redefinir sus roles profesionales y hacer un esfuerzo por entenderse y dialogar, respetando cada una de ellas los derechos subjetivos de los restantes y no intentando imponer su criterio unilateral.

La industria farmacéutica en anticoncepción, tendrá que hacer un primer esfuerzo clarificando de una vez la información terapéutica real que posee de sus fármacos y efectos adversos, consiguiendo que se reflejen en la ficha técnica y el prospecto. Las Autoridades Sanitarias, tendrán que supervisar técnicamente esta función, pero procurando dejar a un lado el paternalismo en esta materia, no considerando que se deben omitir demasiadas indicaciones terapéuticas si no es absolutamente necesario, el Profesional Sanitario debe prescribir y aconsejar con arreglo a la información fidedigna que le han suministrado los anteriores y ellos obtengan profesionalmente y el Ciudadano-Paciente debe adquirir la mayoría de edad que se requiere en el correcto uso de los fármacos, cumpliendo las indicaciones terapéuticas.

Aunque en anticoncepción, contradiciendo una de las principales líneas ideológicas de la Asociación Española de Derecho Farmacéutico, (en contra de la automedicación), diré que excepto en aquellas contraindicaciones médicas que no discutiré, la población debe saber que puede y debe usar los anticonceptivos a discreción, siempre que quiera separar sexo de procreación, sin temor.

Pero para ello debe estar suficientemente informada, conocer la existencia de estos fármacos, tener la tranquilidad de su eficacia, saber usarlos y conocer sus riesgos y es a través del prospecto donde pueden empezar a resolverse sus dudas.

En conclusión, todos los prospectos no pueden ser iguales, ni todos los fármacos pueden acogerse a la misma normativa, ya que no todos tienen los mismos fines. Hay fármacos que mejoran la calidad de vida como son los destinados a la anticoncepción y uno de los fines de nuestra Asociación es defender el Derecho de la Población, no sólo a usarlos sino también, como en este caso, a disfrutarlos.

T033

FUTURO DE LA SALUD REPRODUCTIVA DE LOS/AS JOVENES.

A. Rus García.

Tema desde mi punto de vista muy oportuno en esta Mesa de Garantía de la Salud Reproductiva (SR) en la Población Joven-Adolescente, puesto que el FUTURO –en un sentido positivo– pasa por tener claros los diferentes aspectos que hay que satisfacer en SR a este grupo de población. Sería un futuro optimista.

Voy a partir de lo que entendemos como los objetivos a satisfacer para garantizar la SR en la población joven – adolescente.

1) El poder disfrutar de la sexualidad sin pérdida del "bienestar… …" (del nivel de salud).

- Embarazos no deseados.
- Enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Conflictos psicoemocionales (desde los abusos sexuales a cualquier vivencia de consecuencias negativas en las relaciones interpersonales).

2) El proporcionar, anticipadamente, los instrumentos para ello.

En el futuro lo deseable sería:

- La NORMALIZACION de la conducta sexual de la población joven en nuestra sociedad. Ello implica a todos los grupos y contextos en contacto con este grupo etario:
  1. Familia (Madre/Padre. Otros)
  2. Entorno escolar y de formación:
     Profesorado.
     Resto del personal trabajador del ámbito escolar (personal de limpieza, de administración, de bedelía, etc.)
     Grupos de iguales (diferencias socio económicas y culturales).
  3. Medios de comunicación social.
  4. Soportes culturales (libros, prensa, películas, etc.)
  5. Entornos de ocio (desde la discoteca a los vídeo – juegos).
  6. Profesionales de la salud:
     a) Actividad y forma de realizar la intervención. En este aspecto nos detenemos más adelante.
     b) Interacción con los otros grupos sociales (madre/padre, profesorado; técnicos de otras disciplinas).
     c) Farmacia ("accesibilidad a los preservativos"; costes).
  7. Políticos y políticas (planificación sanitaria; normativas).
  8. Grupos religiosos.

- Disponibilidad de instrumentos para promover la Salud Sexual Reproductiva (SSR):
  1. El aspecto de oferta anticonceptiva parece estar garantizando en nuestro medio por los lógicos intereses del mercado.
  2. Sin embargo, la oferta de otros servicios de SSR (IVE, ante abusos sexuales y malos tratos a la mujer y al hombre, programas de prevención, tanto primaria como secundaria, de ETS, etc.) no están satisfechos.
  3. La accesibilidad a la anticoncepción, hoy aún es un problema del futuro: la intercepción postcoital "no está en la escuela" ni siquiera en todo servicio sanitario en nuestro país.

- Investigación de:
  1. Comportamientos y cambios sociales. La población adolescentes – joven de hoy no es como lo de hace 15 años: demandas diferentes, información percibida, expectativas sociales……
     Equipos pluridisciplinares de investigación.
     Propuesta elaborada desde la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la C.A.M., para la recogida y manejo de la información en los Programas de Anticoncepción y Sexualidad para Población Adolescente.
  2. ¿Mejora de métodos anticonceptivos? ¿Qué se considera por "mejora"? ¿Se investiga en función de la demanda?
  3. De sistemas de diagnóstico asequibles y manejables en el sistema público.
     De vacunas frente a ETS (¿vacuna frente al PVH?).

En esta Mesa se ha hablado con anterioridad de la INFORMACION. Bien, pues para analizar la "actitud y forma de realizar nuestra intervención profesional", partamos de la *información* que desde el punto de vista médico, debemos satisfacer, y del cómo hacerlo.

La información en SSR para la población adolescente – joven, pretende objetivos similares a los planteados para otros grupos etarios y respecto a otros aspectos médico – sanitarios; esto es, satisfacer la información *clínicamente relevante y la información que en cada caso, se nos demande.*

Sin embargo, sí es diferente la *forma* como se va a plantear esa información, que va a estar *condicionada* por una serie de factores*:*

1. Bien por las circunstancias en las que se desarrolla: p.ej. en la demanda de anticoncepción postcoital, existe evidente miedo al embarazo; la/el adolescente tiene conocimientos erróneos: la postcoital es la píldora abortiva; siente miedo de que se entere el padre/ la madre …
2. Bien por las características de este grupo, en lo que a experiencias vitales/sexuales se refiere.
3. Bien por las propias inquietudes que surgen en los/as profesionales: con frecuencia se trata de menores de edad; son temas que tienen que ver con la propia concepción de la sexualidad o con la propia moralidad.

Para analizar algunos aspectos de estas diferencias, utilizaremos como ejemplo la contracepción hormonal oral (CHO).

La información que debe proponerse respecto a la "píldora" será, según hemos expuesto anteriormente, la siguiente:

1. La clínicamente relevante.
2. La que demande la/el adolescente.

Ambas entidades podemos conjugarlas si manejamos ciertas habilidades; la diferencia entre esos dos grupos es de percepción ya que la *forma* en que debe satisfacerse la información (2) puede reemplazar la forma como se propone habitualmente (1):

Información clínicamente relevante	Información demandada.
Forma de actuación de la píldora	¿Es el mejor método para evitar el embarazo? ¿Es eficaz 100%?
Efectos indeseables	¿Voy a engordar? ¿Aumentará el acné o el vello? ¿Dolerá el pecho y aumentará de volumen? ¿Disminuirá las ganas....?
Situaciones especiales: (olvidos, manchados, amenorrea, otros fármacos)	¿Qué ocurre si olvido alguna pastilla? ¿Puedo beber alcohol? ¿Puedo cambiar la hora de la toma si salgo? ¿Puedo seguir tomando los analgésicos para el dolor de regla? ¿Puedo cambiar el día de la regla?
Manejo de la píldora	¿Cómo se toma?

Velar por la SSR de la población adolescente, nos obliga a adoptar aquellas actitudes que hagan *más eficaz nuestra intervención;* a emplear *habilidades de comunicación,* hacia una forma de trabajo interactiva que incorpore los principios del desarrollo psicosocial de la persona adolescente. Este parece ser el único camino eficaz a la vista de los múltiples trabajos realizados sobre el uso inadecuado de los métodos anticonceptivos (*inobservancia* en el uso de CHO, uso incorrecto del preservativo) y de los indicadores de embarazo no deseado en este grupo de población.

El *asesoramiento*, supone:

A. Atender el motivo de interés o preocupación, que *no siempre es el manifestado.* (Explícito – Implícito).

B. Estar en disposición de debatir al respecto:

- *ESCUCHAR Y PROPONER.*
- *VOLVER A ESCUCHAR Y CONSENSUAR.*

Si tomamos como ejemplo, ahora, la elección de un método contraceptivo, tendremos, en primer lugar;

- que *INVESTIGAR* la elección que *probablemente* exista;
- posteriormente *INFORMAR* acerca de ese método;
- y, finalmente, *ESTIMULAR SU MOTIVACION.*

En los otros extremos estarían las siguientes conductas:

1. El concepto clásico prescriptivo, que debería quedar abolido, ya que el *adoctrinamiento* (“no es la usuaria la que elige”) lleva a la falta de cumplimiento del método (p.ej. en la toma de la píldora.)

2. La actitud de disuasión, amparándonos en criterios médicos, que pueden poner en riesgo la SSR de la adolescente. Tomemos como ejemplo el de una mujer de 16 años, con pareja *estable* – en este momento – que desea CHO, y toma fármacos antiepilécticos. Desde el enfoque clásico de la contracepción, existen dos *contraindicaciones* (fármacos antiepilécticos y probable cambio de pareja). Sin embargo, satisfacer este tipo de demanda requiere para su abordaje y resolución (uso de un método anticonceptivo eficaz) la metodología que planteamos:
   - Atender la demanda *INVESTIGANDO LA ELECCION*: CHO
   - – ¿La toma otra persona de *referencia* para ella (que pueda habérsela indicado) RESPUESTAS
   - – ¿Qué conocimientos tiene en torno a la CHO? RESPUESTAS
   - – ¿Lo que le angustia de forma prioritaria es el embarazo? RESPUESTAS
   - Informar acerca del método solicitado de forma *Individualizada.*
   - Proponer la CHO (*ESTIMULAR SU MOTIVACION)* y el uso del preservativo (*CONSENSUAR* el uso correcto de los dos métodos) RESPUESTAS

Esta forma de atención esta realmente *dirigida* por la/el usuaria/o; pero el/la sanitario/a, *acompaña* en todo momento sus decisiones, con sus conocimientos médicos que se basarán en la EVIDENCIA CIENTIFICA, *cuando la haya*.

Los aspectos de controversia científica que existen y existirán en SSR (particularmente mencionables los que se debaten respecto a la CHO) deben conocerse en profundidad pero para estar en disposición de valorar *su relevancia clínica en cada caso.*

Los/as sanitarios/as ni podemos ni debemos abstraernos del momento social en el que vivimos, ya que, entre otras cosas, condiciona la SSR de los/as adolescentes (por ejemplo la epidemia del VIH).

Ello nos lleva a analizar otro aspecto de interés puesto que, en asuntos relacionados con la sexualidad y la reproducción, pueden plantearse situaciones de desconcierto o de desconfianza en el/la sanitario/a con actuaciones bien de inhibición o defensivas. Sirvan para ilustrar lo que queremos decir las siguientes:

- ¿Insertar un DIU en cualquier día del ciclo?
- ¿Retirar un DIU de cavidad ante un embarazo eutópico confirmado?
- ¿Poner un DIU a una mujer que toma ácido retinoico y que no está dispuesta al uso de CHO?
- ¿La CHO en mujeres de menos de 20 años durante un período de 6 – 8 años de forma continuada?

La conducta defensiva puede llevar a no dispensar el método deseado (no insertar el DIU; no prescribir CHO), lo que en algunas situaciones clínicas (diferentes a

las descritas) será imperativo; pero en muchas otras (como las mencionadas), discutible. No olvidemos que, hasta hace no mucho tiempo, se negaba la inserción del DIU en una mujer nuligesta; o se condicionaba la toma de CHO a que hubieran pasado unos años desde la menarquia y/o la mujer presentara ciclos regulares; que era inaceptable la administración de CHO sin otro requisito que la anamnesis orientada; y que se retiraba el DIU ante la presencia de actinomices.

En este tipo de situaciones, cabe una conducta alternativa: la de la objetivación del problema, analizando con la usuaria los pros y contras de cada intervención. Esto es, más o menos, lo que se conoce como CONSENTIMIENTO INFORMADO. No es tema de esta ponencia profundizar en el modelo adecuado pero sí en cómo plantaer el solicitarlo. La actitud "defensiva" se percibe cuando ponemos el peso de la información en los efectos negativos; o cuando sustituimos el ACOMPAÑAMIENTO por el "tú verás"; o "condicionamos" nuestra actuación (inserción del DIU postcoital) a la firma del documento.

Si, por el contrario, *apoyamos* la elección de un método (por ejemplo el DIU postcoital) pero se *objetivan* posibles situaciones indeseables que debemos *verbalizar*, UNA VEZ TENEMOS CLARO QUE HAN SIDO COMPRENDIDAS POR LA/EL USUARIA/O, podremos recogerlas en un escrito. De este modo, la relación de confianza mutua no se resentirá.

Los objetivos específicos, por tanto, en el futuro a corto plazo de la SSR de la población joven – adolescente, podrían definirse como:

1. Disminuir los embarazos no deseados y los abortos que se derivan de ellos.
2. Normalizar la anticoncepción postcoital y, en general, garantizar la accesibilidad a la anticoncepción.
3. Monitorizar las características sociales de la población adolescente – joven.
4. Aumentar la prevención de ETS – "doble protección".

Bibliografía

1. Santow G y Bracher M. Low teenage pregnancy rate in sweden attributed to access to contraception. Stud Fam Plann. 30: 169 – 182,1999
2. Margarita Delgado. La Fecundidad Joven y Adolescente en España.. Con la asistencia técnica de: José Ramón Alvarez y Juana Mª Corraliza. Instituto de Economía y Geografía. C.S.I.C. 1998.
3. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use developed. Prog Hum Reprod Ses. 37: 6 – 7,1996
4. Declaración de consenso: mejora de la observancia (compliance) de las pacientes y de la eficacia de los anticonceptivos orales. Internacional working group on enhancing patient compliance and oral contraceptive efficacy. Br J Fam Plann. 18: 126 – 129,1993.

5. Declaración sobre anticoncepción para adolescentes. Grupo internacional para asesoramiento médico (IMAP). IPPF. 1993.
6. Chinwe C. y Nduka, M.D. Hepatic adenoma following short period of oral contraceptive use. J Am Board Fam Pract.12 (4): 337 – 339,1999
7. Davis A.J. Am J Obstet Gynecol. The role of hormonal contraception in adolescents.170 (5): 1581 – 1585,1994.
8. Benagiano G y Shedlin M.G.Cultural factors in oral contraceptive compliance. Advances in contraception. 8 (Supple 1): 47 – 56,1992.
9. Serfaty D. Medical aspects of oral contraceptive discontinuation. Advances in contraception.8 (Supple 1): 21 – 33, 1992.
10. Adams Hillard P.J. Oral contraception noncompliance: the extent of the problem. Advances in contraception. 8 (Supple 1): 13 – 20,1992.
11. Aquilino Polairo – Lorente.¿Puede aprenderse el comportamiento sano? En: Educación para la salud. Ed. Herder. 1990.
12. Aquilino Polairo – Lorente. Más allá de los médicos pero con los médicos. En Educación para la salud.. Ed. Herder. 1990.
13. Dexeus S. y Martínez F. Riesgos y Beneficios de la Anticoncepción en la Adolescencia. Revista Europea de contracepción y Salud Reproductiva. (2): 89 – 94,1997
14. Jovell A.J. Med Clin Medicina basada en la afectividad. 113 (5): 173 – 175,1999.
15. Baos Vicente V. La calidad en la prescripción de medicamentos. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 23 (2): 45 – 54,1999.

T034

PAPEL DE LA FEDERACION DE PLANIFICACION FAMILIAR DE ESPAÑA

Guillermo González Antón.
Médico. Master en Sexualidad Humana. Secretario de la Federación de Planificación Familiar de España.

DECLARACION DE INTENCIONES

El núcleo programatico e ideológico de la Federación de Planificación Familiar de España (FPFE), fundada en 1987, no es otro que la defensa del derecho de las personas a una calidad de vida Sexual y Reproductiva como elemento irrenunciable del concepto de Salud. La FPFE es un conjunto de Asociaciones Autonómicas y de personas que comparten un Objetivo General común, como es el de conseguir una autentica autonomía moral y ética para vivir dignamente las distintas opciones y fines de la Sexualidad.

Como quiera que nos encontramos en un foro privilegiado a la hora de aportar informes técnicos y/o estadísticos de contrastado valor científico, huiré de la tenta-