de las personas adultas ante su estatus social.

Así pues y llegados a este punto, se puede afirmar que la adolescencia es una etapa en la que se da un elevado número de comportamientos de riesgo, por las diferentes características que concurren en la misma.

Siendo esto así, se convierte en una ocasión importante para hacer Promoción de la Salud Sexual y Prevención de Riesgos Sexuales -Educación para la Salud Sexual (EpSS)-, además de por lo ya señalado, porque muchos de los comportamientos asociados a la morbilidad y mortalidad en la adultez se inician en este momento (Millstein et al., 1993) y porque la juventud aún está en proceso de desarrollo y madurez de sus habilidades y capacidades para vivir.

Sin embargo, no podemos esperar al momento en que se presenta la pubertad-adolescencia para realizar, de manera intencional, dicha EpSS, hemos de Promocionar el desarrollo integral de la persona desde el momento del nacimiento, porque realmente, bien o mal, la estamos haciendo en todos y cada uno de los momentos de la vida, desde todas y todos los agentes y en los diferentes ámbitos en los que crecemos.

Por otra parte y retomando el segundo punto de esta intervención, sabemos que los conocimientos y las actitudes son factores que predisponen a realizar conductas. Y son el Medio Ambiente (Social y Físico) y los Estilos de Vida (Conductas de Salud), los determinantes más importantes para alcanzar “el más elevado estado de salud”, además de la Biología Humana (genética, envejecimiento) y los Sistemas de Asistencia Sanitaria (calidad, cobertura o acceso y gratuidad) con que cuenta cada país (Lalonde, 1974), estando todos estos factores interrelacionados e influenciados por los socio-económico-culturales en los que cada persona y cada comunidad están ubicadas.

Tal como hemos visto, si la salud depende fundamentalmente de los estilos de vida de una persona, entendiendo éstos como los patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo (Mendoza et al., 1994), queda clara la relación entre conducta y salud, siendo la primera capaz de modificar factores tan estables y

determinantes de la salud como son los genéticos. Los trastornos que afectan gravemente a la salud se relacionan con un estilo de vida, por sus déficits o excesos comportamentales, poco saludable. A éstos, las y los que trabajamos en Salud, los denominamos prácticas de riesgo, dependiendo éstas, como veremos más adelante, de quien sea la persona que la ejecuta: sus valores y creencias, conocimientos y actitudes, su autoestima, seguridad en sí misma, autoconfianza, modos y maneras de comunicarse, habilidades sociales de que disponga,...

Porque depende de la propia persona, en este caso de la joven y del joven que la realiza es por lo que la probabilidad de ejecutar un comportamiento de riesgo acompaña la posibilidad de realizar otros también arriesgados. Es decir, una misma persona probablemente presentará más de una práctica de riesgo. Así, hay estudios que indican (Ordoñana y Gutierrez, 1991) que una conducta de riesgo no aparece de manera aislada sino que está interrelacionada desde el punto de vista social, familiar y personal, de tal manera que puede hablarse de "síndromes de problemas de conducta" (López, 1995).

Y, ¿por qué realizamos determinados comportamientos?

Uno de los modelos teóricos explicativos de la conducta se refiere al comportamiento de salud y es el presentado por Green et al. (1980), conocido como PRECEDE. Me he fijado en éste porque va mucho más allá del mero análisis del comportamiento, ya que proporciona una guía de planificación para todos los aspectos del diseño y desarrollo de un programa de intervención, tal como señalan Greene y Simons-Morton (1988) y Rochon (1992). Es un modelo muy utilizado en Educación para la Salud, que nos permite identificar las diferentes variables responsables de cualquier comportamiento humano, para así aumentar la eficacia de cualquier intervención que hagamos para instaurar hábitos sanos y modificar los insanos.

En el mismo se agrupan los factores que antes mencionamos y que conforman el título de esta ponencia -conocimientos y actitudes- y que tienen influencia sobre las conductas. El nombre del modelo es el acrónimo de Predisposing: predisponer, Reinforcing: reforzar; Enabling: facilitar; Causes: causas; Educational: educacional; Diagnosis: diagnóstico y Evaluation: evaluación.

Este modelo, donde la conducta se regula por dos factores fundamentales -antecedentes y consecuentes-, siguiendo a Bimbela (1995), es como sigue:

Los Factores Antecedentes o circunstancias estímulares que preceden a las conductas. Y, entre ellos, se encuentran:

- Los factores que predisponen: son los distintos factores internos que suponen una motivación para actuar en una persona o grupo. Serían los siguientes:

- * Información que se recibe o no sobre las consecuencias placenteras o aversivas de determinados comportamientos.

- * Actitudes y percepción de riesgo.

- * Valores y creencias referidas tanto a los comportamientos de riesgo que se quieren modificar como a los saludables que se desea promover.

- * Motivación para realizar o no hábitos saludables.

- * Variables sociodemográficas: estado civil, sexo, nivel educativo, estatus social,...

- Los factores que facilitan: son los que permiten ejecutar la motivación. Son los recursos personales, las aptitudes y los recursos de la comunidad. Y harían referencia a:

- * Estructurales y recursos: existencia y accesibilidad a los medios y recursos existentes.

- * Habilidades y aprendizajes previos de las personas.

Los Factores Consecuentes: que son las circunstancias que siguen a un comportamiento y tienen la función y tienen la función de fortalecerlo, debilitarlo o extinguirlo y que pueden proceder de la propia persona, de la familia, de las y los iguales, de quienes se dedican al cuidado de la salud, de los medios de comunicación,...

Son los beneficios sociales, materiales, el autorrefuerzo y lo que se obtiene a través de la observación de la conducta de las personas importantes y significativas (atención y elogio/crítica, logro/alivio, reconocimiento y estima social, castigo,...) y que siguen a lo que hemos realizado.

Al ser el modelo PRECEDE un instrumento de diagnóstico conductual, lo primero que hemos de hacer es identificar el comportamiento que se va a analizar y la población sobre quien se dirigirá la intervención. Seguidamente se aplica el modelo, identificando los factores antecedentes y consecuentes, y, entonces, hemos de responder a la cuestión ¿sobre cuál/es de ellos puedo intervenir mañana mismo teniendo en cuenta mi propia realidad? De esta manera, nos encontramos ya en el momento de iniciar nuestra intervención.

Rochon (1992), por su parte, al hablar de los determinantes de la conducta hace referencia a los factores del entorno y personales que influyen en los hábitos de las personas, así como en su aprendizaje. Serían los que siguen:

- Factores personales: siendo inherentes a la persona, son los que llevan a la intencionalidad para realizar una conducta. Son los que permiten saber y querer. Pueden ser fisiológicos (constitución biológica, pulsiones,...), físicos (habilidades psicomotoras), psicológicos (deseos, conocimientos, creencias, actitudes, valores, cogniciones, autorrefuerzo,...), socio-demográficos (sexo, edad, raza, cultura...).

- Factores ambientales: Todo lo que puede modificar un hábito y que es externo a la persona. Son los que posibilitan la realización de un comportamiento una vez que se ha decidido llevar a cabo. Y pueden ser: relaciones interpersonales (pareja, familia, amistades,...), servicios y recursos (cantidad y calidad, disponibilidad,...) y medio socio-ambiental (lugar de residencia, clima, cultura, país,...).

- Fases del aprendizaje del hábito: son las diferentes etapas que cada persona experimenta cuando incorpora una nueva conducta. Supone que la persona esté al corriente de la existencia de una conducta, esté interesada en saber más, tome una decisión al respecto, ensaye el comportamiento correspondiente, lo adopte y lo interiorice. Tal como señala este autor, los comportamientos se aprenden, incluyendo los relacionados con la Salud, con los riesgos y con las enfermedades/problemas, en este caso, referidos a la sexualidad y reproducción humanas.

Como vemos, los conocimientos y las actitudes, que son las variables en que nos hemos centrado, figuran, entre otros y siguiendo a Green et al. (1980) y a Rochon (1992), como factores personales predisponentes de las conductas.

Si la salud depende de los hábitos que realicemos o dejemos de realizar, si dichos hábitos pueden ser aprendidos y están determinados por una serie de variables que en muchos casos son educables, lo que resulta es hacer EpS -Prevención/Reducción de Riesgos, Promoción y Restauración de la Salud-, con el objetivo de potenciar los factores predisponentes - conocimientos y actitudes, entre otros- y consecuentes, para lograr que las personas realicen comportamientos más sanos, modificando los insanos si existiesen.

Llegados aquí, cabe preguntarse cómo son los conocimientos y actitudes sexuales de la adolescencia-juventud de nuestro medio.

En una investigación donde agrupamos los ítems de conocimientos en torno a la sexualidad por áreas temáticas, observamos como las chicas tienen una mayor nivel de aciertos, si se las compara con los chicos, en los relacionados con los problemas sexuales, anticoncepción, enfermedades de transmisión sexual y

otros comportamientos sexuales. Y ellos las superan a ellas en los relativos a autoestimulación y respuesta sexual humana (Sueiro et al., 1997). Parece clara una diferencia de género en cuanto a los conocimientos sexuales, aunque la misma no es significativa.

De estudios posteriores, realizados en nuestro entorno, que tienen que ver con los riesgos de embarazo no deseado y contagios, en sujetos que viven en el medio rural, que poseen una media de edad de 18,54 años (DT=5,47) y donde el 58,7% es mujer, sabemos que se da un bajo nivel de aciertos y desconocimientos en ítems tales como: A las personas infectadas con el VIH se les nota, El DIU es un método anticonceptivo que se coloca la mujer cada vez que va a tener coito, El preservativo es la técnica más eficaz para evitar los embarazos, Para que la píldora del día siguiente sea eficaz hay que tomarla inmediatamente después de haber tenido un coito de riesgo, El método de Ogino, si se utiliza correctamente, puede ser tan eficaz como la píldora anticonceptiva, Una persona infectada con el VIH puede contagiar a otra sana al besarla en la boca, Una persona portadora de VIH, que no padece dicha enfermedad puede transmitirla, Cuando tienes coito con una pareja estable (de dos meses o más de relación) el método de protección más indicado es la píldora (Chas et al., 2001; Diéguez et al., 2001). Notamos un mayor porcentaje de errores en el alumnado de menor edad y que reside en un medio rural más distante del núcleo urbano.

Cuando evaluamos su grado de erotofilia-erotofobia, encontramos que su puntuación media es de 30,61 (DT=8,63), medida a través del SOS-r (Sueiro y Diéguez, 2001). Observamos entonces que presentan actitudes más erotofóbicas que las de la población validada, que es de 38.2 (DT= 10,8) (Carpintero y Fuertes, 1994). Si analizamos su nivel de conservadurismo-liberalismo, hallamos una puntuación media en la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad de 110,01 (DT= 13,58) (Diéguez et al., 2001), siendo la media validada de 114,02 (D.T.= 12,00) (Diéguez, López, López y Sueiro, 2001). Según nuestros resultados, los del medio rural presentan unas actitudes sexuales más conservadoras.

Así pues, teniendo en cuenta que la Salud Sexual depende de la conducta de la persona y ésta, a su vez, está condicionada por una serie de variables que la anteceden -conocimientos y actitudes que posea- y siguen, hemos elaborado, tomando como punto de partida a López y Oroz (1999), una propuesta de intervención que denominamos Promoción del Desarrollo Personal y Social y que hace referencia al del desarrollo integral de la persona.

Lo que pretendemos es generar comportamientos

sanos, con una educación más saludable. Y es aquí donde nos encontramos con la dificultad de la cuestión: tanto la información como el cambio de actitudes, por sí solas, como ya hemos visto, no conllevan necesariamente el cambio de conducta. Así, la Promoción de la Salud también obliga a analizar y explicar los desfases y rupturas presentes entre conocimientos, actitudes y prácticas, y a configurar propuestas de acción y capacitación individual y comunitaria que posibiliten la armonía entre conocimientos y comportamientos, según afirma Roux (1994).

Seguidamente presentamos los contenidos fundamentales de la propuesta mencionada, donde mantenemos los cuatro pilares básicos de la educación que encabezan, en una frase, esta ponencia:

La salud como promoción del bienestar físico, psico-sexual y social

La propia persona como determinante de la salud

Habilidades que condicionan la salud:

* Factores estables de personalidad:

- autoestima
- autoeficacia
- locus de control interno

* Procesos afectivos mediadores:

- empatía
- relaciones de apego
- amistad

* Mediadores cognitivos:

- clarificación de valores
- juicio moral
- toma de decisiones
- solución de problemas

* Habilidades sociales e interpersonales

Prevención de riesgos sexuales:

- * Embarazo no deseado
- * Enfermedades de transmisión sexual
- * Aborto
- * Insatisfacción sexual
- * Violencia sexual

Educación afectivo-sexual:

- * Conocimientos de sexo/sexualidad
- * Reconocimiento del propio cuerpo y autoaceptación sexual
- * Igualdad entre mujer y hombre
- * Respeto y tolerancia a las diferencias, comunicación, responsabilidad y placer

Recursos sociocomunitarios

Esta propuesta de intervención forma parte de los Planes de Estudios, de la titulación de Psicopedagogía, que comenzó su andadura en el curso 2001-2002, en la Facultad de Ciencias de la educa-

ción, de la Universidad de Vigo (Campus de Ourense). Esto es así, por la enorme importancia que se ha dado a formación en los contenidos antes mencionados, presentes a lo largo de todo el ciclo vital, en la formación del futuro profesional de la Orientación Educativa.

Pero para que se logren hábitos más sanos, mediante unos mejores conocimientos y actitudes, entre otras variables a considerar, hemos de partir de un modelo de intervención constructivista, en el que la persona construya la realidad a través de una serie de aproximaciones en las que activamente elabora estructuras y cambia su foco de atención de un aspecto a otro del medio. De lo que se trata es de cumplir con aquello que dice "SOLO SE HACE LO QUE SE APRENDE. SOLO SE APRENDE LO QUE SE HACE". Por lo tanto, la metodología ha de ser activa y participativa, donde las actividades, debidamente contextualizadas y secuencializadas, han de resultar significativas, deben permitir tocar, buscar, manipular, examinar, elaborar, usar, revisar, escribir de nuevo, relacionar, criticar y realizar aportaciones personales, contrastar, colaborar, ensayar,... siendo novedosas, divertidas y permitiendo el empleo de diferentes recursos y técnicas. Y, todo esto contando con la implicación de todas y todos los agentes sociocomunitarios del medio próximo en el que nos encontramos ubicados.

BIBLIOGRAFIA

1. **Bimbela JS.:** Cuidando al cuidador. Counseling para Profesionales de la Salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1995
2. **Buela-Casal G, Fernández-Ríos L y Carrasco TJ.:** Psicología preventiva. Madrid: Pirámide., 1997
3. **Carpintero E y Fuertes A.:** Validación de la versión castellana del Sexual Opinion Survey (SOS). Cuadernos de Medicina Psicosomática. 31: 52-61, 1994
4. **Chas M^aD, Diz M^aC, Sueiro E.:** Intervención en riesgos sexuales. Estudio piloto. Actas del VI Congreso Galaico-português de Psicopedagogía. Braga, 205-212, 2001
5. **Diéguez JL, López A, López F y Sueiro E.:** Attitudes toward sexuality. Abstract Book 15th World Congress of Sexology, Paris, 59, 2001.
6. **Diéguez JL, Alvarez B, Bello C, Gómez A, González C y Sueiro E.:** Evaluación inicial en un programa de Educación Afectivo-Sexual en la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO). Actas del VI Congreso Galaico-português de Psicopedagogía. Braga, 119-131, 2001

7. **Fisher J.:** Possible effects of reference group-based social influence on AIDS-risk behavior and AIDS prevention. *American Psychologist*, 43, 914-920, 1988
8. **Green LW, Kreuter M, Deed S y Partridge K.:** *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. Palo Alto: Mayfield, 1980
9. **Greene WH, Simons-Morton BG.:** *Educación para la Salud*. México: Interamericana., 1988
10. **Lalonde M.:** A new perspective on the Health of Canadians Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, 1974
11. **López F.:** *Prevención de los abusos sexuales en menores y educación sexual*. Salamanca: Amarú, 1995
12. **López F y Oroz A.:** *Para comprender la vida sexual del adolescente*. Navarra: EVD, 1999
13. **Martín M y Velarde O.:** *Informe Juventud en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Juventud, 1997
14. **Mendoza R, Sagrera MR, Batista JM.:** *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990)*. Madrid: C.S.I.C, 1994
15. **Metcalfe O, Weare K, Wijnsma P, Williams T, Williams M y Young I.:** *Promoción de la Salud de la Juventud Europea. La Educación para la Salud en el ámbito educativo*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia y Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995
16. **Millstein SG, Pettersen AC, Nightingale EO.:** *Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century*. New York: Oxford University Press, 1993
17. **Ordoñana JR, Gutierrez JJ.:** *Sida y adolescencia*. Murcia: Consejería de Sanidad, 1991
18. **Páez D, Ubillos S, Pizarro M, León M.:** Modelos de Creencias de Salud y de la Acción Razonada aplicados al caso del SIDA. *Rev. de Ps. Gral. y Aplicada*, 47, 141-149, 1994
19. **Rochon A.:** *Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto*. Barcelona: Masson, 1992
20. **Roux GI de.:** La prevención de los comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludable en el desarrollo de la salud. *Educación Médica y Salud*, 28(2), 223-233, 1994
21. **Salovey P, Binbaum.:** Influence of Mood on Judgments about Health and Illness. En FORGAS, J.P. (Ed.) *Emotion and Social Judgments*. Oxford: Pergamon, 1991
22. **Sueiro E, Diéguez, JL, González A.:** Conocimientos sexuales que poseen las jóvenes y los jóvenes cuando acceden a las relaciones de pareja. VII Congreso INFAD "Adolescencia". Oviedo, 4-13, 1997
23. **Sueiro E, Doval JL, Perdiz C.:** *Adolescencia: Vida sexual y reproductiva*. Ourense: SERGAS, 1994
24. **Sueiro E, Diéguez JL.:** Sexual opinion survey (SOS-r). Social and sexual differences. Abstract Book 15th World Congress of Sexology, Paris, 223, 2001
25. **Sueiro E, Perdiz C, Diéguez J.L.:** Primer coito y aspectos sociales, reproductivos y sexuales, en la mujer. *Psicología Conductual*. (en prensa), 2001
26. **WHO.:** *Young people's health a challenge for society*. Geneve: WHO, 1986
27. **Xunta de Galicia.:** *Investigación Básica de Educación para a Saúde na escola*. Santiago: Xunta de Galicia, 1991

Atención a las/os adolescentes en las consultas de planificación familiar. Propuestas e intervención

Ros Rahola R.

Ginecóloga. Centre Jove Dantic i Sexualitat. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La atención específica a las/os adolescentes y jóvenes, considerado un colectivo con necesidades propias, fue planteada en su inicio por los profesionales de los Centros de Planificación u Orientación Familiar ya en la década de los 80 y hecha realidad con las llamadas "Tardes Jóvenes". Más adelante, al inicio de los años 90, esta atención específica a las/os adolescentes se consolidó mediante la creación de centros o consultas especiales, a imagen de otras experiencias observadas en países europeos y/o americanos, con ello aumentó el reconocimiento social y sanitario de las necesidades de atención de este colectivo. Algunos de los antiguos Centros de Orientación Familiar (COF), integrados en la red sanitaria pública, se percibían como espacios poco accesibles a la población joven que, sin embargo, mostraba crecientes necesidades de atención en materia de salud sexual y reproductiva.

El impacto de los problemas relacionados con el embarazo en la adolescencia, las enfermedades de transmisión sexual y posteriormente el Sida, constituyeron la primera evidencia de la necesidad de ofrecer servicios y programas especialmente destinados a este grupo de población. La atención personalizada de las demandas de las y los adolescentes, ya es una evidencia en las consultas de Planificación Familiar e incluso en algunos servicios de Atención Primaria.

Así, el año 1991, formando parte de un proyecto de la Federación de Planificación Familiar de España, que ahora cuenta con cuatro centros jóvenes y un servicio de consulta telefónica de ámbito estatal, se puso en marcha en Barcelona el "Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat", dependiendo de l'Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears.

El Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat (CJAS) constituye un espacio específico de atención a la salud reproductiva y afectiva-sexual de los jóvenes que, desde el primer momento, se planteó como un servicio de cariz preventivo y complementario de la red normalizada de salud. Sus objetivos de prevenir el embarazo en la adolescencia, así como las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y la infección por HIV/SIDA en dicho colectivo, se enmarcan en una visión integral de la salud, contemplando los aspectos biológico, psicológico y social del individuo.

Estas características especiales y la adecuación del servicio a la idiosincrasia de las/os jóvenes en cuanto a accesibilidad, inmediatez y confidencialidad, ofrecen un amplio campo de trabajo en el ámbito de la prevención y la educación para la salud. La consulta y los datos recogidos en la historia socio-clínica, son grandes fuentes de información para el análisis del comportamiento, inquietudes y problemas de la población joven. Los resultados de estos 10 años, han permitido aproximarse a un modelo de atención para adolescentes y jóvenes en relación a la salud sexual y reproductiva y generar propuestas innovadoras de intervención, en colaboración con instituciones públicas que tienen responsabilidades hacia la población joven.

En estos diez años, el CJAS de Barcelona ha recibido más de 37.000 consultas personales, contando actualmente con casi 19.000 historias socio-clínicas. El equipo de atención está compuesto por profesionales de diferentes disciplinas, que combinan su trabajo en la consulta, con otras actividades preventivas, de educación para la salud, estudios y trabajos de investigación, formación a profesionales de la salud, revisión y propuesta de nuevo material de difusión, etc... Toda esta actividad en contacto continua-

do con el colectivo juvenil ha ido situando al CJAS como centro de referencia en cuestiones de atención a la salud de adolescentes y jóvenes. Asimismo, esta experiencia se ha hecho extensiva a la red socio-sanitaria pública, a través del intercambio de experiencias y la formación a los profesionales de las Áreas Básicas de Salud y otros profesionales que trabajan o han de trabajar en contacto con dicho colectivo.

Desde esta experiencia se han elaborado las propuestas y contenidos para la intervención con el colectivo adolescente, presentes en esta ponencia.

ACCESIBILIDAD DEL SERVICIO

La especificidad de los CJAS facilita, sin duda, la creación de un ambiente adecuado en cuanto a infraestructura física (puerta a pie de calle, lugar de espera con oferta de información diversa y de interés para los jóvenes, disponibilidad de la persona encargada de la recepción, despachos sin apariencia medicalizada, sala polivalente donde acoger grupos, etc.).

Sin embargo, hay otros aspectos muy importantes a la hora de facilitar el acceso de los jóvenes a los servicios socio-sanitarios, consultas de Planificación Familiar o programas de prevención en salud afectiva-sexual, además de ofrecer un espacio específico.

* **Divulgación del servicio** mediante un folleto explicativo de los recursos y actividades del centro, acceso, horario,... dirigido a los futuras/os usuarias y usuarios.

* **Una actitud abierta** de los profesionales, la confidencialidad y garantía del anonimato y la recepción-atención inmediata de las demandas, se muestran como requisitos primordiales que favorecen el acercamiento de los jóvenes, así como la difusión del servicio entre el propio grupo de iguales. Usuarios/as que se han sentido bien acogidos, recomiendan el recurso, o incluso acompañan personalmente, a sus amigos/as cuando aparece una necesidad.

* **La consulta telefónica** se revela también como una buena herramienta para la accesibilidad, la información y la resolución de problemas inmediatos.

En el CJAS se vienen atendiendo unas 3.000 llamadas anuales, que se podrían agrupar en tres grandes apartados:

* **Acercamiento al servicio.** Los jóvenes llaman para confirmar o complementar la información de la que disponen y comprobar que podrán ser aten-

tidos. Sería un primer acercamiento como paso previo a una visita personal.

* **Resolución de dudas.** En muchos de los casos, la consulta telefónica es suficiente para resolver el motivo que provoca la búsqueda de ayuda: Aclaraciones concretas sobre mitos o malentendidos, refuerzo o comprobación de informaciones conseguidas por otras vías, demandas de orientación sobre recursos, etc.

* **Refuerzo de la consulta personal.** El teléfono también es utilizado con ocasión de aclarar alguna duda puntual que ha surgido después de la visita en el CJAS, o bien, para los casos que requieren cierto tipo de seguimiento como sería el tratamiento post-coital, la anticoncepción hormonal y las dudas sobre el riesgo de la infección por HIV/SIDA.

En cuanto a la distribución por sexos en su utilización, aproximadamente, el 75% de las atenciones telefónicas corresponden a chicas y el 25% restante a chicos. Esta proporción se comprende si tenemos en cuenta que persiste en la mujer la mayor responsabilidad ante la contracepción, así como los riesgos derivados de la falta de uso o mala utilización de la misma. Si bien cabe destacar que algunos chicos consultan por fallo o rotura del preservativo, por norma general, son ellas las que buscan ayuda después de una relación no protegida. Esto nos lleva a los motivos de consulta más frecuentes a través del teléfono, que giran alrededor del tratamiento post-coital, la anticoncepción hormonal y la amenorrea o retraso de la regla. A continuación les sigue la infección por HIV/Sida, tema sobre el que solicitan distintas informaciones tanto chicas como chicos. Estos últimos en mayor proporción, aunque con tendencia a igualarse.

* **Página web, de información y consulta** sobre salud afectiva-sexual. Este es un recurso cercano a la población joven, que proporciona un acceso fácil a la información y también a la consulta, especialmente de aquellos sectores con más dificultades, sean externas (distancia-rural, comunicaciones, horarios) o bien personales (timidez, dificultad para verbalizar...).

El pasado año 2000, el CJAS de Barcelona puso en marcha una página web de información y consulta. Según los primeros resultados, se aprecia un hecho interesante es que parece que los chicos se muestran más dispuestos a exponer sus dificultades y pedir ayuda, a través de este medio. De las consultas recibidas durante el presente año, un 46,7% corresponden a chicos, lo que comparado con las cifras de

las consultas personales o telefónicas, constituye una novedad, a seguir observando.

* Por último, una breve mención a los “**Talleres de educación afectiva-sexual**”, puesto que se trata de una actividad que facilita en gran medida la accesibilidad de los jóvenes a los servicios. Los Talleres, especialmente aquellos que se realizan en el propio centro, permiten que los jóvenes conozcan el espacio, oferta de prestaciones y dinámica y pensamiento de los profesionales.

En el CJAS hemos podido comprobar que muchos de los jóvenes que han participado en un taller, realizado dentro o fuera del propio servicio, conservan la referencia del recurso y lo utilizan más tarde, cuando surge la necesidad.

LA ATENCIÓN PERSONAL. LOS JÓVENES EN LA CONSULTA

Los adolescentes “no son un colectivo del todo homogéneo”, por tanto, es importante la atención personalizada, sin olvidar la gran influencia que en ellos/as ejerce “el grupo”, su relación con los amigos y la situación familiar y social particular.

La primera entrevista y como ésta se desarrolle, será esencial para un seguimiento cercano de las necesidades que llevan a la/el adolescente a consultar. En una sola entrevista es prácticamente imposible conseguir cambios en el comportamiento en cuanto a la “**prevención de riesgos**” y en su estado de ánimo. Posiblemente serán necesarias varias entrevistas con la/el adolescente para descubrir sus sentimientos, comportamientos respecto a la sexualidad y la posible exposición a conductas de riesgo. Si se establece un buen vínculo entre adolescente y profesional, este/a volverá en cada momento que surja una duda o se encuentre frente a una situación que le cuesta controlar o de la que no sabe como defenderse.

Actualmente, los problemas derivados de la vivencia de la sexualidad y las conductas de riesgo de las **distintas etnias o culturas** presentes en nuestro país, (embarazo, MTS, violencia, retorno al país de origen, etc.), van a ser consultas cada vez más frecuentes que exigirán al profesional prácticas médicas y sociales particulares.

Cualquier consulta de parte del/la adolescente puede ser útil para abordar **la afectividad, la sexualidad y su expresión**, pero puede ser más sencillo si primero nos interesamos por su estado de ánimo, por las relaciones con los amigos, la familia, los estudios, los sentimientos y todas aquellas vivencias relaciona-

das con la edad. Es importante ofrecerle un espacio a solas, asegurando **la confidencialidad**, donde se encuentre cómodo y con libertad para poder hablar de cosas tan íntimas como sus fantasías, primeras experiencias compartidas, y aquellos miedos y dudas que puedan ir apareciendo en cada momento.

Cuando se ofrece un **espacio específico** para atender a los adolescentes, en la entrevista surgirá una primera demanda que será imprescindible tenerla en cuenta, pero también lo será detectar que lo verbalizado (**demanda explícita**), no siempre coincide con las necesidades íntimas o con lo que en realidad desean preguntar (**demanda implícita**). Con frecuencia las demandas de intercepción post-coital o anticoncepción de emergencia, amenorrea o información sobre métodos anticonceptivos, sirven de pretexto para acercarse a la consulta y poder hablar de cuestiones relacionadas con la expresión de su sexualidad, de las dificultades con el método anticonceptivo, de las relaciones sexuales, de su dudas sobre la identidad sexual, etc., En algunas ocasiones, también desean ser atendidos para poder expresar que están, tristes o deprimidos, que tienen problemas en sus relaciones de amistad, dificultades con la alimentación, que han sufrido alguna agresión o abuso sexual o simplemente manifestar “que tienen ganas de desaparecer”,...

Se debe aprovechar esta consulta para intentar hacer una “aproximación” a su **situación global** (amigos, padres, estudios, cultura,...) y a **la prevención de los riesgos**, relacionando sus prácticas sexuales con los diferentes métodos, con la transmisión de las enfermedades de transmisión sexual, los embarazos inesperados, el consumo de distintas sustancias, las relaciones coitales desprotegidas y otras situaciones de mayor o menor peligro.

A la vez, la observación de las diferencias de género en relación a la sexualidad y su expresión y de las dificultades en “los primeros encuentros” entre ambos géneros, nos conduce a manifestar la importancia de atender en consulta a la chica y al chico cuando estos vienen juntos, o bien invitar al muchacho en una de las próximas entrevistas a partir de algunas de las demandas que la chica hace en solitario.

Las y los usuarios que visitan el CJAS, tienen una edad comprendida entre **14 y 26 años**. En cuanto a la distribución por sexos un **70% son chicas y un 30% son chicos**.

En relación a la distribución según motivos de consulta en su primera visita al centro (CJAS), las demandas alrededor de la intercepción post-coital significan aproximadamente un 30% del total. En esta entrevista, como hemos comentado anteriormente, pueden surgir y ser captadas un sin fin de situaciones

de posible riesgo, vivencias, dudas y otros trastornos de mayor importancia para su crecimiento como tristeza y/o depresión, abusos, trast. de la alimentación,...). Aproximadamente, el 65% de este 30% vienen acompañados de la pareja y casi siempre se les atiende juntos. Si la chica pide la entrevista a solas, se respeta su deseo, pero normalmente prefieren estar acompañadas. En esta consulta se pueden reforzar las habilidades y el correcto uso del preservativo y a la vez permite captar aquellas situaciones de “desencuentro” y dificultades en la negociación entre ambos.

Los otros motivos de consulta se distribuyen de la siguiente manera: en relación a la amenorrea, embarazo y demanda de interrupción voluntaria del embarazo significan un 16%; la demanda de información, orientación y consejo asistido sobre la infección por HIV/SIDA, es de un 15%; la información, prescripción y seguimiento de métodos anticonceptivos significan un 13,5% de las consultas; la consulta médica ocupa un 8,5%, (aumenta hasta un 15% en las visitas sucesivas), y el resto de demandas se distribuyen entre sexualidad (primeras relaciones, dificultades en el acoplamiento, dudas sobre la identidad sexual,...), información general básica y atención psicológica.

ATENCIÓN A LAS FAMILIAS

Frecuentemente las madres y padres de los adolescentes necesitan ayuda para entender y ayudar a sus hijos en esta etapa, y en muchas ocasiones no saben a quién acudir. Ofrecer un espacio para poder tratar estos temas con ellos, es trabajar para la prevención.

En algunas ocasiones, es importante informar a las madres y/o padres después de la consulta con el/la adolescente, especialmente si hay problemas derivados de una conducta de riesgo (embarazo, ETS, petición de la prueba para descartar la infección por HIV,...), y si éste/a es menor de edad. Para no perder la confidencialidad con el/la adolescente, es necesario pactar con ellos/as qué información se dará y cómo se explicará. Lo mejor es ayudar al adolescente, para que sea ell/él quien hable primero con los padres, ofreciendo la consulta profesional para seguir tratando el problema y las posibles resoluciones de manera conjunta.

El CJAS atiende las demandas de padres/madres y otros adultos en sus dudas y temores de como tratar y ayudar a los chicos y chicas en esta etapa de la vida.

Los debates o conferencias que fomentan la participación, dirigidos a grupos de padres y madres de alumnos de ESO o de secundaria a través de las AM-

PAS, es una actividad importante para fomentar la reflexión sobre el desarrollo y crecimiento de sus hijos/as, la importancia de la prevención en esta etapa y para invitarlos a pedir ayuda cuando la necesiten.

El CJAS recoge estas demandas a partir de las AMPAS, derivadas a menudo desde los centros educativos con los que se trabajan los Talleres de Educación Afectivo-Sexual.

EL TRABAJO EN GRUPO. TALLERES DE EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL

Si bien, los profesores y el ámbito escolar, serían los elementos más adecuados para la difusión de actividades preventivas, la educación sexual en la escuela, sigue sin contar con un apoyo franco por parte de la Instituciones, que se deja notar tanto en los diseños curriculares como en la falta de materiales y apoyo a los enseñantes.

El trabajo en grupo activo y participativo (talleres) sobre la afectividad y la sexualidad desde una visión positiva, se ha demostrado que es una buena herramienta para tratar los comportamientos de riesgo, sus consecuencias y como evitarlas. Este trabajo en grupo con la habilidad de los profesionales que realizan la conducción, facilita que posteriormente acudan a hacer consultas de forma personal e individual.

Por ello, los **Talleres de educación afectivo-sexual**, significan un recurso anual para muchos centros de secundaria que tienen como objetivo trabajar los diferentes aspectos de la salud con sus alumnos. Si la actividad se realiza en coordinación con el centro escolar y/o el tutor de referencia, se potencia la sensibilización de las familias y la normalización de la importancia de la educación sexual para el desarrollo global de las/los adolescentes.

La metodología utilizada es eminentemente activa, basada en la participación. A través de diferentes herramientas (juegos de rol, historias hipotéticas, viñetas “cómic”, etc) se plantean situaciones cercanas a su realidad cotidiana, que favorecen la identificación. En otros momentos se utilizaran materiales o dinámicas (fotografías, cintas de video, discusión en pequeños grupos y puesta en común, manipulación de preservativos...), que faciliten la exteriorización de actitudes y opiniones, intentando hacerles protagonistas del propio proceso de reflexión y aprendizaje.

El monitor o monitora ejercerá un papel conductor y facilitador del proceso. La actitud será respetuosa y no imperativa, evitando un exceso de tecnicismos en el lenguaje. Previamente habrá seleccionado

los materiales y actividades de la sesión, en función de las características e intereses del grupo. Todo ello incidirá de manera positiva en la utilización de lo aprendido para detectar o manejar mejor una situación de riesgo.

Los talleres se pueden realizar con grupos-clase, de enseñanza secundaria, o con grupos específicos de jóvenes adscritos a programas especiales, sea por alguna discapacidad o por dificultades de integración social (Plan de Garantía Social). También es interesante y eficaz el trabajo que se pueda realizar en grupo en los espacios de ocio, con asociaciones juveniles u otros donde coincidan colectivos de jóvenes.

La colaboración en “**campañas locales**” de prevención (embarazo, ETS y SIDA, Drogas,...), organizadas por las diferentes instituciones que trabajan para la salud y la prevención en las comarcas, Áreas Sanitarias u otros territorios, mediante muestras o exposiciones itinerantes sobre afectividad y sexualidad, será muy útil para ofrecer y/o realizar **talleres** con adolescentes y profundizar en la información o conocimientos que ya tienen.

Dentro de las actividades cotidianas, el CJAS ofrece un espacio educativo, en forma de taller, para trabajar en grupo los aspectos relacionados con la salud sexual y la afectividad.

Asimismo, durante este tiempo, el trabajo en grupo se ha ido extendiendo a otros colectivos de jóvenes, incluyendo aquéllos con dificultades especiales. Prueba de ello es que el pasado año 2.000, casi 5.000 chicos y chicas asistieron a un Taller de Educación Afectiva-Sexual, bien en el propio espacio del CJAS o bien en los Centros de Secundaria de la Provincia de Barcelona, hasta donde se han desplazado los profesionales del CJAS.

El Cjas ofrece su experiencia y el soporte necesario para la creación y programación de las actividades a realizar en estas campañas, semanas culturales,...

EXTENDER LA EXPERIENCIA. FORMACIÓN Y ASESORAMIENTO

Actualmente, tanto profesionales como instituciones, identifican a adolescentes y jóvenes como un grupo de población, con unas necesidades específicas de atención, especialmente en el terreno de la salud afectiva-sexual. Esta constatación ha permitido la puesta en marcha de diversos servicios o programas, integrados en la red pública, que ofrecen un espacio al que la gente joven puede acceder de manera fácil e inmediata.

En el ámbito de la sanidad, se vienen realizando

cambios propiciados por la reforma de la Atención Primaria, entre ellos, la ampliación de la edad de atención por parte de los equipos de pediatría, la necesidad de que las ABS incorporen la atención a los jóvenes, la puesta en marcha de los Programas de Atención en Salud Sexual y Reproductiva (Catalunya), juntamente con las “tardes jóvenes”, etc. Al mismo tiempo, se han ido generando situaciones novedosas en la edad adolescente como: trastornos de la alimentación, aumento de las psicopatologías, uso de drogas, infección por HIV, etc. que, en estos momentos, suponen una prioridad en la atención.

Las actividades formativas y/o educativas que puedan realizar los profesionales de los servicios de Planificación Familiar o especializados a otros educadores o profesionales de la red pública, favorezcan la adecuación y universalización de la atención a adolescentes y jóvenes.

En este sentido, los profesionales del equipo del CJAS participan regularmente como docentes en diferentes actividades formativas de las DAPS o CAPS, u otras instituciones donde se realizan cursos de formación continuada, post-gradados de especialidades, masters,... para la atención a los adolescentes. También se colabora en la programación docente de las diplomaturas y en los “practicums” de enfermería, psicología, trabajo social y educación social de la universidades Ramón Llull, UB y UAB

Igualmente, en los campos social o educativo, el CJAS se ofrece a profesionales y colectivos en contacto con la población juvenil (maestros, trabajadores sociales, técnicos de ayuntamientos, educadores, responsables de puntos de información, coordinadores de actividades de tiempo libre, etc.) que precisan de soporte o formación para incluir actividades de prevención en salud afectiva-sexual en sus labores cotidianas o campañas locales de prevención.

En función de la solicitud recibida, en algunos casos se diseñan actividades de formación específicas, otras veces se participa de forma puntual en cursos ya organizados, o bien se ofrece asesoramiento personal, seguimiento y/o materiales, adecuados a la actuación prevista.

TRABAJO COMUNITARIO. ACTIVIDADES Y MATERIALES

Como se indicaba al principio, la observación en la práctica profesional cotidiana, conforma una fuente de información fidedigna sobre las necesidades, inquietudes y forma de comportarse de los jóvenes. Este conocimiento actúa de soporte en aquéllas ini-

ciativas que tienen como objetivo promover la prevención y la educación para la salud entre el colectivo juvenil.

Si bien los jóvenes de hoy en día están expuestos a verdaderos bombardeos de información, todos conocemos que la misma no siempre llega por la vía correcta, o bien queda lejos de las peculiaridades del colectivo que nos ocupa.

En este sentido, desde el CJAS se han ido generando propuestas con diferentes formatos que incluyen, exposiciones itinerantes, edición o revisión de publicaciones, convocatoria de concursos, etc., que pretenden adaptarse a la realidad de los jóvenes, fomentando la identificación y la participación activa, elementos que se muestran como primordiales para comprender e integrar la información que se recibe.

Será importante mantener un estrecho contacto

con **entidades** que trabajan en el ámbito de la juventud, o bien formadas por jóvenes, con las que se podrá colaborar en la realización de campañas puntuales y otras actividades de prevención.

Asimismo, debería haber una colaboración regular con los **medios de comunicación** en entrevistas, mesas redondas, programas monotemáticos, artículos, etc, con el objetivo de normalizar la educación afectiva-sexual y la prevención.

Para terminar, sólo comentar que la fuente de información de primera mano sobre las necesidades educativas y asistenciales de este colectivo, que nos ofrece el contacto cotidiano con jóvenes, debe permitir la realización de **trabajos de investigación** sobre el comportamiento, vivencias, situación,... de los adolescentes y jóvenes de nuestro país.