ENFERMIDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. EMBARAZO NON DESEXADO. INTERVENCIÓN EDUCATIVA. SEXO SEGURO. ESTRATEXIAS DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

*P. Brañas**
Universidad Autónoma
Madrid

INTRODUCCIÓN

Non é fácil ser adolescentes no mundo de hoxe porque xunto ós complexos cambios físicos e psicolóxicos que experimentan existe unha gran presión social sobre eles, así como influencias negativas que favorecen a inseguridade e os comportamentos de risco.

Os profesionais da saúde comprobamos as dificultades que teñen e como, na maioría dos casos, non atopan as persoas ou o lugar a ónde acudir para pedir axuda. Os adolescentes desexan aprender, coñecer e descubrir as novas sensacións que lles ofrece o seu corpo en proceso de cambio. O impulso sexual é moi forte e, unido a unha necesidade de experimentar cousas novas, condúceos a unha actividade sexual temperá e desprotexida. Ó actuar de forma impulsiva e con descoñecemento dos riscos aparecen problemas de saúde con consecuencias graves a curto ou longo prazo. Cando xa están establecidos son difíciles de tratar, sen embargo poderíanse evitar mediante programas de prevención específicos para adolescentes.

É fundamental mellorar as súas actitudes en saúde sexual e considerala no mesmo nivel de importancia que outros aspectos educativos para a saúde. Os resultados serán mellores se actúan en conxunto a familia, a escola e os profesionais sanitarios.

I. A ADOLESCENCIA, ETAPA DE RISCO PARA A SAÚDE REPRODUCTIVA

Os cambios físicos corporais que aparecen durante a pubertade capacitan os mozos para o comezo das relacións sexuais. Sen embargo, esta situación non vai acompañada dunha madurez psicoafectiva e intelectual suficiente para poder afrontar as súas consecuencias. Esa desharmonía ma-

* Profesora Asociada do Departamento de Pediatría. Xefa de Unidade de Adolescentes do Hospital Universitario "Niño Jesús".

durativa favorece que se expoñan a enfermidades de transmisión sexual e a embarazos non desexados.

A sexualidade comprende tres aspectos fundamentais: a reprodución, a afectividade e o erotismo, a través do cal, e non por outra vía, se experimentan emocións íntimas e praceiteiras por medio dos sentidos e da imaxinación. O desenvolvemento da sexualidade vese influído por factores culturais e persoais. Os primeiros non están claros na actualidade, xa que se confunde o papel de home e muller, e orixinan importantes frustracións cando o establecido na sociedade non se corresponde coa propia experiencia. Por outro lado, o noso propio código de valores persoais, afectos, desexos eróticos e expectativas é difícil que coincida co dos demais, o cal dificulta aínda máis a relación coa parella.

¿SUPÓN REALMENTE UN RISCO A ACTIVIDADE SEXUAL TEMPERÁ?

Co espertar da sexualidade aparecen sensacións e fantasías eróticas. Uns séntense máis atraídos polo contacto físico e outros polo afectivo. Compáranse cos demais e vanse modelando ata que, co tempo, se equilibran ambos aspectos e descobren o que verdadeiramente desexan. Mentres se consigue esta fase de madurez é fácil adoptar conductas perigosas para a saúde, con actitudes de falsa seguridade e falta de percepción do risco.

Para que un comportamento ocasione problemas é necesario que se dean determinadas circunstancias:

1. A presencia de factores de risco que actúen nun determinado momento, mentres que de facelo noutro non producen ningún efecto.

2. A falta de factores protectores que mitiguen ou contrarresten a acción dos anteriores. Se predominan os primeiros, os resultados da acción realizada serán negativos, en cambio se prevalecen os segundos non existirá dano temporal ou definitivo (figura 1).

3. Que se decida un comportamento nun período da vida no que falta a estabilidade psicoemocional, porque non se completou a maduración.

O risco da actividade sexual nos moi novos é alto. En primeiro lugar, existe unha *maduración física* que dá un aspecto de persoa adulta a idades temperás pero non vai acompañada dun desenvolvemento intelectual acorde para decidir con responsabilidade. Xunto a isto, a percepción do *impulso sexual*, reforzado polo *desexo natural de coñecer* por si mesmos, non favorece a abstinencia. O sentimento natural de *ser invulnerable*, o "a min non me pasa", e a *busca instintiva do pracer*, fai que non teñan temor, o que diminúe a percepción do risco.

A desinformación sobre métodos anticonceptivos e transmisión de enfermidades, a escasa comunicación cos pais sobre estes temas, os consellos de

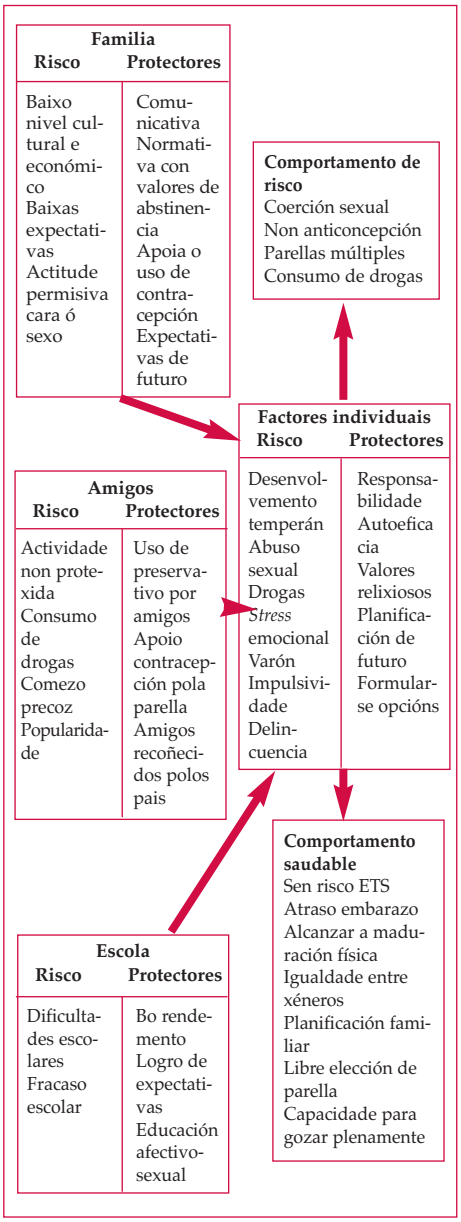

Figura 1. Adaptado do artigo de E. Sieving *et al.* (2002).

amigos experimentados e a presión do grupo de iguais inflúen de forma negativa nas decisións dos máis novos.

FACTORES QUE FAVORECEN O RISCO NAS RELACIÓNS SEXUAIS:

—Idade moi nova. Debido á inmadurez dos mecanismos de autoprotección do aparato xenital feminino favorécense as enfermidades de transmisión sexual (ETS).

—A situación. En moitos casos as relacións non son decididas libremente, realízanse baixo presión, con présa e cunha parella coa que se ten pouca confianza.

—As parellas de curta duración e os cambios sucesivos favorecen as ETS, porque ó ser pouco sintomáticas nos adolescentes, a máis número de contactos maior difusión. Estas circunstancias tampouco facilitan o desenvolvemento da afectividade, pois non dá tempo a establecer relacións emocionais estables.

—A insuficiente educación afectivo sexual. Unha correcta formación debe axudar a crear valores, actitudes persoais firmes; a respectarse a si mesmos e, sobre todo, a parella; a expresar con claridade o que se quere; a dialogar e negociar posicións.

—A influencia negativa dos medios de comunicación. A televisión, o vídeo e o cine proxectan películas con sexo, violencia, aborto e relacións con parellas múltiples, con intención de resaltar valores de maior aceptación e éxito social. A música *rock* utiliza letras

que animan e estimulan a actividade promiscua. Os anuncios e revistas pornográficas ou internet tamén actúan no mesmo sentido, producindo sentimentos de desexo e frustración ó non se axustar a ficción coa realidade.

Táboa I.

PUNTOS DE PREOCUPACIÓN DOS ADOLESCENTES
• **Educación sobre a afectividade.** • **Habilidade sexual e saber agradar a parella.** • **Descubrir a persoa adecuada.** • **Encontrar alternativas ás relacións completas.** • **A inseguridade e o temor a ser abandonados.** • **Saber cómo se diferencia o amor do que non o é.**

PRINCIPAIS PREOCUPACIÓNS DOS ADOLESCENTES E DOS SEUS PAIS

Na maioría dos casos os mozos están informados en anatomía e fisioloxía do aparato xenital, pero expresan preocupación por coñecer outros aspectos que se recollen na táboa I. A familia é o apoio fundamental e o medio onde se vai desenvolver o adolescente, polo tanto é importante ter en conta a súa opinión e preocupacións (táboa II).

Táboa II.

PREOCUPACIÓNS DOS PAIS
• **Utilización ou abuso do fillo pola súa parella sexual.** • **Experiencia negativa dunhas relacións inadecuadas.** • **Falta de preparación psicoemocional para decidir libremente.** • **O embarazo e as ETS, en especial a SIDA.** • **As dificultades para relacionarse co fillo.**

II. ENFERMIDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)

As ETS son máis frecuentes nos adolescentes ca en persoas maiores de 20 anos. A ignorancia e desinformación contribúen en boa medida a esta situación.

Son enfermidades que se transmiten por contacto sexual con persoas do mesmo ou diferente sexo, xeralmente por penetración vaxinal, anal ou *cunnilingus*. Trátase dun problema en aumento, aínda que non se coñecen ben as cifras de afectados porque non se declara a maioría.

Non deixan inmunidade, por iso se poden padecer máis dunha vez. É moi importante ter coñecemento delas e, sobre todo, das medidas de prevención. Debido a que moitas poden cursar con moi poucos síntomas poden pasar inadvertidas, co cal se multiplican as posibilidades de transmisión.

Resistance, o personaxe do *Roman de la Rose*, reprende ó amante pola súa falla de delicadeza. Traseira de marfil dun espello de man, c. 1320. Museo da Idade Media, Cluny, París.

A evolución sen o tratamento oportuno ocasiona complicacións a curto ou longo prazo, como son o aborto espontáneo ou nenos de baixo peso ó nacer, esterilidade e cáncer cervical no futuro; ó que hai que engadir o dato de que un 20% das persoas VIH positivas sufriron o contaxio na adolescencia.

Tamén existen factores asociados a determinados comportamentos que aumentan o risco de padecelas.

VÍAS DE TRANSMISIÓN

A principal vía de contaxio é son as mucosas da boca, dos órganos xenitais e do recto. Os microorganismos propáganse a través delas e producen alteracións a nivel local ou xeral segundo o tipo de axente implicado. Son moi diversos, entre eles figuran virus, bacterias, clamidias, fungos e protozoos. Se non se tratan poden ocasionar problemas graves como esterilidade e cancro de colo uterino. As cándidas, piollos pato ou papilomas non sempre se transmiten por vía sexual. O grao de contaxiosidade e a gravidade varía dunhas a outras e é frecuente a asociación de varias.

FACTORES DE RISCO PARA O CONTAXIO

A conducta sexual dos adolescentes, en xeral, responde a determinados patróns de comportamento que favorecen a transmisión de ETS. Ademais, súmanse dificultades para o tratamento, por descoñecemento de a ónde acudir ou sentimentos de vergonza e temor a ser malinterpretados. Por se fose pouco, os profesionais de atención primaria (pediatras e médicos de familia) preguntan rara vez por estes problemas, porque están pouco adestrados ou por exceso de presión asistencial.

Entre os principais factores encóntranse:

—Adianto da maduración sexual e da menarquía, o que pode facilitar o comezo de relacións a unha idade máis temperá.

—Inmadurez do aparato xenital feminino, con insuficiente desenvolvemento do epitelio escumoso, escasa acidez local e flora bacteriana que determinan unha menor protección contra a infección.

—Determinadas características de personalidade, como a necesidade de gratificación inmediata e experimentación, a pouca tolerancia á frustración e a incapacidade para manexar o stress, así como a dificultade para o control de impulsos.

—Falta de apoio e protección familiar habitual e dificultades para a comunicación en situacións vitais difíciles.

—Comezo a idades moi novas, ás veces con adultos descoñecidos, o que aumenta o número de persoas expostas e supón unha maior posibilidade de contacto con afectados.

—Aumento do número de relacións sexuais entre adolescentes, debido á permisividade social, influencia dos medios e falta de valores persoais para a abstención.

—Duración curta das relacións con parella estable e nova relación en breve tempo con outro compañeiro sexual.

—Consumo de alcohol e outras drogas en ambientes que facilitan a relación non protexida.

—Non utilización de métodos de barreira (preservativo, cremas espermaticidas) e descoñecemento de que a anticoncepción hormonal non protexe das ETS e incluso aumenta o risco de infección por clamidias.

—Existencia de abusos sexuais e violacións.

—Dificultades para o diagnóstico temperán por ser pouco sintomáticas.

MANIFESTACIÓNS DAS ETS EN ADOLESCENTES

Os síntomas clínicos máis habituais son:

—Presencia de úlceras. Son producidas polo virus do herpes simple tipo I e II e sífilis primaria, adquirida por abuso sexual ou por contacto cun infectado asintomático. Esta situación é máis frecuente nas mulleres porque o chancro é indoloro e pode non ser visible.

—Adenopatías. Son o máis característico en dous tipos de ETS: o chancroide, que é unha úlcera dolorosa acompañada dunha adenopatía inguinal e que, en máis do 50% dos casos, ten como axente causal o *hemofilus ducray* e o *linfogranuloma venereo;* é unha adenopatía inguinal persistente producida pola *clamidia trachomatis*, menos frecuente cá anterior.

—Uretrite. Caracterízase polo proído e a emisión a través da uretra dun exsudado mucopurulento. As máis frecuentes son a gonocócica por *neiseria gonorrhoea* e a non gonocócica por clamidias e tricomonas vaxinais.

—Fluxo vaxinal. Aparece en casos de irritación vaxinal por *gardnerella* e vulvovaxinite por *candida albicans*, produce comechón intensa, proído ó ouriñar, avermellamento da vulva, dor abdominal baixa e manchas na roupa interior.

—*Pediculus pubis* (piollo pato). Producen intenso proído e vese o piollo ou a lendia no vello sexual. Pode afectar a outras zonas do vello corporal.

—Excrecencias verrugosas. Localizadas na zona xenital, son típicas do *condiloma acuminado*, moi fácil de diagnosticar.

—Outros *síntomas relacionados* coas ETS son a presencia de manchas na pel, dor articular e artrite, supuración rectal e dor abdominal. Indican enfermidade evolucionada ou complicacións.

—A enfermidade inflamatoria pelviana é tamén unha complicación dunha ETS non tratada. Afecta a diferentes zonas do aparato xenital feminino producindo inflamación do endometrio e da trompa, abscesos tuboováricos e peritonite. É difícil o seu diagnóstico e tratamento e na maioría dos casos produce esterilidade. Os axentes causais máis frecuentes son os gonococos e clamidias.

—As complicacións dunha ETS non identificada e non tratada nos varóns son: epididimite, prostatite e balanite. A primeira maniféstase por dor que aumenta coa excitación sexual.

Miniatura de *Le régime du corps,* de Aldobrandino de Siena, Lille, c. 1285. Esta obra está considerada coma o primeiro tratado sexual escrito na Idade Media en lingua vernácula, semellante ós modernos *self-help-sex-guide.*

Está causada por gonococo ou clamidias. Diagnostícase mediante ecografía e débese diferenciar da torsión testicular, orquite ou tumores do testículo. Na prostatite están afectadas conxuntamente as vesículas seminais. A balanite, ou inflamación do glande, dáse con dor, avermellamento e exudados superficiais. Contráese por contacto con mulleres infectadas por cándidas, tricomonas ou gardnerella. Diagnostícase por exame directo do primeiro ouriño.

—A hepatite B, que pode transmitirse por outras vías e unha delas é a sexual. Afortunadamente existe vacinación e ningún adolescente debe estar sen protexer.

—Merece especial atención, pola súa enorme repercusión social, a infección polo virus da inmunodeficiencia humana. O seu contaxio nos países desenvolvidos prodúcese en máis do 20% dos casos en adolescentes.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

A estratexia preventiva debe lograr que os adolescentes estean ben informados sobre:

—As principais ETS, os seus posibles síntomas e complicacións e os métodos preventivos de barreira.

—A percepción do risco de contraer enfermidades, dificultado polo sentimento de invulnerabilidade propio desta idade.

— A necesidade de evitar o contacto sexual coa persoa infectada ata que estea curada. A parella debe ser informada, situación difícil nos adolescentes.

Todo isto debe estar dentro do marco dunha educación afectivo-sexual integral, que inclúa tanto os aspectos técnicos como os emocionais. É importante crear un bo clima na relación médico-paciente para establecer confianza e comunicación en aspectos moi íntimos que non lle contan facilmente a persoas descoñecidas. Os adolescentes deben ser tratados con respecto e discreción e nunca deixar entrever os sentimentos ou valores morais do médico.

III. EMBARAZO NON DESEXADO

É unha situación crítica para a vida do adolescente porque implica un cambio profundo no seu proxecto de

futuro. Aínda que adoitan ter maior percepción do risco que para contraer ETS, poden asumir relacións completas non protexidas, das cales se deriva un embarazo non planificado. Esta circunstancia non é desexable para a parella, a súa familia, o novo ser, nin para a sociedade. Ademais, as mulleres adolescentes son máis susceptibles á morbimortalidade da xestación e ó aborto espontáneo.

Aínda que nos últimos anos hai unha tendencia a diminuír en número, aínda persisten cifras elevadas en menores de 20 anos, o que indica que os programas de prevención non conseguen os obxectivos desexados.

Nos Estados Unidos a taxa de embarazos empezou a diminuír a partir do ano 1986 de forma que en 1996 as cifras en mulleres entre 15-19 anos, era do 97/1000. Esta caída foi atribuída a unha maior abstinencia ou ó uso dunha contracepción adecuada. O feito de que a taxa diminuíse en mozos que xa tiñan fillos fai pensar que foi debida ó uso de contracepción, sobre todo dos métodos hormonais de acción prolongada, inxectables ou de implante, pouco empregados polas adolescentes sen fillos. Tres cuartos da diminución na taxa de embarazos considerouse debida ás novas formas de contracepción hormonal e un cuarto á abstinencia.

Outro feito relevante é que diminuíu a taxa de interrupcións voluntarias do embarazo (IVE), sobre todo en adolescentes brancas non hispanas, tanto nas máis novas como nas de máis idade, mentres que aumentaron en mulleres maiores. Este feito é único nos Estados Unidos e non é identificable noutros países industrializados. As cifras de IVE son máis altas nas zonas urbanas ca nas rurais ou pequenas cidades, debido probablemente á menor dispoñibilidade de servicios nestas últimas.

En España as cifras son menos alarmantes pero existe unha tendencia ó aumento na década dos noventa. A taxa nacional de embarazo en 1990 era de 15,07 por mil en adolescentes de 15 a 19 anos, e no ano 2000 de 17,34. Á vez, a IVE no mesmo grupo de idade experimentou tamén unha elevación, polo que o total de interrupcións nos noventa foi de 4.979, e de 9.204 no 2000.

FACTORES DE RISCO

O máis importante é o coito non protexido. Xunto a este factor primordial cabe destacar a presencia doutros que tamén xogan un papel relevante:

—Un mal uso das medidas de prevención por descoñecemento e baixa dispoñibilidade de lugares a onde poder acudir para obter información e planificación.

—A dificultade de adaptación a sociedades competitivas, a migración a grandes cidades, o paro xuvenil, os costumes permisivos, a soidade ou a necesidade de gañar afecto poden ter un efecto predispoñente.

—A familia, sobre todo cando non existe comunicación ou non funciona, favorece o risco. Nalgúns casos existen antecedentes de embarazos xuvenís na nai ou irmás.

—Determinadas características psicolóxicas como a tendencia ó fracaso, dificultades para a maduración mental, problemas escolares e de adaptación social. En ocasións é unha busca inconsciente para conseguir vínculos afectivos, de superación da soidade ou de estabilizar as relacións coa parella.

—Os factores socioeconómicos non parecen ter moita importancia, pois o embarazo non desexado sucede en todas as clases sociais.

PRINCIPAIS PROBLEMAS

As dificultades do embarazo non planificado en adolescentes son moi diversas. Existe un alto índice de rexeitamento cunha maior propensión ó aborto espontáneo ou á interrupción voluntaria. Cando é aceptado, e se ten un bo apoio familiar e social, o prognóstico é bo para a nai e o neno. Se polo contrario a rapaza ten que facerlle fronte soa, sen apoio, a esta nova situación aparecen numerosos problemas:

1. Para a nai: limitación do desenvolvemento físico, sobre todo cando é moi nova e este non se completou porque entra en competitividade co novo ser. Ademais pode contribuír unha alimentación incorrecta, situación frecuente durante a xestación. Todo isto incrementa os riscos do embarazo e o parto.

Problemas psicosociais moi importantes polo temor e a dúbida sobre o futuro, non saber en quén confiar, frecuentes sentimentos de autodesprezo, baixa autoestima, illamento e tendencia á depresión. En moitos casos perde o curso ou nunca pode continuar os estudios, o que diminúe as posibilidades intelectuais e laborais futuras.

Noutros casos non existe parella estable ou o pai non se responsabiliza, co cal ten que enfrontarse soa, como nai solteira. Se se forza o matrimonio hai un alto índice de fracaso, maior número de fillos e máis seguidos, o que empeora aínda máis a precaria economía familiar.

2. Para o neno: a prematuridade e o baixo peso para a idade xestacional é frecuente, o que favorece a morbimortalidade perinatal. Ó longo dos primeiros anos de vida presentan problemas nutricionais, maior número de infeccións, accidentes e malos tratos.

Tamén son importantes os trastornos psicosociais, atraso na maduración motora e dificultades na atención. Son nenos difíciles, por mala relación nai/fillo, con problemas de comportamento e baixa capacidade intelectual. A falta de madurez da nai ten unha influencia moi negativa sobre o fillo.

3. Para o pai: os problemas do pai adolescente son de tipo psicosocial. Resúltalle difícil asumir o novo papel pola confusión de prioridades e a presencia de ambivalencias bloqueantes, como traballar ou estudiar, facer as dúas cousas á vez ou non poder decidir. Nesta situación emocional é máis fácil o fracaso.

A curto prazo presentan ansiedade, angustia e sentimento de culpa que

conduce á depresión, ó illamento social e a molestias físicas por somatización do conflicto emocional.

A longo prazo é difícil de prever, o máis frecuente son os conflictos coa parella e cos fillos.

Tanto á nai como ó pai, un embarazo non desexado sempre os marca.

MEDIDAS PARA EVITAR O EMBARAZO NON DESEXADO

É fundamental coñecer os métodos anticonceptivos. Esta información débese dar nos centros sanitarios, na escola e na familia. Non se debe confiar nos consellos dos amigos ou en revistas sen garantía.

A segunda recomendación é elixir un método de prevención adecuado á situación persoal, o máis indicado para os mozos é o preservativo porque protexe das ETS.

Se se ten parella estable o mellor é un anticonceptivo hormonal, que require a supervisión do médico para indicar o tipo e o control de posibles ETS xa que non as prevén.

Cando existe a posibilidade dunha relación sexual non protexida ou fallo do preservativo utilízase a píldora do día despois como medida urxente.

IV. INTERVENCIÓN DE EMERXENCIA

A contracepción postcoital ou de urxencia é un método hormonal, de recoñecida utilidade en casos de coito non protexido, especialmente en adolescentes, cando non asumen unha adecuada contracepción. É preventivo, non anticonceptivo. Actúa sobre o endometrio evitando que se produza un embarazo ó impedir a implantación do óvulo fecundado, sobre todo se se emprega antes das 72 horas.

Aínda que é un método eficaz non está exento de riscos e nunca debe ser considerado un método habitual. Debe ser administrado por persoal sanitario en centros de saúde, de planificación familiar e hospitais.

Os efectos secundarios máis frecuentes son náuseas, vómitos, tensión mamaria e alteracións menstruais. A cefalea e os mareos son ocasionais. Se o método falla hai posibilidade de embarazo ectópico nun 10% dos casos. Os fenómenos tromboembólicos son moi infrecuentes e non é teratóxeno.

As súas principais indicacións son: rotura de preservativo, esquecemento de píldoras en anticoncepción hormonal e relación imprevista non protexida.

En canto á poboación que utiliza o método, non se aprecian claras diferencias entre os que o usan unha ou múltiples veces, nin tampouco presentan máis factores de risco cós que non o usan.

En xeral, non se ten unha información técnica adecuada. A utilización deste método está en relación con varios factores:

—O coñecemento da súa existencia, ben a través dos pais, doutros amigos ou por propia información.

—A dispoñibilidade de centros de planificación familiar ou de atención médica onde se poida dispensar.

—O medio urbano: é moi utilizado polos adolescentes que viven en grandes cidades.

—A idade: solicítano sobre todo os menores de 19 anos.

O día da semana: o máis demandado é o luns.

V. SEXO SEGURO

É moi importante cándo e en qué circunstancias se decide ter relacións sexuais. Aínda que existen diferentes opinións ó respecto deberían atrasarse ata o momento no que se estea seguro de poder decidir con responsabilidade.

Independentemente da idade de comezo, o decisivo é evitar os problemas derivados dunha práctica irresponsable. O significado de "sexo seguro" é poñer de antemán todos os medios para non sufrir as consecuencias dun comportamento arriscado. Para iso debemos transmitirlles ós adolescentes valores e actitudes que lles axuden a modificar estilos de vida pouco saudables.

En segundo lugar, facilitarlles coñecementos básicos nas principais ETS: cómo descubrir os primeiros síntomas, buscar axuda médica, non automedicarse nin seguir os consellos de amigos, non pensar que se curou a enfermidade se desaparecen as molestias sen tratamento, localizar a parella se se demostra o contaxio para que sexa tratada, evitar o contacto sexual con afectados...

Utilizar o preservativo, masculino ou feminino, e facelo correctamente. Ter presente que as aplicacións vaxinais de antisépticos, ouriñar ou lavar os xenitais despois da relación non son medidas seguras de prevención.

Tamén deben saber que o embarazo é posible en calquera día do ciclo, e non é imprescindible que se produza a exaculación dentro da vaxina, porque previamente se elimina un líquido que contén espermatozoides.

Aínda que se debe aconsellar o atraso das relacións sexuais para dar tempo a alcanzar a maduración psicosocial que permita actuar responsablemente, respectarase sempre calquera decisión. Todos os adolescentes deben ter facilidade para consultar e recibir axuda.

VI. ESTRATEXIAS DE INTERVENCIÓN E PREVENCIÓN

Un importante obxectivo dentro da educación para a saúde é lograr que o adolescente consiga unha sexualidade sa e responsable, porque forma parte do benestar físico, mental e social, que é o verdadeiro concepto de saúde.

ANÁLISE DA SITUACIÓN

A maioría dos adolescentes teñen escasos coñecementos sobre sexualida-

de e contracepción e posúen poucas habilidades persoais e sociais neste campo. Comparativamente con épocas anteriores, teñen maior número de relacións completas, con parellas distintas e comezan a idades máis baixas. Tamén sabemos que non utilizan métodos anticonceptivos adecuados e ademais son inconstantes no seu uso. Todo isto favorece o embarazo non desexado e as ETS.

Non se debe ignorar esta realidade, temos que axudar a que se recoñezan como persoas sexualmente activas, para que sexan máis conscientes de utilizar medidas preventivas**.** Os programas de prevención conseguiron poucos efectos positivos sobre estes riscos, o cal fai pensar que deben ser modificados.

Un punto importante para mellorar os resultados sería acadar a "autoeficacia" no adolescente. Esta defínese como a capacidade de coñecer e organizar por si mesmos grupos de acción para lograr determinados obxectivos con éxito. Para iso hai que coñecer o comportamento xuvenil e as barreiras e retos con que se encontran. Por exemplo, a autoeficacia que ten un adolescente moi novo para utilizar ben o preservativo cunha nova parella é moi diferente da dun adulto con múltiples parellas, debido á falta de experiencia.

Sabemos que teñen erros importantes sobre o uso correcto do preservativo e que se suman ademais outros factores, como o consumo de drogas, que limita a capacidade de utilizar medidas seguras, o control sobre as emocións, a confusión, a inseguridade e o namoramento. Todo isto inflúe de forma negativa no momento de tomar as medidas adecuadas.

A autoeficacia relaciónase directamente coa capacidade de controlar as emocións. A maioría dos encontros sexuais entre adolescentes teñen que ver máis coa expresión de amor, a sintonía emocional coa parella, a atracción física, a excitación e a curiosidade que coa preparación técnica e verbal. Por iso, aínda que puidesen ter un comportamento planificado, existe a posibilidade de que as emocións e compulsións diminúan o control sobre a acción. Posiblemente os programas de prevención fracasen por non ter presentes estas circunstancias.

Os programas educativos na escola teñen unha influencia positiva e deben ser reforzados polos profesionais da saúde. Estes non poden desaproveitar as ocasións nas que os adolescentes acoden á consulta para fomentar entre eles actividades sexuais seguras.

É moi importante que os pediatras inclúan unha visita especial ó redor dos 11-12 anos para explicar os cambios que se van producir durante a adolescencia e promover estilos de vida saudables, en particular para a saúde sexual. A Academia Americana de Pediatría recomenda que esta visita teña unha duración de 45 minutos como mínimo, e que se inclúa tamén nela a prevención das ETS.

NIVEIS DE PREVENCIÓN

1. Prevención primaria: evitar o embarazo e as ETS.

2. Prevención secundaria: aumentar a oferta de servicios e lugares onde poidan acudir para información e tratamento.

3. Prevención terciaria: controlar o embarazo e mellorar os resultados perinatais, evitar os riscos ligados a factores socioeconómicos baixos, malnutrición, ilexitimidade, tabaco e drogas.

A PREVENCIÓN PRIMARIA

É a máis importante posto que evita que se produza o problema; realizarase mediante a *Educación Afectivo Sexual* (EAS). A Organización Mundial da Saúde defínea como "a integración dos aspectos somáticos, intelectuais, afectivos e sociais do ser sexual, realizada segundo unha serie de modalidades nas que se valoren a personalidade, a comunidade e o amor". A EAS compételles ós pais e compleméntase na escola. É parte da formación da personalidade, como os ideais e os valores; será gradual, personalizada e de acordo coa súa capacidade receptiva.

Para a planificación da EAS hai que ter en conta as seguintes características:

—Idade e nivel escolar para axustar a información.

—Coñecementos e actitudes sobre sexualidade e anticoncepción, para saber as necesidades que teñen.

—Lugar onde sitúan o punto de control dos acontecementos vitais, externo ou interno, para que aprendan que as cosas que lles sucedan dependen deles mesmos e non dos demais.

O contido da EAS comprende:

1º Medidas para a *formación persoal* nos puntos seguintes:

—Facilitar o coñecemento do corpo, a súa valoración e aceptación pola persoa.

—O recoñecemento e aceptación de ser home ou muller e o desenvolvemento do papel de cada un sen patróns ríxidos. Sentirse ben con un mesmo.

—Concibir a sexualidade como algo pracenteiro, sen inhibicións, natural; aceptar a posición propia e, sobre todo, respectar a das demais persoas. Saber escoitar, comunicarse, ser asertivos, expresar o que se quere, negociar e aprender a manexar os conflictos.

—Reflexionar sobre as emocións, analizalas, tomar decisións, avalialas e axustalas.

2º *Creación de valores*. Debe estimular o *atraso ou a abstinencia* sexual, pois algúns estudios demostran que a decisión de non ter relacións sexuais está en función dos valores persoais, máis que da posibilidade, oportunidade ou desexo de experimentación. Debe fomentar unha sexualidade responsable, en parella, con plena madurez de ambos, nun plano de igualdade, consentida e pracenteira para os dous e con coñecemento das consecuencias.

"Dentro da burbulla do amor", detalle de *O xardín das delicias,* de Hieronymus Bosch, c. 1510. Museo do Prado.

3º *Aconsellar e axudar os pais* para que comprendan a nova situación do fillo. Con frecuencia, cando intentan falarlles, prodúcense reaccións que frustran os pais, polo cal evitan tratar o tema no futuro.

Han de saber que a EAS debe comezar desde a infancia, non debe ser un feito novo na adolescencia. Nunca se deben gastar bromas, admitir a incomodidade persoal e hai que respectar a intimidade do fillo. Informar de que hai recursos na comunidade para axudar, libros, folletos orientativos, centros de planificación para mozos e profesionais sanitarios que coñecen e axudan o adolescente.

BIBLIOGRAFÍA

Andreu, A., T. Pumarola, B. Sanz, L. Sobrejano, J. Xercavins, O. Coll, Mª A. López e G. Codina, "Prevalencia de infección por *chlamydia trachomatis* determidada mediante métodos de biología molecular", *Enferm Infecc Microbiol Clin,* 20 (5), 2002, pp. 205-207.

Braverman, PK., "Sexually transmitted diseases in adolescents", *Med Clin North AM*, 84 (4), 2000, pp. 869-889.

Centers for Diseases Control and Prevention, *Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases,* MMWR, (RR-1), 1998, pp. 1-10.

Cook, RL., HC. Wisenfield, MA. Krohn, T. Zamborsky e SH. Scholle, "Barriers to screening sexually active adolescent women for chlamydia: a survey of primary care physicians", *J Adolesc Health*, 28 (3), 2001, pp. 204-210.

D'Alfonso, A., G. Carta, F. Buttari, G. Paolone e M. Moscarini, "Pregnancy in adolescence: Consequences and considerations", *Minerva Ginecol*, 52 (9), 2000, pp. 351-357.

De Seta, F., M. Riccoli, A. Sartore, D. de Santo, E. Grimaldi, G. Ricci, U. Wiesenfeld e S. Guaschino, "Sexual Behaviour and adolescence", *Minerva Ginecol*, 52 (9), 2000, pp. 339-344.

DiClemente, RJ., GM. Wingood, R. Crosby, BK. Cobb, K. Harrington, S. Davies, EW. Hook e MK. Oh, "Parental monitoring: association with adolescents's risk behaviours", *Pediatrics*, 107 (6), 2002, pp. 1363-1368.

Gilson, RJ. e A. Mindel, "Recent advances: sexually transmitted infections", BMJ, 322, 2001, pp. 1160-1164.

Glasier, A., "Emergency postcoital contraception", *N Engl J Med*, 337, 1997, pp. 1058-1064.

Golden, NH., WM. Seigel, M. Fisher, M. Schneider, E. Quijano, A. Suss, R. Bergensen, M. Seitz e D. Saunders, "Emergency contraception: pediatricians' knowledge, attitudes, and opinions", *Pediatrics*, 107 (2), 2001, 287-92.

Greydanus, DE., DR. Patel e ME. Rimszka, "Contraception in the adolescent: an update", *Pediatrics*, 107 (39), 2001, pp. 562-573.

Henshaw, S. K., e D. J. Feivelson, "Teenage abortion and pregnancy statistics by state", *Family Planning Perspectives 2000,* 32 (6), 1996, pp. 272-280.

Interrupción voluntaria del embarazo. Informe de 1991-2000. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 8, 2002, pp. 3-35.

Jewell, D., J. Tacchi e J. Donovan, "Teenage pregnancy: whose problem is it?", *Fam Pract*, 17 (6), 2000, pp. 522-528.

Kelley, S. S., E. A. Borawski, S. A. Flocke e K. J. Keen, "The role of sequential and concurrent sexually transmitted diseases among adolescents", *J Adolesc Health*, 32 (4), 2003, pp. 296-305.

Koonin LM., LT. Strauss, CE. Chrisman e WY. Parker, "Abortion Surveillance United States", *MMWR 2000*, 49 (11), 1997, pp. 1-43.

Mclihaney, JS., "Sexually transmitted infection and teenage sexuality", *J Am Obstet Gynecol,* 183 (2), 2000, pp. 334-339.

Resnick, SD., "Skin signs of sexually transmitted diseases in adolescents", *Adolesc Méd,* 12 (2), 2001, pp. 285-303.

Seamark, C., "Design or accident? The natural history of teenage pregnancy", *J R Soc Med,* 94 (6), 2001, pp. 282-85.

Sieving, R. E., J. A. Oliphant e R. Blum, "Adolescent sexual behaviour and sexual health", *Ped in Rev,* 23812, 2002, pp. 407-415.

Steele, RW., "Prevention and menagement of sexually trasnmitted diseases in adolescents", *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews,* 1 (2), 2000, pp. 315-326.

Wang, LY., M. Davis, L. Robin, J. Collings, K. Coyle e E. Baumier, "Economic evaluation of safer choices: a schoool-based human immunodeficiency virus, other sexually transmitted diseases, and pregnancy prevention program", *Arch Pediatr Adolesc Med*, 154 (10), 2000, pp. 1017-1024.

Wertheimer, RE., "Emergency postcoital contraception", *Am Fam Physician*, 62 (10), 2000, pp. 2287-92.

www.centrojoven.org. Páxina informativa do Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad de Madrid (San Vicente Ferrer, 86), instituído polo Ministerio de Asuntos Sociales.

www.gobcan.es/psc/syj/syj.htm. Guía educativa para un sexo máis seguro, 1997. Plan Canario de Educación y Atención a la Sexualidad Juvenil, Servicio Canario de Salud.

♦♦♦

P. Brañas, "Enfermidades de transmisión sexual. Embarazo non desexado. Intervención educativa. Sexo seguro. Estratexias de prevención e intervención", *Revista Galega do Ensino,* núm. 40, Outubro 2003 (Especial *Saúde nas aulas*), pp. 283-298.

Resumo: Os problemas derivados da actividade sexual nos adolescentes son o embarazo non desexado e as enfermidades de transmisión sexual, e ambos poden ser evitados. Pola súa banda, os dous están relacionados coa presencia de factores de risco no seu comportamento. A planificación dos programas preventivos debe ter en conta cómo se comportan e qué dificultades teñen ata lograr unha sexualidade responsable.

Palabras chave: Adolescencia. Sexualidade. Prevención. Embarazo non desexado. Infección sexual.

Resumen: Los problemas derivados de la actividad sexual en adolescentes son el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual, y ambos pueden ser evitados. A su vez, los dos están relacionados con la presencia de factores de riesgo en su comportamiento. La planificación de los programas preventivos debe tener en cuenta cómo se comportan y qué dificultades tienen hasta lograr una sexualidad responsable.

Palabras clave: Adolescencia. Sexualidad. Prevención. Embarazo no deseado. Infección sexual.

Summary: The consequences associated with sexual activities in adolescents are unwanted pregnancies and sexually transmitted diseases. Both of them can be avoided. At the same time, they are related to the presence of risk factors in sexual behaviour. The prevention programmes have to implement behavioural strategies in order to achieve sexual responsibility.

Key-words: Adolescence. Sexuality. Prevention. Unwanted pregnancy. Sexually transmitted diseases.

— Data de recepción da versión definitiva deste artigo: 5-05-2003.