

Salud sexual en la pubertad y la adolescencia. Parte 1

L. García Soto¹, R. Martín Masot²

¹CS Coín. Málaga. España.

²UGC de Pediatría. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. España.

PUNTOS CLAVE

- En la adolescencia, las relaciones íntimas de pareja y el inicio de la actividad sexual se presentan como elementos centrales.
- Los adolescentes cada vez se inician antes en la actividad sexual. Además, realizan prácticas sexuales no seguras, lo que hace que esté aumentando la incidencia de ETS y de embarazos no deseados.
- Debemos proporcionar una buena educación sexual: promover una adecuada salud sexual aportando conocimiento y recursos para que los jóvenes puedan disfrutar de su sexualidad e informar de los riesgos que suponen las prácticas no seguras.
- Todas las formas de orientación e identidad sexual son compatibles con la salud personal y social, por lo que debemos contribuir a que estas diversidades sean bien aceptadas tanto por la propia persona como por la sociedad.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el “periodo de crecimiento y desarrollo que se produce entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas más importantes de la vida, en la que se experimenta un crecimiento acelerado y una serie de cambios condicionados por diferentes factores biológicos y socioculturales”¹.

Durante la adolescencia se produce una maduración física y sexual a través de experiencias que condicionarán el desarrollo de la identidad y la adquisición de las aptitudes necesarias para asumir funciones y establecer relaciones de adulto. Es un periodo de cambios y exploración continuos en el que el contexto social tiene una influencia determinante.

En dicha etapa, las relaciones íntimas de pareja y el acceso a la actividad sexual se presentan como elementos centrales. Esto implica que, desde el ámbito sanitario, debemos hacer frente a dos situaciones: por un lado, dada la importancia del contexto social y la posibilidad de que los adolescentes se vean sometidos a presiones por parte de la sociedad para empezar a tener relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas, debemos ser conscientes de la posibilidad de que asuman riesgos, con las consecuencias que ello conlleva (enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados...). Pero, por otro lado, no tenemos que olvidar que esta exploración de la sexualidad y de la intimidad relacional de pareja forman parte del desarrollo global y normal del adolescente, y hay que asegurar su bienestar en este proceso de descubrimiento. Es decir, tenemos que asumir que los adolescentes son sexualmente activos y no limitarnos solo a prevenir conductas de riesgo, sino también asegurarnos de que vivan su sexualidad de forma plena.

La sociedad actual, no obstante, sigue sin aceptar que los adolescentes sean sexualmente activos, por lo que no se les proporciona una información fiable sobre cuestiones sexuales, pues se presupone que no la necesitan. Sin embargo, según la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo², a partir de los 16 años se

Cómo citar este artículo: García Soto L, Martín Masot R. Salud sexual en la pubertad y la adolescencia. Parte 1. Form Act Pediatr Aten Prim. 2020;13(4):188-92.

reconoce legalmente la capacidad de establecer libremente relaciones sexuales consentidas y, por tanto, el derecho a recibir una atención y una educación sexual adecuadas.

Es tarea desde los distintos sectores implicados en la educación sexual de los adolescentes que reciban información veraz y fiable sobre aspectos relacionados con la sexualidad y ayudarles en la creación de habilidades a partir de las cuales puedan desarrollar un sistema de valores propios y un sentido de la responsabilidad respecto a la sexualidad y a las relaciones con los demás, respetando todas las identidades de género y las orientaciones sexuales, y que exploren de forma segura diferentes posibilidades de expresión sexual, aceptando sus sentimientos y sus deseos sexuales sin miedo ni vergüenza.

DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

La adolescencia puede dividirse en tres etapas diferenciadas por los cambios físicos y psicológicos que acontecen en ellas³:

Adolescencia temprana

Desde los 10 a los 14 años. Coincide con el inicio de la pubertad y se caracteriza porque las inseguridades se centran en los cambios físicos que se producen. La curiosidad sexual lleva a iniciar prácticas de masturbación, aunque también pueden comenzar las primeras relaciones sexuales.

El pediatra debe conocer las preocupaciones del adolescente en cuanto a la aparición de los primeros cambios puberales e informar sobre la distinta cronología en la que puede desarrollarse la pubertad. Además, debe informar sobre los cambios puberales referidos a la reproducción, explicando las posibles consecuencias de las relaciones coitales y los principios básicos del sexo seguro.

Asimismo, esta etapa también se caracteriza por la importancia que otorgan a la figura corporal. La sociedad exige unos modelos de belleza difíciles de alcanzar, por lo que pueden surgir sentimientos de frustración ante la imposibilidad de ofrecer lo exigido por esta. Debemos saber si existen estos sentimientos, analizar los modelos dominantes y ayudarlos a reafirmarse en los aspectos positivos de su imagen.

Adolescencia media

Desde los 15 a los 18 años. Finalizan los cambios físicos de la pubertad y comienzan, no solo a practicar relaciones sexuales, sino a descubrir las relaciones más íntimas. Aún no pueden comprender totalmente las consecuencias de sus actos, por lo que son más vulnerables a participar en prácticas de riesgo

como el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, o la actividad sexual sin protección.

Adolescencia tardía

Jóvenes mayores de 18 años. Son capaces de comprender mejor los riesgos. Desarrollan relaciones más íntimas y duraderas. Además, disfrutan de su cuerpo sexuado, su rol de género, su orientación sexual y sus actividades sexuales.

LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE EN LA SOCIEDAD

Género, roles de género e identidad sexual

La sexualidad humana es un concepto amplio que abarca la interacción entre anatomía, fisiología, psicología e influencias socioculturales.

Las características hormonales y genéticas determinan el sexo biológico o **sexo asignado al nacer**. Durante la infancia, los niños adoptan la manera de actuar, de sentir o de comportarse propio de su sexo asignado al nacer. Esto definiría el **género**. El género indica los rasgos intelectuales, emocionales y de comportamiento que la sociedad atribuye a las personas por el hecho de ser hombre o mujer. Se basa, por tanto, en estereotipos, que son imágenes preconcebidas que tenemos de las personas y de los grupos guiadas por una característica común, sin tener en cuenta la individualidad. Estos influyen de manera importante en el desarrollo de la personalidad y, a partir de ellos, se crean los **roles de género**, los comportamientos y conductas que han de tener las personas para ser consideradas hombres o mujeres en la sociedad.

Sin embargo, existen personas que, en ocasiones ya desde la primera infancia, adquieren una identidad de género que no concuerda con el sexo asignado al nacer. La **identidad de género** refleja el sentido innato de un individuo de sentirse masculino, femenino, ninguno o una combinación de ambos. La forma en que manifestamos nuestro género mediante nuestro comportamiento y nuestra apariencia es la **expresión de género**, que puede correlacionarse o no con el sexo biológico o la identidad de género. Para la mayoría de las personas, la identidad de género coincide con el sexo asignado al nacer, pero a veces no lo hace. Hablamos entonces de incongruencia de género o transexualidad.

Transexualidad o incongruencia de género

Los individuos con incongruencia de género (término empleado en la nueva clasificación diagnóstica CIE-11 con objeto de sustituir al de transexualidad)⁴ pueden pasar por situaciones

excepcionalmente difíciles durante la adolescencia. Los cambios físicos que acontecen en la pubertad son, en muchas ocasiones, percibidos como una traición del propio cuerpo a uno mismo y una obligación a vivir la vida adulta con un cuerpo que no refleja su verdadero ser. Por otra parte, con mayor facilidad son objeto de discriminación por parte de la sociedad, por lo que corren el riesgo de sufrir múltiples problemas psicosociales.

El Pediatra de Atención Primaria (PAP) generalmente es la primera parada de aquellos padres con dudas sobre la identidad de género de su hijo. Por ello, se encuentran en una posición única para reconocer posibles situaciones de riesgo y promover una actitud positiva hacia la diversidad de género.

En el artículo “Atención sanitaria a personas transexuales en la infancia y la adolescencia”⁵ publicado en la sección “Más allá de la clínica” de esta misma revista, se detallan los diferentes aspectos a tener en cuenta en la consulta de Atención Primaria ante un adolescente transexual.

Orientación sexual

Es la atracción física y emocional de un individuo hacia otros. Según esta, una persona puede ser heterosexual (hacia personas del sexo contrario), homosexual (hacia personas del mismo sexo), bisexual (hacia individuos de ambos sexos), pansexual (hacia individuos de cualquier identidad de género o sexo biológico) o asexual (falta de atracción sexual hacia cualquier individuo).

¿Qué significa **LGBTIQ**? Las siglas **LGBTIQ** se utilizan para describir la orientación sexual. Esta abreviatura corresponde a “lesbianas, gays, transexuales, bisexuales, intersexuales y queer” (*queer* son aquellas personas que no quieren clasificarse bajo etiquetas tradicionales por su orientación e identidad sexual). Aunque la transexualidad no es realmente una orientación sexual, sino una identidad sexual, se la incluye en este grupo como una forma de incluir a todas aquellas personas que no se sienten que pertenecen a la categoría de “hetero”.

La orientación sexual puede no coincidir con el comportamiento sexual. A menudo, los jóvenes que se identifican como heterosexuales pueden participar en actividades sexuales con parejas del mismo sexo, y los jóvenes homosexuales pueden tener parejas del sexo opuesto. Por ello, más que la orientación sexual, es importante conocer el comportamiento sexual para valorar los posibles riesgos para la salud.

Todas las formas de orientación sexual antes citadas son compatibles con la salud personal y social, por lo que la familia, la escuela y los profesionales sanitarios deben contribuir a que estas diversidades sean bien aceptadas tanto por la propia persona como por la sociedad.

Sin embargo, y a pesar de haber luchado con éxito para la consecución de leyes más igualitarias, aún hoy, los individuos cuya orientación sexual no se ajusta a los parámetros sociales heteronormativos (aquellos que ven las relaciones con el sexo opuesto como las únicas relaciones “normales” en la sociedad) continúan sufriendo frecuente rechazo por una parte importante de esta. Los prejuicios sociales pueden llevar, durante la adolescencia, a evitar por completo la actividad sexual o a intentar ajustarse a la norma, lo que puede causar sentimientos de frustración en el adolescente. Además, en comparación con los adolescentes heterosexuales, los homosexuales y bisexuales manifiestan haber sufrido más episodios de violencia tanto en el ámbito familiar y de amistades como en el espacio público y, sobre todo en el ámbito escolar⁶. En los últimos años, además, se han hecho más visibles las situaciones de violencia sexual y en las relaciones de pareja. Parecen que son, con más frecuencia, víctimas de violencia física y psicológica en la relación de pareja que los jóvenes heterosexuales⁷. Esto puede contribuir a que, en este colectivo, también se informen de mayores tasas de abuso de sustancias, enfermedades de transmisión sexual (ETS) y embarazos no deseados.

El PAP de nuevo tiene un papel relevante en estas situaciones, pues no es infrecuente que el propio adolescente acabe haciendo una consulta, o sus padres al enterarse de que su hijo no es heterosexual. Otras veces, el motivo de consulta tiene otras causas, como la depresión o el fracaso escolar, que ocultan una homosexualidad no aceptada.

Los deberes del pediatra son⁸:

- Informar, desde la infancia, y sobre todo en la pubertad y la adolescencia, de la existencia de orientaciones sexuales distintas a la heterosexualidad, compatibles con la salud.
- Ayudar a los adolescentes a conocerse a sí mismos, valorando sus preferencias sexuales y sociales.
- Si aún no tienen clara su orientación sexual, ayudarles a aceptar la duda y esperar, haciendo hincapié en que, al final, cualquier manera en la que se especifique el deseo será bien aceptada y compatible con su salud.
- En jóvenes heterosexuales que presentan dudas o sentimientos de confusión por haber practicado actividades sexuales con personas de su mismo sexo, comunicarles que esto es normal, pero aclarándoles que no hay ninguna razón para temer la homosexualidad.
- Trabajar con los padres, haciéndoles ver que el problema no lo tienen sus hijos, sino ellos y su actitud negativa. La aceptación familiar es muy importante, pues se asocia a una mayor autoestima y a una menor probabilidad de sufrir situaciones de riesgo⁹.

Comportamiento sexual adolescente

Como se ha mencionado anteriormente, durante la adolescencia el aspecto emocional y sexual cobra una especial relevancia y no es de extrañar que sea en esta etapa cuando se inician las primeras relaciones sexuales. En ocasiones, el inicio de la actividad sexual no se corresponde con la edad que se considera apropiada dentro de la sociedad, y esto puede generar lagunas en la promoción adecuada de la salud sexual de los jóvenes. Por ello es importante estar informados de los comportamientos y las prácticas sexuales de nuestros adolescentes.

En 2018 se publicaron los últimos resultados del estudio *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC)¹⁰, que es un proyecto auspiciado por la OMS en el que participan alrededor de 50 países occidentales, y con el que se trata de conocer las conductas saludables de los adolescentes, recopilando y publicando información actualizada cada 4 años.

Según el estudio HBSC:

- Un 35,1% de los adolescentes de 15 a 18 años ha mantenido relaciones sexuales coitales, con algo más de frecuencia entre los chicos que entre las chicas.
- El preservativo es el método anticonceptivo utilizado con más frecuencia, sobre todo entre los adolescentes de 15-16 años, entre los que no hay diferencia en chicos y chicas. A los 17-18 años, ellos lo utilizan más que ellas.
- El 14% informa haber utilizado la píldora anticonceptiva, sobre todo las chicas de 17-18 años.
- Un 11,4% dice haber empleado únicamente la marcha atrás.
- Un 10,3% tiene su primera relación coital a los 13 años. Los adolescentes con capacidad adquisitiva baja parece que se inician antes en este tipo de relaciones.
- El 3,6% de las chicas de 15-18 años informa haber estado embarazada en algún momento. Los embarazos se dan con más frecuencia en chicas procedentes de familias con capacidad adquisitiva baja.
- El 31,7% de los adolescentes de 15 a 18 años que mantiene relaciones sexuales ha utilizado anticoncepción de emergencia en alguna ocasión.

Respecto a años anteriores, las tendencias son las siguientes: las relaciones coitales se han ido haciendo más frecuentes entre los 15 y los 18 años y desciende la edad de inicio de este tipo de relaciones desde 2002, aunque desde 2010 hay una cierta estabilización; ha ido descendiendo el uso de métodos seguros a favor de los no seguros y el riesgo de contraer ETS se ha ido incrementando con el tiempo. El porcentaje de adoles-

centes con prácticas de riesgo estaba en 2002 en 16,1%, y en 2018 ha subido al 24,6%.

Los datos anteriores reflejan que cada vez se inician antes en la actividad sexual, incluidas las relaciones coitales, y realizan prácticas sexuales no seguras, lo que hace que esté aumentando la incidencia de ETS y de embarazos no deseados.

Es fundamental proporcionar una buena educación sexual ya desde la infancia y el inicio de la adolescencia. Esta debe desarrollarse en dos vertientes principales: por un lado, promover una adecuada salud sexual proporcionando conocimiento y recursos para que los jóvenes puedan disfrutar de su sexualidad y, por otro, informándoles de los riesgos que suponen las prácticas no seguras.

A pesar de que hablar de sexo en la consulta aún parece un tema tabú, no debemos dejar de preguntar a nuestros jóvenes pacientes por su vida sexual, siempre desde el respeto y la privacidad, de manera que sientan la confianza suficiente para poder expresar sus dudas y sus posibles demandas de salud.

En los próximos números se abordarán con detalle las ETS más frecuentes entre nuestros adolescentes y los métodos anticonceptivos disponibles en el mercado, con el objetivo de ofrecer al pediatra información y recursos para tratar el tema de la sexualidad en la consulta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Desarrollo en la adolescencia. En: Organización Mundial de la Salud [en línea] [consultado el 19/12/2020]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
2. Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, 31 de marzo de 2015, núm. 77.
3. Forcier M. Adolescent sexuality. En: UpToDate [en línea] [consultado el 19/12/2020]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/adolescent-sexuality?source=related_link#H7
4. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics. Eleventh revision. En: Organización Mundial de la Salud [en línea] [consultado el 19/12/2020]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/#/http://id.who.int/icd/entity/90875286>
5. García Soto L, Callejas Pozo E. Atención sanitaria a personas transexuales en la infancia y la adolescencia. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2020;13:28-34.
6. Garchitorena M. Informe Jóvenes LGTB. En: FELGTB [en línea] [consultado el 19/12/2020]. Disponible en: <https://felgtb.com/stopacosoescolar/wp-content/uploads/2017/08/Informe-jovenes-lgtbred.pdf>

7. Dank M, Lachman P, Zweig JM, Yahner J. Dating violence experiences of lesbian, gay, bisexual and transgender youth. *J Youth Adolesc.* 2014;43:846-57.
8. López Sánchez F. La sexualidad en la adolescencia. *Pediatr Integral.* 2017;21:278-85.
9. Simons L, Schrager SM, Clark LF, Belzer M, Olson J. Parental support and mental health among transgender adolescents. *J Adolescent Health.* 2013;53:791-93.
10. Moreno C, Ramos P, Rivera F, Sánchez-Queija I, Jiménez-Iglesias A, García-Moya I, et al. Resultados del Estudio HBSC 2018 en España sobre Conducta Sexual. Análisis de tendencias 2002-2006-2010-2014-2018. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019.