



Editorial

## El preservativo entre los más jóvenes

Juan Madrid. Médico. Master en Salud Pública. Director del Centro Madrid Salud Joven. Madrid (España).  
Correo electrónico: cmsjoven@munimadrid.es

Términos clave en inglés: condoms:utilization; adolescent; adolescent behavior: psychology

Términos clave en español: uso del preservativo; adolescente; conducta del adolescente: psicología

Fecha de recepción: 18 de mayo de 2009

Fecha de aceptación: 20 de mayo de 2009

Fecha de publicación: 1 de junio de 2009

Evid Pediatr. 2009; 5: 34      doi: vol5/2009\_numero\_2/2009\_vol5\_numero2.2.htm

### Cómo citar este artículo

Madrid J. El preservativo entre los más jóvenes. Evid Pediatr.2009; 5: 34.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín por medio del ETOC en <http://www.aepap.org/EvidPediatr/etoc.htm>

Este artículo está disponible en: [http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol5/2009\\_numero\\_2/2009\\_vol5\\_numero2.2.htm](http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol5/2009_numero_2/2009_vol5_numero2.2.htm)

EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA es la revista oficial del Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. © 2005-09. Todos los derechos reservados. ISSN : 1885-7388

## El preservativo entre los más jóvenes

Juan Madrid. Médico. Master en Salud Pública. Director del Centro Madrid Salud Joven. Madrid (España).  
Correo electrónico: cmsjoven@munimadrid.es

El uso de medidas de protección contra el embarazo no planificado (ENP) y las infecciones de transmisión sexual (ITS) en la adolescencia están condicionadas por la especificidad de sus relaciones afectivas y emocionales, algunas dificultades en el manejo de métodos anticonceptivos (MA), déficit en la educación sexual y reproductiva y problemas para manejar los recursos sanitarios, entre otros<sup>1,2</sup>.

La edad de inicio de relaciones con penetración en menores de 20 años, varían según los estudios<sup>3-5</sup>, pero estaría entre los 16 y 17 años. Según el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT)<sup>6</sup> dirigido a población escolarizada entre 15-16 años de la Comunidad de Madrid, el 35,4% de los jóvenes ha tenido relaciones sexuales con penetración, de los cuales un 13,4% no han utilizado métodos de prevención del embarazo eficaces durante la última relación. Esta proporción es superior en los chicos (40,1%) que en las chicas (31,0%), así como en los jóvenes de 16 años (33,4%) frente a los de 15 (19,9%).

Según el último informe de juventud de 2008 (IJE2008)<sup>7</sup> la utilización de los MA para evitar embarazos e ITS, se mantiene estable, aunque ha mejorado entre los jóvenes españoles y son menos utilizados entre los inmigrantes, lo que explica el aumento del porcentaje de ENP (ha pasado de 9,9% en 2004 a 12,1% en 2008, registrándose un descenso hasta el 9,6% entre las jóvenes españolas y un incremento del 23,3% entre las extranjeras). Por eso, el IJE2008 llama la atención sobre la cuestión de la educación sexual y contraceptiva de los inmigrantes jóvenes. Por otra parte, el IJE2008 constata que los jóvenes se sienten año tras año, menos cohibidos a la hora de hablar de aspectos íntimos relativos a su sexualidad (en 2004 aceptaron contestar a preguntas sobre sexualidad el 65% y en 2008 ha sido el 74,4%).

Las investigaciones con perspectiva de género incorporan al estudio del comportamiento sexual cuestiones como las relaciones de poder entre géneros<sup>8</sup>, las representaciones sociales, y el análisis de las normas y creencias en torno al comportamiento sexual de cada género<sup>9</sup>. De ellas se desprende que los chicos se inician antes en las relaciones sexuales, tienen más parejas ocasionales y adoptan mayores riesgos. En cambio, las chicas suelen tener relaciones sexuales en el marco de una relación estable y asociada a una relación de amor y confianza<sup>10</sup>, hecho que suele llevar a sustituir el preservativo por otro tipo de métodos más orientados a la prevención de embarazos<sup>11</sup> que a la prevención del VIH/sida u otras ITS.

Parece que la situación actual mantiene en gran medida las desigualdades de género en salud sexual y reproductiva (SSR), especialmente en los estratos socioeconómicos más bajos. Las chicas siguen teniendo presiones para las

relaciones precoces y coitales, escasa capacidad para la negociación del uso del preservativo y deben asumir la responsabilidad y las posibles consecuencias de la anti-concepción de urgencia y en su caso de la IVE<sup>12</sup>.

El preservativo entendido exclusivamente como MA, tiene valores suficientes para operar como el MA juvenil por excelencia por su **fiabilidad**, por su **inocuidad** (los métodos hormonales, la "píldora" según ellas, "engordan", "afean", "hacen perder la silueta", "tienen contraindicaciones", "pueden generar cáncer" o "producir infertilidad"). Dichas creencias proyectan una imagen negativa sobre dichos métodos desincentivando su uso. Por su **accesibilidad**, no sólo porque es posible adquirirlo en muchos tipos de puntos de venta, sino porque excluye la prescripción y la supervisión médica. Y, por último, por la **adaptación** del preservativo a relaciones sexuales discontinuas. El resto de MA en la medida en que ofrecen una protección continuada durante un lapso amplio de tiempo, aparecen como un exceso superfluo. Sólo cuando la pareja se estabiliza la píldora se ve como MA alternativo al preservativo. En estudios como el publicado y comentado en este número<sup>12,13</sup> se describen diversos factores que influyen en la utilización de preservativos en una población de jóvenes.

Pero hemos considerado únicamente la comparación del preservativo con los MA que se consideran eficaces. Podemos considerar también tres alternativas, no propiamente anticonceptivas, instaladas en la población juvenil: la marcha atrás, el control de la ovulación y la píldora del día después (PDD). Estas tres alternativas, en algunas situaciones, visto desde los jóvenes, tienen la ventaja frente al preservativo de ser adecuadas al tipo de sexualidad no premeditada típica de los y las adolescentes.

De las entrevistas a jóvenes, profesionales sanitarios y de educación, padres y madres<sup>4</sup> se puede deducir que la información sobre SSR, incluida la información sobre anticoncepción, no está integrada en las vidas de los y las jóvenes, ni en sus experiencias. Otro resultado del citado estudio cualitativo es que el papel que están jugando actualmente los adultos en la prevención de los ENP y de la transmisión de las ITS es insuficiente. En el medio familiar, la sexualidad es uno de los temas menos hablados y conversados y la educación afectivo-sexual ha desaparecido prácticamente del sistema educativo. 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 SSR. En general se podría 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. Se confunde

la educación contraceptiva con la educación sexual<sup>14</sup>.

En los últimos años se observa un proceso de cambio de los estereotipos y tópicos de género más tradicionales que asignan al varón el mundo de la actividad y del sexo y a la mujer un papel más pasivo y una práctica del sexo más asociada al mundo afectivo. En las chicas más que en los chicos, y en las clases medias altas más que en las clases medias y medias bajas, se aprecia un cambio de los citados estereotipos en una línea más igualitaria, más activas las chicas y más afectivos los chicos<sup>15</sup>.

La juventud actual convive con una pluralidad de concepciones acerca de la sexualidad y la procreación. Frente a la tradicional concepción patriarcal, heterosexual e institucional, la evolución actual muestra formas diferentes de ejercicio de la sexualidad – y no sólo de la heterosexualidad – y del ejercicio de la procreación, en un entorno de relaciones más diversas entre mujeres y hombres, y con unos modelos familiares de referencia más plurales.

Según el estudio cualitativo del Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>4</sup>, en algunas jóvenes sudamericanas cabría asociar los ENP a su proceso de integración en la sociedad española. Este proceso puede suponer acumular los riesgos de la sociedad y cultura de origen a los de la española, sin haber desarrollado todavía habilidades para la gestión responsable y positiva de los riesgos. Por un lado, la cultura familiar de origen prescribe un amplio número de hijos como modelo de realización personal-social. Por otro, en España predominan objetivos vitales más personalizados y una sexualidad joven desvinculada de objetivos reproductivos. La cultura del "cortejo" existente en el país de origen genera la creencia del conocimiento y la confianza en el otro o la otra, que se mantiene en España pero con un "cortejo" mucho más corto. Esto puede dar la falsa impresión de seguridad y de no necesitar utilizar el preservativo, con el incremento del riesgo de embarazo e infección.

**Conflicto de intereses:** el autor declara no tener conflicto de intereses.

### Bibliografía:

- 1.- Antona A. Promoción de la salud y prevención de enfermedades sexuales. *Revista de Estudios de Juventud*. 2001; 55: 31-8.
- 2.- Madrid J, Antona, A. (2003). Reflexiones a propósito de la atención a adolescentes y jóvenes en salud sexual y reproductiva desde un servicio municipal de salud. *Revista de Estudios de Juventud*. 2003; 63: 63-73.
- 3.- Instituto Nacional de Estadística. Fecha de consulta 15 de mayo de 2009. Disponible en: <http://www.ine.es/ioe/ioeFicha.jsp?cod=30455>
- 4.- Ministerio de Sanidad, Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud- Observatorio de Salud de la Mujer. La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes. Madrid; 2007.
- 5.- Ayuntamiento de Madrid. Madrid Salud. Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid. Madrid; 2008.

6.- Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Año 2007. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*; 2008; vol 14: 4.

7.- Informe Juventud en España 2008. INJUVE. Observatorio de la Juventud, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2008.

8.- Faílde Garrido JM, Lameiras Fernández M, Bimbela Pedrosa JL. Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. *Gac Sanit*. 2008;22:511-9.

9.- Navarro-Pertusa E, Barbera Heredia E, Reig Ferrer A. Diferencias de género en motivación sexual. *Psicothema*. 2003;15: 395-400.

10.- Belza MJ, Koerting A, Suárez M. Jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por el VIH. Madrid: Fundación para la Investigación y Prevención del Sida en España; 2006.

11.- Bimbela JL, Jiménez JM, Alfaro N, Gutiérrez P, March JC. Uso del profiláctico entre la juventud en sus relaciones de coito vaginal. *Gac Sanit*. 2002;16:298-307.

12.- Manlove J, Ikramullah E, Terry-Humen E. Condom use and consistency among male adolescents in the United States. *J Adolesc Health*. 2008; 43:325-33.

13.- Esparza Olcina MJ, García Vera C. Factores que influyen en la utilización de preservativos en los varones adolescentes. *Evid Pediatr*. 2009; 5:41.

14.- Madrid J, Antona A, Fernández V. De píldoras parches y anillos. Anticoncepción: nuevas opciones, nuevos métodos. *Pediatría Integral*. 2006; Suplemento 1. 12-6.

15.- Conde F, Gabriel C. La concepción de la salud de los jóvenes. Informe 2004. Documentos Técnicos de Salud Pública. Dirección general de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Consumo. Madrid, 2004.