

Las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes españoles

Risky sexual behaviour in Spanish adolescents

M^a Dolores García Polanco

Centro de planificación familiar de Gijón

Manuscrito recibido: 11-01-2014

Manuscrito aceptado: 27-01-2014

Cómo citar este documento

García Polanco M D. Las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes españoles. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2014 May; 2 (2): 38-61

Resumen

Los adolescentes españoles tienden a iniciar relaciones sexuales completas cada vez más precozmente, con un patrón caracterizado por el coitocentrismo, el uso inconstante del preservativo y la no utilización de otros métodos anticonceptivos. También se observan importantes déficits de información sobre sexualidad entre los jóvenes.

Los datos subrayan la necesidad de una educación sexual que proteja y garantice altos niveles de salud sexual y calidad de vida a los adolescentes.

Para priorizar estrategias de salud sexual, resulta importante identificar práctica, actitudes y factores relacionados con las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes españoles.

Los profesionales de la enfermería tienen un papel fundamental en la educación sexual de los adolescentes, puesto que realizan actividades relacionadas con la promoción y asesoramiento sobre conductas sexuales saludables, y también participan en las de fomento y educación en torno a aquellos factores de la sexualidad que inciden directamente sobre la población joven.

Palabras Clave

Adolescentes, conducta sexual

Abstract

Spanish adolescents tend to start full sexual relations increasingly early, with a pattern characterized by penetrative intercourse, inconsistent use of condoms and the absence of other types of contraception. An important lack of information about sexuality has also been observed among adolescents.

The data highlights the need for sexual education which protects adolescents and guarantees them a high degree of sexual health and quality of life.

In order to prioritize sexual health strategies, it is important to identify Spanish adolescents' sexual practices, attitudes and other factors related to risky behavior.

Nursing professionals have a fundamental role to play in the sexual education of adolescents, since they give advice about and carry out activities promoting safe sex. They also participate in promotional and educational activities related to sexual factors which directly affect the youth population.

Keywords

Adolescents, sexual behavior.



Introducción y justificación

1. Concepto de adolescencia.

La palabra **adolescencia** viene de la latina *adolescencia*, que expresa idea de crecimiento, desarrollo, ardor. En la versión actual del diccionario de la Real Academia Española se define como la «*edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo*»¹.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años. Diferencia en ella dos periodos: la adolescencia temprana, de 10 a 14 años, y la tardía, de 15 a 19 años². Hay un amplio consenso en considerarla una etapa fundamental de la vida en la que se producen procesos claves en el desarrollo y formación del individuo: descubrimiento de la propia identidad, maduración sexual, etc.



(Fuente: Google)

2. El estado de salud de los adolescentes

La mayoría de los jóvenes están sanos. Sin embargo, cada año se registran más de 2,6 millones de defunciones en la población de 15 a 24 años.

En la adolescencia, los principales problemas de salud vienen provocados por la práctica de comportamientos de riesgo.

Los accidentes, el consumo drogas y las prácticas sexuales de riesgo, junto con los suicidios, constituyen las principales causas de morbilidad y mortalidad entre los adolescentes³.

2.1. Salud sexual y reproductiva

La mayoría de las personas inician su vida sexual durante la adolescencia. Pero el uso de anticonceptivos y preservativos es limitado entre los jóvenes. Cada año, el 11 % de los alumbramientos producidos en el mundo (unos 16 millones) corresponde a niñas de entre 15 a 19 años. El número de abortos en adolescentes supera los 2,5 millones³.

En España, en los últimos años asistimos a un incremento de interrupciones voluntarias del embarazo (I.V.E.) en adolescentes. En el 2002 fue de 9,28 (tasa por cada 1.000 mujeres de menos de 20 años), y en el 2011, de 13,67, índice que corresponde a 14.586 I.V.E.s. De estos, 13.068 fueron a petición de la mujer, y 2.013 corresponden a adolescentes que habían abortado anteriormente⁴.

El incremento habido en este periodo parece estar relacionado con el de prácticas sexuales de riesgo: una iniciación sexual más precoz, mayor número de parejas sexuales y no uso del preservativo o de otras medidas anticonceptivas.

2.2. VIH

En 2009 la población de 15 a 24 años sufrió aproximadamente el 40% de los casos de infecciones nuevas por VIH registrados entre los adultos en todo el mundo. Por ello, resulta particularmente importante que la juventud sepa cómo protegerse y disponga de los medios necesarios para ello. En la actualidad, entre los jóvenes solo el 36% de los hombres y el 24% de las mujeres tienen conocimientos amplios y correctos para protegerse contra el virus. El VIH/sida es una de las cinco causas principales de muerte en este grupo de edad³.

Durante el año 2011, fueron diagnosticados en España 39 nuevos casos de VIH en el grupo de edad de 15 a 19 años, y 226 en el de 20 a 24⁵.

Objetivos

OBJETIVO GENERAL:

- Analizar las conductas sexuales de riesgo entre los adolescentes españoles.



(Fuente: Google)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir las prácticas sexuales y actitudes de los adolescentes españoles hacia la sexualidad.



(Fuente: Google)

- Analizar las variables relacionadas con las prácticas sexuales de riesgo.



(Fuente: Google)

- Describir las consecuencias de las prácticas sexuales de riesgo de los adolescentes españoles.



(Fuente: Google)

- Analizar las estrategias de prevención que se llevan a cabo.



(Fuente: Google)

Método

1. Estrategia de búsqueda

Se realiza una búsqueda bibliográfica a partir de fuentes documentales secundarias textuales en diferentes bases de datos on line: PudMed-Medline, Cochrane Plus, Joanna Briggs Institute (JBI), Ibecs, Scielo y Cuiden, utilizando las siguientes palabras clave y su traducción al lenguaje documental por medio de los descriptores en ciencias de la salud (DeCS):

- Adolescentes-Adolescents
- Conducta sexual-Sexual Behaviour

Además de la búsqueda en las bases de datos, se ha llevado a cabo una búsqueda en fuentes primarias, búsquedas manuales en listas de referencias de artículos y revistas especializadas y una búsqueda de encuestas sobre sexualidad llevadas a cabo por instituciones en España a través de sus páginas web. También fueron consultadas páginas web de organismos sanitarios internacionales (OMS, UNESCO).

Estas búsquedas fueron realizadas entre diciembre de 2012 y enero de 2013.

2. Selección de los estudios y encuestas

Los criterios de inclusión de los estudios fueron los siguientes:

- a) Desarrollado en España.
- b) Con información sobre los conocimientos, actitudes o comportamientos relativos a la sexualidad .Cualquiera de los tres ítems.
- c) Realizado en una muestra de la población general de adolescentes que comprendiera el intervalo de edad de 10-19 años o que la incluyera si el intervalo era distinto.
- d) Escrito en inglés o castellano.
- e) Posteriores a 2007.



3. Resultados

Con la estrategia de búsqueda inicial, se identifican 176 artículos. Tras la lectura de los resúmenes, se excluyen 145 por no cumplir alguno de los criterios de inclusión. La muestra final de los estudios publicados contiene 29 artículos.

En relación con la búsqueda de encuestas llevadas a cabo por instituciones y equipos españoles, se localizaron siete.

Las características de la búsqueda, los estudios y encuestas revisados se presentan en el anexo 1, tablas 1, 2 y 3.

Desarrollo

1. Descripción de las prácticas sexuales y actitudes de los adolescentes españoles hacia la sexualidad

En la actualidad, las relaciones de pareja se encuentran en constante cambio. Términos como «rollo» o «amigos con derecho a roce» son habituales para calificar las relaciones que tienen un componente sexual, y en ocasiones afectivo, en las que no se establece un compromiso emocional, de exclusividad o con fines reproductivos⁶.

Diversos estudios han intentado describir las prácticas sexuales de los adolescentes españoles. El análisis de estos trabajos muestra un patrón caracterizado por un marcado coitocentrismo, con inicio cada vez más precoz de las relaciones completas y sin usar las protecciones adecuadas y necesarias. Mientras que a edades adultas y con mejor formación las relaciones sexuales pueden contemplar diferentes componentes además del coito, en la adolescencia parece que se tiende más a este tipo de relación. Esta presión parece estar promovida por el entorno mediático de la juventud actual (películas, cómics, etc.)⁷.

La edad de inicio de las prácticas sexuales completas se sitúa entre 14,15 y 15,28 años⁸. Esta iniciación más temprana supone una mayor exposición a los riesgos por carecer a esas edades de suficiente información y de habilidades para la gestión responsable de los mismos. Aunque suelen ser los chicos los que se inician primero en las prácticas sexuales, no se observan diferencias significativas en el porcentaje de chicos y chicas que informan haber tenido relaciones completas antes de los 16 años de edad, situándose este porcentaje en el 34,6% de este grupo de población⁸⁻¹⁰. En cuanto a la persona con la que inician sus relaciones sexuales, los hombres se dividen entre la pareja estable y una pareja ocasional o desconocida, mientras que las chicas afirman haberlo hecho con su pareja estable en un 69,6 %¹¹. Son los chicos los que tienen mayor número de parejas y los que más mantienen relaciones con parejas ocasionales o esporádicas^{8,12,13} (anexo 1-tabla 4). Según el estudio INJUVE, las chicas mantienen relaciones de manera más frecuente (diario o semanal) que los chicos (alguna vez al mes o más esporádicamente)¹⁴.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos o de protección, el preservativo es el método que más utilizan los adolescentes en su primera relación^{8,11,14}. Según la Encuesta de Salud Sexual 2009, el 61,4% de los chicos que tuvieron relaciones en los últimos 12 meses utilizaron siempre el preservativo, casi siempre el 12,5, algunas veces el 2,3 %, casi nunca el 4,5%, y nunca el 8%. El preservativo femenino es usado por el 1,9 % de las chicas y el 13,2 % toma la píldora¹¹. La estabilidad de las relaciones, así como el uso y conocimiento de otros métodos anticonceptivos (especialmente la píldora entre las chicas) hace que los adolescentes de mayor edad utilicen menos el preservativo¹¹. A pesar de ser evidente la

relación entre las prácticas de riesgo y el aumento de los embarazos no deseados, el 12,1% de los adolescentes no utilizó método alguno para prevenir el embarazo en su última relación sexual completa. La «marcha atrás» fue utilizada por el 11,7%. Entre los que no han utilizado ningún método en su última relación, el 12,1 % aducen que no utilizan el preservativo porque reduce la sensibilidad, retraso en la eyaculación, precio, pérdida de espontaneidad⁸.



(Fuente: Google)

Respecto a la anticoncepción de emergencia, aunque se desconoce el porcentaje de adolescentes que han hecho uso de la misma, un estudio llevado a cabo en Cataluña¹⁵ ha proporcionado un dato sorprendente y preocupante: solo un 1,8% de las adolescentes que utilizaron la anticoncepción de emergencia lo hicieron una única vez; el 78,5% la ha tomado 2 veces y el resto más de dos veces. Mayoritariamente fueron chicas mayores de 16 años y la utilizaron principalmente los fines de semana.

Algunos de los patrones de conducta descritos anteriormente reflejan las opiniones de los adolescentes y su percepción de la sexualidad.

En el estudio Jóvenes y Diversidad Sexual realizado en el año 2010 por el Consejo de la Juventud de España¹⁶, con una muestra de 1.411 jóvenes entre los 15 y los 29 años (51% chicos y 49% chicas) , los resultados obtenidos señalan que una mayoría de los adolescentes encuestados entre 15 y 19 años, el 53%, declara conceder a la sexualidad un lugar muy importante o bastante importante en sus vidas, frente al 11,1 % que afirma que la sexualidad es de nula importancia para ellos y el 66,9% consideran que la sexualidad es necesaria para el equilibrio personal.



(Fuente: Google)

Además de las diferencias de sexo, otras variables que influyen en las opiniones y actitudes de los adolescentes son el hábitat, la nacionalidad y la religión. Así, en los medios rurales o semirurales predomina las visiones hedonista y reproductiva; los jóvenes emigrantes se suman a la reproductiva; en concreto, son los adolescentes de origen marroquí, quienes manifiestan un mayor acuerdo con esta visión; y los católicos practicantes y los creyentes de otras religiones tienen una concepción reproductiva frente a la tendencia hedonista de los no creyentes, ateos y agnósticos.

Un indicador de liberalización son las actitudes sobre diversidad afectivo-sexual. De acuerdo con el sondeo del INJUVE sobre este tema, el 76,9 % de los adolescentes entre 15-19 años encuestados aprueba el matrimonio entre personas del mismo sexo. Los datos del citado sondeo reflejan sin embargo que en el entorno adolescente persisten aún rasgos muy evidentes de homofobia y discriminación, que se manifiesta en forma de hostilidad, insultos y burlas.

En cuanto a información sobre sexualidad, llama la atención el poco interés mostrado, tanto por los chicos como por las chicas, en recibir más información, hasta el punto que casi la mitad de los adolescentes de ambos sexos responden que no hay ningún tema sobre el que quieren o hubieran querido tener más información. (anexo 1-tabla 5)

Aunque se observa un cambio de los estereotipos de género más tradicionales que asignaban al varón el mundo de la actividad y del sexo (descargado de la afectividad) y a la mujer el papel más pasivo y una práctica del sexo más asociada al mundo afectivo se siguen manteniendo en gran medida las desigualdades de género en salud sexual y reproductiva^{6,7}.

2. Variables relacionadas con las prácticas sexuales de riesgo



- La educación sexual recibida es deficiente lo que conlleva a una escasa información sobre anticoncepción y sexualidad. Su información suele ser superficial y estar basada, fundamentalmente, en conversaciones con amigos y compañeros y en lo que leen en revistas o ven en televisión¹¹.
- Factores biológicos, como el adelanto de la menarquia.

- Variables personales como el coeficiente intelectual, el rendimiento académico o la capacidad cognitiva y conductual son igualmente factores de gran importancia en el comportamiento sexual del adolescente¹⁷. Otro factor importante son las creencias erróneas¹⁸. Entre los adolescentes existe la creencia de que la primera vez que «lo» hace una chica hay menos riesgo de embarazo, e incluso no hay posibilidad de él. O que la marcha atrás es un método preventivo eficaz⁷.
- Variables sociales, culturales y familiares. Se sabe que los menos cualificados académicamente (estudios primarios) tienen más dificultades para acceder al uso de preservativos^{14, 19}.
- Creencias religiosas. La progresivamente menor presencia de los valores religiosos y de la autoridad religiosa entre nuestros jóvenes influye, en consecuencia, mucho en el inicio de la actividad coital¹⁴.
- Consumo de alcohol y otras drogas. Factores de riesgo que se acentúan con la facilidad de acceso a estas sustancias, las actitudes permisivas en el entorno familiar y los hábitos de consumo en el círculo social del adolescente, que le inducen a compartirlos²⁰⁻²².

3. Consecuencias de las prácticas sexuales de riesgo de los adolescentes

3.1. Maternidad adolescente

Los nacimientos de madres adolescentes representan el 11% de todos los nacimientos a nivel mundial. En España, durante el año 2011 el número de nacidos de madres menores de 20 años fue de 10413, el 33% fueron de madre extranjera²³ (anexo 1-tabla 6).

El embarazo en la adolescencia generalmente no planificado y no deseado cuando aún se está en una fase formativa, de adquisición de conocimientos y configurando la trayectoria futura e incluso la personalidad, supone un impacto negativo sobre el estado físico, emocional y económico de las jóvenes ya que son estas las que se ven afectadas en mayor medida por tales circunstancias²⁴.



(Fuente: Google)

3.2. Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

Muchos de los embarazos en la adolescencia acaban en abortos. En España durante el año 2011 se realizaron en total 118.359 I.V.E. s, de los cuales 14.586 (12,32% del total) corresponden a chicas menores de 20 años (455 corresponden a chicas menores de 15 años). En este grupo de edad < de 20 años, 13.068 I.V.E.s (98,5%) fueron a petición de la mujer.

Entre las adolescentes que abortaron, el 31% informaron que no habían utilizado ningún método anticonceptivo, mientras que el 32,24% habían empleado un método de barrera.

Un hecho relevante es que el 12,45% de estas mujeres habían tenido un aborto previo y el 1,74% dos. Además, el 9,25 % habían sido madres con anterioridad (el 1% tenían dos hijos)⁴. Estas cifras, son muy significativas y alertan sobre la existencia de un grupo de población susceptible, especialmente vulnerable, que puede reincidir en una conducta de riesgo, utilizar el IVE como «método anticonceptivo» o ser madres precoces.

Diversos estudios han puesto de manifiesto las repercusiones psicológicas que la IVE tiene para la mujer adolescente que la practica. Así, se ha relacionado con un mayor riesgo de depresión, ideación suicida, dependencia de las drogas y problemas globales de salud mental²⁵⁻²⁷.

Igualmente, se ha intentado relacionar los abortos en la adolescencia con posibles complicaciones y secuelas fisiológicas. En ese sentido, un informe de la OMS asegura que la mayoría de las mujeres que tienen un aborto adecuadamente realizado no sufrirán ningún tipo de secuelas a largo plazo en su salud general ni reproductiva²⁸.

3.3. Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Un estudio realizado en Cataluña de 500 jóvenes con edades comprendidas entre los 16 y 35 años se encontró, una prevalencia de *C. trachomatis* para los menores de 25 años del 5,8% y de *N. gonorrhoeae* del 0,5%²⁹.

Otro estudio también realizado con jóvenes en Cataluña concluye que tienen conocimientos parciales sobre el sida y escasos sobre otras ITS³⁰.

En la actualidad no se dispone de datos desagregados acerca de la incidencia de ITS en los adolescentes.

4. Análisis de las estrategias de prevención que se llevan a cabo

De la descripción de las prácticas sexuales entre los adolescentes se desprende la necesidad de implantar estrategias dirigidas a fomentar una sexualidad sana y responsable y prevenir las conductas de riesgo. Hasta el momento, la mayor parte de los programas se han orientado al desarrollo de intervenciones educativas, principalmente en la escuela.

En España existe un marco legal que apoya el desarrollo de las actividades en materia de educación sexual en las aulas³¹⁻³³.

"Un informe de la OMS asegura que la mayoría de las mujeres que tienen un aborto adecuadamente realizado no sufrirán ningún tipo de secuelas a largo plazo en su salud general ni reproductiva"

Los resultados de los estudios que han evaluado la efectividad de las intervenciones educativas son contradictorios³⁴⁻³⁹.

Muchas de las intervenciones preventivas que se realizan en adolescentes suelen centrarse exclusivamente en la disminución de embarazos y de enfermedades de transmisión sexual con mención especial del SIDA, restringiéndose el mensaje a considerar el acto sexual como mero acto lúdico que conlleva unos riesgos que hay que tratar de evitar, quedando el amor, el enamoramiento y el compromiso fuera de estas intervenciones. Es decir, se trata de programas que se centran en el sexo más que en la sexualidad.



(Fuente: Google)

En España, a pesar del marco normativo existente, el papel del sistema educativo en educación sexual aparece muy debilitado. La educación afectivo-sexual ha desaparecido prácticamente de las aulas, limitándose a aspectos de anatomía y biología.

Fuera de estas actividades transversales en el seno de las respectivas asignaturas, las intervenciones en el ámbito de la educación para la salud se han quedado reducidas mayoritariamente al esfuerzo voluntarista de algunos pequeños núcleos de profesores o la presencia ocasional y puntual en las aulas de ONGs o de profesionales del sistema sanitario⁷.

Se ha intentado dar continuidad a los programas de educación afectivo-sexual, a través de iniciativas institucionales que impliquen a distintas administraciones. Un ejemplo de este tipo de iniciativas es el programa Forma Joven de la Junta de Andalucía, que nace en el año 2001 con el objetivo de reducir la morbi-mortalidad y mejorar la respuesta a los problemas de salud de adolescentes y jóvenes. Este programa aparece citado en muchas publicaciones pero no se ha encontrado ninguna evaluación del mismo⁴⁰.

Respecto al sistema de salud no parece ser percibido por las chicas jóvenes y menos aún por los chicos como un espacio accesible para obtener información y consejo sobre salud sexual y reproductiva. Aunque en algunos casos el personal sanitario colabora con los centros educativos impartiendo «charlas», la mayoría de las veces centradas en los aspectos anatómicos y biológicos y en la información sobre métodos anticonceptivos, este tipo de actividades puntuales se perciben como insuficientes y de efectividad limitada⁷.

En los medios de comunicación, las revistas y la televisión principalmente, el modelo de sexualidad que se transmite prioriza el placer y el coito. En general se puede decir que existe un abordaje que refuerza más los aspectos negativos que los positivos de lo afectivo-sexual. Se habla más de prevenir riesgos y de evitar problemas, que de cómo vivir lo afectivo-sexual de un modo más diverso, complejo, responsable y placentero.

Además, parece existir un esfuerzo insuficiente en la promoción y educación de la igualdad de género, y en el apoyo decidido a dicha igualdad, en los programas de educación afectivo-sexual en el sistema educativo y en el control de las imágenes transmitidas por la publicidad y los medios de comunicación⁷.

En Asturias, desde el año 2008 está en marcha el programa afectivo-sexual «Ni ogros ni princesas». Este programa, tiene como objetivo proporcionar una educación afectivo sexual basada en la salud y el placer, en el fomento de la autoestima y la autonomía personal, en la libertad de elección desde el conocimiento, en la igualdad de mujeres y hombres y en el respeto a la diversidad sexual.

La evaluación realizada del programa muestra un nivel de satisfacción alto, tanto de los alumnos que han participado en el mismo, como del profesorado implicado⁴¹.

Sería conveniente, no obstante, realizar una evaluación del impacto del programa, en términos de resultados de salud obtenidos.

En resumen, si bien no es realista esperar que un programa educativo logre por sí solo erradicar los riesgos que plantea el VIH y otras ITS o el embarazo no deseado, sí puede —si está adecuadamente diseñado e implementado— contribuir a reducir algunos de los riesgos y vulnerabilidades fundamentales.

Conclusiones

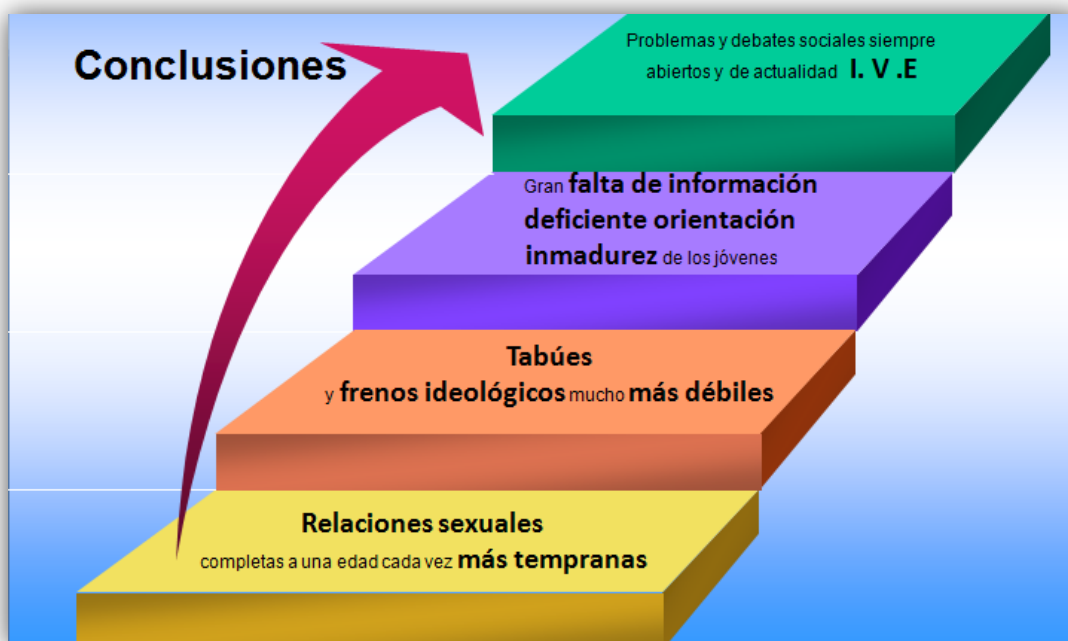
Como síntesis y conclusión de los datos y estudios anteriormente reseñados, obtenidos a partir de la revisión bibliográfica objeto de este trabajo, cabe destacar en primer término la tendencia de los adolescentes de nuestro país a mantener relaciones sexuales completas a una edad cada vez más temprana. Esas relaciones se producen en un contexto sociológico muy distinto al de las generaciones de sus padres y abuelos, sin la fortísima coerción religiosa y moral que tan determinante resultaba en épocas aún no muy lejanas y que se transmitía homogéneamente en el ámbito familiar, educativo, parroquial y en todas las esferas de socialización. En una sociedad como la actual mucho más libre y tolerante en todos los aspectos —singularmente en lo referente a la sexualidad—, que con frecuencia se muestra mudamente respetuosa, púdica o titubeante a la hora de orientar a los adolescentes respecto a las nuevas pulsiones biológicas y emocionales en su tránsito a la edad adulta, estos se inician en las prácticas sexuales y amorosas con tabúes y frenos ideológicos mucho más débiles que los de sus mayores, pero también con una gran falta de información y muy deficientemente orientados. Circunstancia que, sumada a la inmadurez propia de la adolescencia, expone a nuestra juventud a importantes riesgos.

Problemas y debates sociales siempre abiertos y de actualidad, como el de la interrupción voluntaria del embarazo, son en buena parte consecuencia de estos déficits y de las dificultades de la sociedad para resolver con acierto sus obligaciones de formar y asistir debidamente a todos los jóvenes —mujeres y varones— en un aspecto tan crucial.

Esos riesgos, cuya naturaleza y manifestaciones quedaron anteriormente expuestos, deben ser observados, prevenidos y, en todo lo posible, atajados mediante una intervención planificada en la que las responsabilidades que corresponden en exclusiva al ámbito familiar han de ser reforzadas y apoyadas con programas, servicios y acciones desarrolladas

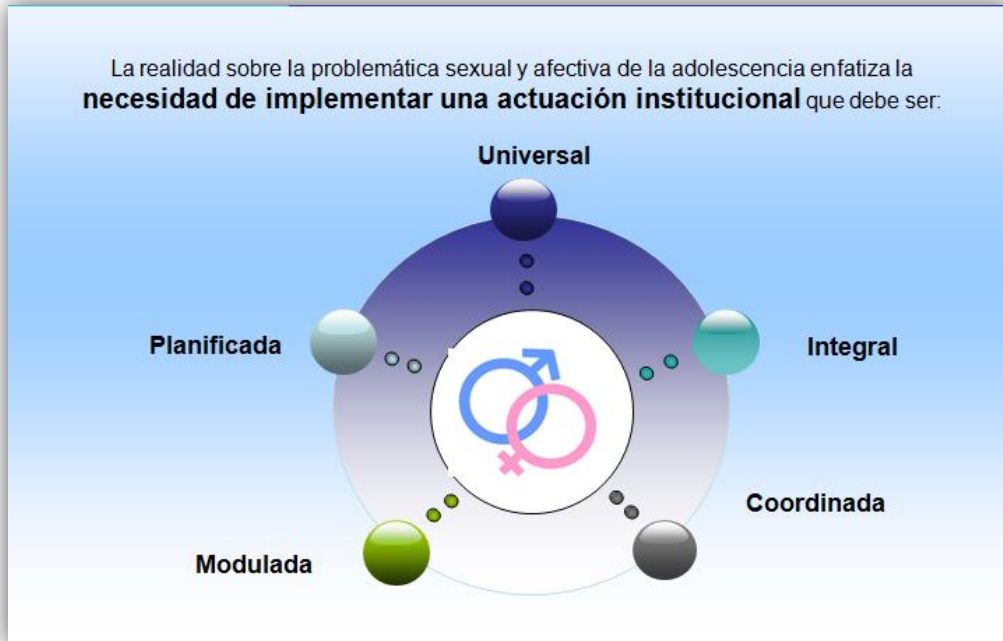
coordinadamente por las administraciones e instituciones sanitarias y educativas, en colaboración también con otras —cuando su existencia lo haga posible— como las específicamente creadas para orientar y ayudar a los jóvenes.

La realidad de nuestro contexto pone de manifiesto múltiples carencias. En el ámbito educativo, el desarrollo de los programas de Educación para la Salud (EPS) dependen de la voluntad de los centros, es decir, de la motivación o entusiasmo de los miembros de la comunidad educativa. El ámbito sanitario, muchas veces de manera justificada, no se percibe por los adolescentes como un recurso que dé respuesta a las necesidades de los jóvenes. No existen proyectos sólidos que garanticen la continuidad de las acciones. Y, además, no se evalúa el impacto de los programas en marcha.



La difícil realidad puesta de manifiesto por las estadísticas y estudios mencionados y la extraordinaria importancia que tanto individual como socialmente tiene la problemática sexual y afectiva de la adolescencia, especialmente en sus etapas de mayor confusión y desvalimiento, enfatiza la necesidad de implementar una actuación institucional que debe ser:

- Planificada, con objetivos, con programas y medios proporcionadamente dotados, y con sistemas de seguimiento y evaluación bien definidos.
- Universal, no condicionada a la voluntariedad de los agentes responsables. Que asegure su accesibilidad al cien por cien de los jóvenes.
- Integral, que aborde todos los aspectos que inciden en esta problemática: sanitarios, emocionales, psicológicos, socioeconómicos, etc.
- Coordinada, con participación tanto de las familias y de los jóvenes, a través de sus representantes, como de todas las instancias institucionales con responsabilidad en este campo.
- Modulada, adaptada a las características y necesidades colectivas e individuales y a los problemas específicos que se dan en distintos ambientes y grupos sociales.



Los profesionales de la salud, y específicamente los de Enfermería, tienen en todo ello un papel diferenciado y de notable importancia, puesto que a ellos les corresponde un mayor protagonismo en cuanto concierne a los riesgos para la salud y a las técnicas para prevenir enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, o para atenderlos cuando se producen. De hecho, frecuentemente vienen interviniendo en exclusiva en toda esta casuística, en ausencia de acciones en otros ámbitos —especialmente en el educativo—, puesto que son la instancia inevitable en situaciones críticas.



Es por esto que el ámbito sanitario tiene una especial responsabilidad e interés en promover la educación sexual de los jóvenes y todo cuanto le concierne, y debe seguir desarrollando un trabajo particularmente activo en esa promoción.



(Fuente: Google)

Bibliografía

1. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. 21 ed. Madrid: Espasa Calpe; 1992. Adolescencia; 45.
2. Fondo de las Naciones Unidas. Estado mundial de la infancia 2011: La adolescencia una época de oportunidades.
3. Organización Mundial de la Salud. Riesgos para la salud de los jóvenes. Ginebra: OMS; 2011. Nota descriptiva; 345.
4. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Interrupción Voluntaria del Embarazo 2011. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2011.
5. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en España. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2012.
6. Álvarez C, Linares M, Pastor G, Rodríguez L, Serrano J, Torres F. Evolución de las relaciones afectivo-sexuales en la adolescencia e impacto sobre la salud. Rev Paraninfo Digital. 2009;7.

7. Ministerio de Sanidad y Consumo. La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: <http://www.060.es>
8. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Las conductas relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes españoles 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2010.
9. García-Vega E, Menéndez E, Fernández P, Cuesta M. Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research*. 2012;5(1):79-87.
10. Rodríguez J, Traverso CI. Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. *Gac Sanit*. 2012; 26 (6): 519-524.
11. Ministerio de Sanidad y Política Social. Resumen Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Salud Sexual (2009). Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en: www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t04.htm
12. Equipo Daphne. 3ª Encuesta Bayer Shering Pharma 2009. Sexualidad y anticoncepción en la juventud española 2009.
13. Calatrava M, López del Burgo C, de Irala J. Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. *Med Clin (Barc)*. 2012; 138(12): 534-40.
14. Instituto de la Juventud de España. Jóvenes, Salud y Sexualidad 2008. Madrid: INJUVE: 2008. Disponible en: www.injuve.es > Inicio > Observatorio > Salud y sexualidad
15. Ros C, Miret M, Rué M. Estudio descriptivo sobre el uso de la anticoncepción de emergencia en Cataluña. Comparación entre una zona rural y una urbana. *Gac Sanit*. 2009; 23 (06): 496-500.
16. Instituto de la Juventud. Sondeo de opinión. Jóvenes y diversidad sexual: Tablas de resultados. Madrid: Instituto de la Juventud de España; 2010.
17. Orejón de Luna G, González Rodríguez MP. Los adolescentes con mejores resultados académicos y más habilidades sociales tienen menos conductas de riesgo en sus relaciones sexuales. *Evid Pediatr*. 2010: 6-37.
18. Gómez-Escalonilla Lorenzo B, Nombela Beltrán P, Mozas Lillo R, Marroyo Gordo JM^a, Gómez-Escalonilla Lorenzo M^a. Percepción del riesgo de infecciones de transmisión sexual y embarazos no planificados en nuestros adolescentes. *Enferm Comun (rev.digital)*. 2011 [acceso 415 de diciembre de 2012]; 7(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v7n2/ec7731.php>
19. Newman K, Harrison L, Dashiff C, Davies S. Relaciones entre los tipos de padres y comportamientos de riesgo en la salud del adolescente: una revisión bibliográfica integrada. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008; 16 (1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000100022>
20. López Larrosa S, Rodríguez-Arias Palomo JL. Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*. 2010; 22 (4): 568-573. Disponible en: www.psycothema.com
21. Puente D, Zabaleta E, Rodríguez-Blanco T, Cabanas M et al. Diferencias de género en conductas sexuales de riesgo en adolescentes en Cataluña. *Gac Sanit*. 2011; 25(01): 13-9.

22. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanza secundaria 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2010.
23. Instituto Nacional de Estadística. Instituto Nacional de Estadística; 2011. Movimiento Natural de la Población.
24. Delgado M, Zamora López F, Barrios L, Cámara N. Pautas anticonceptivas y maternidad adolescente en España. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid; 2011. Disponible en: Catálogo general de publicaciones oficiales: <http://publicacionesoficiales.boe.es/>
25. Reardon DC, Cogle JR, Rue VM, Shuping MW, Coleman PK, Ney PG. Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth. Canadian Medical Association. 2003; 168 (10): 1253-1256.
26. Fergusson DM, Horwood L J, Rider EM. Abortion in young women and subsequent mental health. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2006; 47 (1): 16-24.
27. Polaino Lorente A. Psicopatología e interrupción voluntaria del embarazo. Cuad. Bioét. 2009; XX (70): 357-380.
28. Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2ª ed. Ginebra. OMS; 2012.
29. Corbeto E, Lugo R, Martí E, Falguera G, Ros R, AVECILLA A et al. Prevalencia de la infección por *C. trachomatis* y *N. gonorrhoeae* y determinantes para su adquisición en jóvenes y adultos-jóvenes en Cataluña. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011; 29 (02).
30. Saura Sanjaume S, Fernández de Sanmamed Santos MJ, Vicens Vidal L, Puigvert Viu N, Mascort Nogué C, García Martínez J. Percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en población joven. Aten Primaria. 2010; 42 (3): 143-148.
31. Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. Boletín Oficial del Estado, nº 106, (4-5-2006). Disponible en: www.boe.es/boe/dias/2006/05/04/pdfs/A17158-17207.pdf
32. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, nº 55, (4-3-2010). Disponible en: www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf
33. Ley del Principado de Asturias 2/2011, de 11 de marzo, para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género. Boletín oficial del Principado de Asturias, nº 64, (18-3-2011).
34. Kirby D, Laris BA, Roller L. Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. J Adolesc Health. 2007; 40: 206-17.
35. Mueller T, Gavin L, Kulkarni A. The association between sex education and youth's engagement in sexual intercourse, age at first intercourse, and birth control use at first sex. J Adolesc Health. 2008; 42: 89-96.
36. Kohler PK, Manhart LE, Lafferty WE. Abstinence-only and comprehensive sex education and the initiation of sexual activity and teen pregnancy. J Adolesc Health. 2008; 42: 344-51.
37. Jara Rascón J, Alonso Sandoica E. Valoración ética de los programas de salud sexual en la adolescencia. Cuad. Bioét. 2011; XXII (74): 77-91.

38. García García MA, Cañada- de la Fuente GA, González Jiménez E, Fernández Castillo R, García García I. Educar en conductas sexuales saludables: Una innovación docente en promoción de la salud. Rev. Méd. Chile (Santiago). 2011; 139(10).
39. Hernández Martínez A, García Serrano I, Simón Hernández M, Coy Auñón R, García Fernández AM, Liante Peñarrubia E et al. Efectividad de un programa de educación sexual en adolescentes acerca de la adquisición de conocimientos y cambios de actitud ante el empleo de métodos anticonceptivos. Enferm Clin.2009; 19(3): 121-128.
40. Junta de Andalucía. Forma Joven. Disponible en: www.formajoven.org/
41. García-Vázquez J, Lena A, Suárez O. Evaluación de proceso del programa de educación afectivo-sexual Ni ogros ni princesas. GLOBAL Health Promotion 2012; 19: 78-86.



(Fuente: Google)

Anexo 1. Tablas.

Tabla 1: Estrategia de búsqueda

Pud-Med	Operadores booleanos	Limitadores	Art. encontrados	Art. seleccionados	Art. utilizados
Adolescents			1.548.348		
Adolescents and sexual behavior	and		26.427		
		Last 5 years and spanish	74	11	8

Cuiden	Operadores booleanos	Limitadores	Art. encontrados	Art. seleccionados	Art. utilizados
Adolescentes			574		
Adolescentes y conducta sexual	and		75	8	4

Cochrane Plus	Operadores booleanos	Limitadores	Art. encontrados	Art. seleccionados	Art. utilizados
Adolescentes			155		
Adolescentes y conducta sexual	and		2	1	1

(Fuente: Elaboración propia)

Tabla 2: Características de los estudios seleccionados de revistas científicas

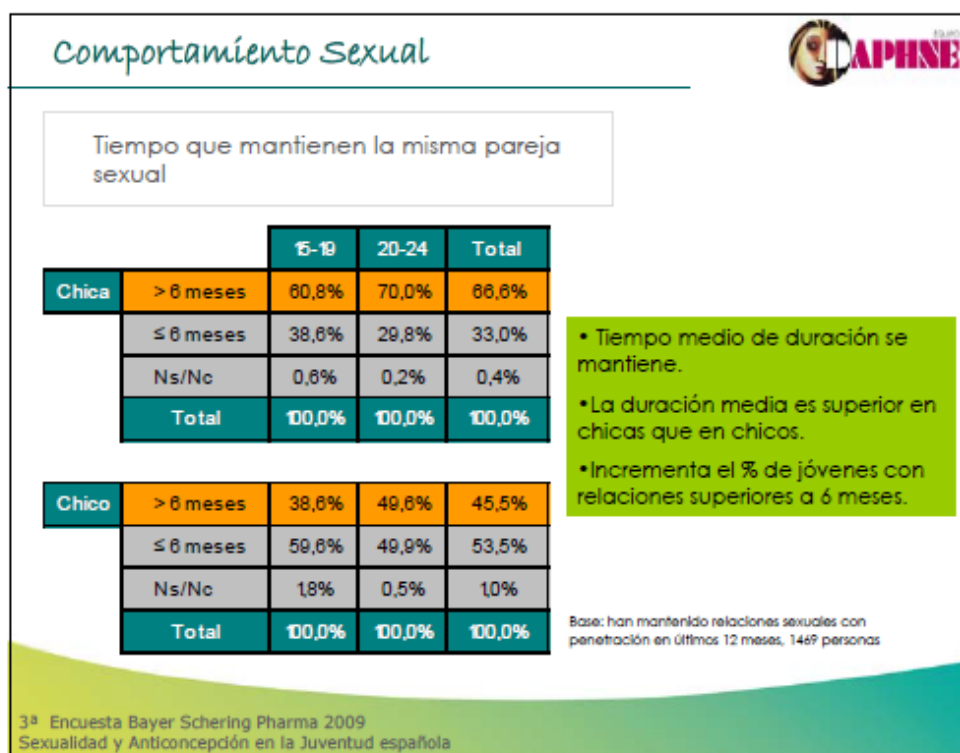
Lugar estudio	Nombre, año	Población	Tamaño muestral
Oviedo	Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes, 2011 ⁹	Estudiantes 13-19 años	815
Andalucía	Conductas sexuales en adolescentes de Andalucía, 2008 ¹⁰	12-17 años	2.225
Lérida y Barcelona	Estudio descriptivo sobre el uso de anticoncepción de emergencia en Cataluña, 2004-2007 ¹⁵	Mujeres en edad fértil	17.149
Torrijos (Toledo)	Percepción del riesgo de I.T.S. y embarazos no deseados..., 2010 ¹⁸	16-18 años	24
Galicia	Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas, 2010 ²⁰	12 a 18 años	2.440
Cataluña	Diferencias de género en conductas sexuales de riesgo, 2005-2006 ²¹	14-16 años	9.340
Barcelona	Prevalencia de <i>C. trachomatis</i> y <i>N. gonorrhoeae</i> , 2006-2007 ²⁹	16-35 años	500
Girona	Percepción de contraer una E.T.S. 2006-2008 ³⁰	15-21 años	34
Granada	Educación en conductas sexuales saludables..., 2008-2009 ³⁸	Estudiantes de 3º de la ESO	60
Albacete	Efectividad de un programa de Educación Sexual en adolescentes 2005-2006 ³⁹	16-17 años	481

(Fuente: Elaboración propia)

Tabla 3: Características de las encuestas realizadas por instituciones oficiales y equipos españoles

Nombre, año	Población	Tamaño muestral
HBSC, 2010 ⁸	Chicos y chicas españoles de 11 a 18 años	11.230
Resumen ejecutivo de la Encuesta Nacional de Salud Sexual, 2009 ¹¹	Mujeres y hombres a partir de 16 años	9.850
3ª Encuesta Daphne-Sexualidad y anticoncepción en la juventud Española 2009 ¹²	Jóvenes 15-24 años	2.000
Informe Juventud en España 2008 ¹⁴	Jóvenes 15-19 años	5.000
Estudio INJUVE Jóvenes y diversidad sexual 2010 ¹⁶	Jóvenes 15-29 años	1.411
ESTUDES, 2010 ²²	Estudiantes 14-18 años	31.967
Pautas anticonceptivas y maternidad adolescente en España 2011 ²⁴	Población femenina de 15 o más años residente en España	9.737

(Fuente: Elaboración propia)

Tabla 4: Encuesta DAPHNE 2009

Tabla 5: Resultados del sondeo de opinión Estudio INJUVE 2010
5. Y ¿hay algún TEMA de sexualidad sobre el que QUIERES O HUBIERAS QUERIDO obtener más información? (respuesta múltiple)

	Total	Sexo		Grupos de edad (3)		
		Varón	Mujer	15-19	20-24	25-29
Diversidad sexual (homosexualidad, lesbianismo, bisexualidad)	6,7%	4,5%	8,9%	6,5%	6,4%	7,0%
Transexualidad	4,5%	2,9%	6,2%	4,9%	4,9%	4,0%
Relaciones de pareja	15,6%	13,5%	17,7%	15,8%	15,2%	15,7%
Diversas concepciones de la sexualidad	7,1%	6,8%	7,3%	6,5%	6,6%	7,9%
Prácticas sexuales	11,7%	11,9%	11,5%	12,7%	12,4%	10,5%
Modelos de familia	9,0%	7,4%	10,7%	7,0%	7,5%	11,5%
Métodos anticonceptivos	21,0%	18,0%	24,1%	21,2%	21,6%	20,3%
Enfermedades de transmisión sexual	25,7%	23,4%	28,1%	24,9%	27,2%	25,2%
Otro tema	,9%	,6%	1,2%	1,0%	,2%	1,2%
Ninguno	45,1%	48,7%	41,5%	46,4%	43,7%	45,5%
N.S.	2,3%	2,6%	2,0%	1,8%	3,5%	1,7%
N.C.	,1%	,1%	,0%	,0%	,0%	,2%
TOTALES	149,7%	140,4%	159,2%	148,7%	149,2%	150,7%
	N=1411	N=717	N=694	N=396	N=453	N=572

Base: Conjunto de jóvenes

(Fuente: Sondeo de opinión Estudio INJUVE 2010)

Tabla 6: Nacidos en España en el año 2011 de madres < de 20 años

Edad de la madre	Total	Edad de la madre extranjera	Total
19 años	4.195	19 años	1.496
18 años	2.929	18 años	908
17 años	1.798	17 años	574
16 años	932	16 años	288
15 años	414	15 años	152
<de 15 años	145	<de 15 años	61
Total	10.413	Total	3.479

(Fuente: Instituto Nacional de Estadística)