



## La sexualidad en la adolescencia

F. López Sánchez

Catedrático de Psicología de la Universidad de Salamanca



### Resumen

Descripción de los problemas más frecuentes en relación con la sexualidad durante la adolescencia. Se pone en énfasis en el rol de los pediatras y enfermería pediátrica, señalando las intervenciones más importantes que pueden hacer en este campo: trabajo en red con la escuela y las familias y otros servicios sanitarios (especialmente ginecólogos y matronas), la utilidad de la entrevista confidencial con los adolescentes –con el beneplácito de las familias– y la colaboración con la educación sexual en la escuela (al menos, una sesión).

**Palabras clave:** Adolescencia; Actividad sexual; Educación sexual; Intervención.

*Pediatr Integral 2017; XXI (4): 278–285*

### Introducción

Los objetivos básicos que debemos conseguir las personas en relación con la sexualidad son<sup>(1-4)</sup>:

- Aceptar nuestra figura corporal sexuada, no siendo víctimas de los modelos de belleza en nuestra sociedad de la imagen y el mercado.
- Aceptar nuestra identidad sexual, de hombre, mujer, transsexual o transgénero, porque nos viene dada, aunque aún no sepamos los factores de que depende.
- Aceptar nuestra orientación del deseo heterosexual, homosexual o bisexual, porque también nos viene dada, aunque no sabemos los factores de que depende.
- Disfrutar de la actividad sexual, consiguiendo tener relaciones sexuales satisfactorias, si lo deseamos.
- Evitar los riesgos asociados a la actividad sexual.
- Aprender a vivir las relaciones amorosas, a vivir en pareja, si esa es nuestra opción.
- Respetar la biografía sexual de los demás, siempre que se trate de una diversidad saludable.

A ello pueden ayudar mucho los pediatras porque, a pesar de dificultades frecuentes, por el número excesivo de consultas, entre otras, tienen prestigio y autoridad profesional en el trabajo con la familia y los adolescentes. Con ellos pueden colaborar otros profesionales. Por otra parte, los profesionales sanitarios pueden y deben colaborar con los educadores

para, entre todos, hacer una oferta educativa y asistencial en el campo de la sexualidad.

A continuación, adaptamos estos objetivos generales a la etapa adolescente.

### Aceptar los cambios puberales y la figura corporal sexuada

Dando por supuesto que los pediatras conocen bien los problemas relacionados con la pubertad precoz o retrasada y posibles anomalías en los procesos fisiológicos de sexuación, hacemos algunos comentarios básicos sobre otros aspectos psicosociales.

En primer lugar, hay que ayudar a los adolescentes a **aceptar la distinta cronología en la que se desencadene y desarrolle su pubertad**, dándoles adecuada información y seguridad si, dentro de un intervalo normal, están más cerca de uno u otro extremo. Puede ser útil a los pediatras saber que en nuestra sociedad es más frecuente que las chicas se sientan más incómodas si tienen la pubertad antes que sus compañeras, mientras los chicos pueden sentir preocupación si son los demás los que han cambiado antes.

En segundo lugar, aceptar los **cambios puberales referidos a la reproducción**, especialmente la menstruación, dando informaciones básicas, en colaboración con padres y educadores. En el caso de los pediatras, especialmente las referidas a posibles

molestias, y ayudas en el caso de síntomas premenstruales o menstruales que requieran ayuda. De forma asociada a estas informaciones, es el momento, si no se hubiera hecho antes, de explicar a los chicos y las chicas las posibles consecuencias de las relaciones sexuales coitales y los contenidos básicos del sexo seguro, aspecto sobre el que volveremos.

Un tercer tema central es el de la **figura corporal**. Los modelos de belleza dominantes son bien conocidos, uniformes y exigentes (por el poder de la publicidad y el mercado de la seducción, en una sociedad en la que hemos pasado de reprimir la actividad sexual a fomentarla). Por eso, ante el espejo y ante los otros adolescentes, espejo exigente por los modelos interiorizados, la mayor parte encuentra algunos defectos, limitaciones o diferencias, no coincidentes con el modelo de belleza dominante, produciendo este hecho numerosos sufrimientos: tener la altura adecuada, el peso adecuado, la figura de todas las partes sexuadas conforme al modelo, no es lo más habitual, bien porque aún no se han desarrollado o bien porque no se conforman, en algún sentido, a él. Si a ello se añade creer que no resulta atractivo a los demás, no tiene éxito en las prácticas de seducción, amistad o noviazgo, las dudas y sufrimientos pueden ser muy dolorosos.

En otras publicaciones<sup>(1,3)</sup> hemos desarrollado propuestas para trabajar este tema, especialmente en el ámbito educativo. En breve, seguimos el siguiente proceso: toma de conciencia de estos sufrimientos y sus consecuencias, análisis de los modelos dominantes, el origen y función que cumplen en una sociedad de mercado, descubrir sus cambios históricos y culturales y, sobre todo, tomar como referencia valores positivos para organizar la conducta: un cuerpo que sabe dar y recibir placer, un cuerpo con un estilo de vida saludable, un cuerpo con gracia interpersonal –con expresividad corporal y emocional– y una estética personalizada<sup>(5)</sup>. Los pediatras pueden detectar la intensidad y consecuencias o síntomas de estos sufrimientos y hacer intervenciones personalizadas o en colaboración con la familia y el sistema educativo.

No deja de ser sorprendente que, en la sociedad de la imagen y la figura corporal, tantos adolescentes tengan una vida contradictoria con un estilo de vida que maltrata su salud: sedentarismo, obesidad, mala alimentación, ingesta de alcohol, etc. Tomarse en serio el cuerpo, un organismo con necesidades y formas saludables de satisfacerlas bien conocidas, es el camino: “tómame en serio a ti mismo, eres una persona única, diferente en una sociedad diversa, aprende a gozar, valorar la vida y la salud, tener gracia interpersonal y representarse socialmente como tú quieras, no como el mercado, las marcas, y los demás te exijan”.

## Aceptar nuestra identidad sexual

La identidad sexual<sup>(1,3,6)</sup>, en la mayor parte de los casos, se adquiere entre 18-24 meses y 5 años, se consolida y construye a partir de los seis años hasta la juventud. Antes de los dos años se le asigna un sexo a cada persona, se le da un nombre sexuado y se le socializa como niño o niña, chico o chica a lo largo de toda la infancia, adolescencia y juventud. De esta forma, casi toda la población, se sabe niño o niña y aprende a vestirse, adornarse, comportarse, etc., como en la sociedad lo hacen la mayor parte de los hombres y las mujeres.

En el caso de la inmensa mayoría, la identidad sexual se reconoce con toda normalidad, soy hombre o soy mujer.

Pero, en nuestro tiempo, y este es el campo de intervención más general, hemos tomado conciencia de que **los roles sexuales o de género son discriminatorios con las mujeres**, y en algunos aspectos con los hombres, por lo que consideramos que los profesionales debemos favorecer, con actitudes, conductas y, en algunos casos, con intervenciones, sobre la toma de conciencia de estas discriminaciones y la necesidad de conseguir la igualdad y el respeto a la diversidad de expresión de dichos roles. Por tanto, en cuanto al **rol sexual o género**, debemos ayudarles a ser críticos con los aspectos discriminatorios hacia las mujeres y promocionar valores y conductas igualitarias.

En una minoría, aunque no tenemos datos estadísticos precisos (¿una de cada 10.000 o 30.000 personas?, entre otras cosas, porque depende de cómo precisemos los conceptos), ya en la primera infancia o en la adolescencia, se adquiere una identidad sexual en contradicción con la fisiología corporal o con el género o con ambos aspectos a la vez. En el primer caso, hablamos de **transexualidad o disforia de género** (disconformidad entre la anatomía y fisiología sexual conocida y la identidad que se tiene –soy un hombre con un cuerpo de mujer y a la inversa–), aunque la forma de vivirse y representarse de este grupo admite también grandes variaciones (p. ej., los que quieren cambiarse todo lo posible y los que solo desean operarse de algo en concreto). En el segundo, hablamos de **transgénero** (se saben en contradicción con la identidad sexual y social asignada, pero no necesariamente quieren cambiar su anatomía o fisiología).

Es necesario que los profesionales estemos atentos a los cambios, en conceptos y conocimientos profesionales, en relación con esta minoría (p. ej., los cambios en el DSM V, aún insatisfactorios, para las organizaciones sociales que los representan), para ayudarles a aceptarse y a que la familia, la escuela y la sociedad les acepte, sin transfobia y otras formas de rechazo o marginación. Seguimos sin saber los factores o causas de estas formas de vivirse y con un debate entre los profesionales, sobre si debe considerarse una diversidad sin más, como es el caso de la homosexualidad, o aún deben formar parte del manual de diagnóstico DSM. Pero conocemos lo más importante: estas diversidades son compatibles con la salud personal y social si no rechazamos, ni marginamos a estas personas, a la vez que le ofrecemos las ayudas quirúrgicas, si son necesarias, para alcanzar su bienestar<sup>(6)</sup>.

## Aceptar nuestra orientación del deseo

Como es sabido, la orientación del deseo sexual (que casi siempre coincide con la orientación de la atracción y el enamoramiento) puede ser diversa<sup>(3,5,7)</sup>.

La mayoría de la población siente y descubre su orientación del deseo como heterosexual, sin tensión ni dificultades personales o sociales, porque ha sido socializada en el supuesto, que si es un chico, le gustarán las chicas y a la inversa. De hecho, hasta hace pocas décadas, y aún en la mayoría de países, no se contemplaba otra diversidad saludable que no fuera la heterosexualidad.

Una minoría muy significativa, que puede llegar, según se definan los conceptos y se pregunte, a un 5 o 12%, se siente

sorprendido en la primera infancia o en la adolescencia, a veces, incluso más tarde, porque sus fantasías sexuales, sus deseos e intereses sexuales, etc., son homosexuales, orientados hacia personas de su propio sexo biológico, o hacia ambos sexos en grados o preferencias diversos. En efecto, la orientación del deseo tiene contenidos diversos (fantasías, deseos sexuales, identidad social, estilo de vida, etc.), por lo que las combinaciones y formas de vivirse son muy diferentes.

Pero en este caso, las personas con orientaciones de deseo minoritarias no demandan cambios fisiológicos, sino tener libertad personal y social para amar y ser amado, formar pareja o casarse, con las personas que desean, sea aceptada socialmente su diversidad y no sufrir homofobias, bifobia o cualquier otro tipo de rechazo.

No conocemos los factores que influyen o determinan la orientación del deseo y aún se discute la posibilidad de cambios a lo largo de la vida y el poder de gestión que cada persona tiene sobre su orientación del deseo, pero tenemos claro que, las tres formas antes citadas y sus variantes son compatibles con la salud personal y social, por lo que la familia, la escuela y los profesionales, en este caso los pediatras, deben contribuir a que estas diversidades sean bien aceptadas por la propia persona que pertenezca a esta minoría y en todos los ámbitos sociales: familia, escuela, servicios de salud o sociedad, en general.

Los homosexuales son una minoría muy relevante, por ello han luchado con éxito, en numerosos países, consiguiendo leyes más igualitarias, pero aún sufren frecuentes rechazos con una homofobia latente y formas de maltrato familiar, escolar y social. Por tanto, tiene especial relieve la homosexualidad para los pediatras, porque, por un lado, a pesar de haber sido reconocida como saludable esta orientación del deseo y admitido el derecho de las personas homosexuales al matrimonio, una parte importante de la sociedad, con la Iglesia a la cabeza, se resiste a ello. Por otro lado, en este caso, a diferencia de la disforia de género, los adolescentes homosexuales pueden ser ayudados por la familia, los educadores y los pediatras y los médicos de familia sin la necesidad de otros especialistas, porque el problema no lo tienen ellos, sino quienes son homofóbicos.

Si incluimos aquí la homosexualidad como posible problema en la adolescencia, no es porque en sí mismo lo sea, sino porque, con frecuencia, causa sufrimientos a los adolescentes cuando se dan cuenta que son distintos y que esta diversidad no es bien vista por la sociedad. Además, de hecho, muchas veces los profesionales son consultados, por los propios adolescentes o los padres en relación con la orientación del deseo.

Entre los heterosexuales pueden darse situaciones de cierta confusión, duda, miedo o culpa por tener o haber tenido actividades sexuales con personas del mismo sexo. En los juegos sexuales prepuberales o puberales es frecuente que aparezcan algunas formas de contacto sexual, con personas del propio sexo. Cuando esto es vivido o recordado, puede crear alguna duda, confusión o miedo en chicos y chicas que, sin embargo, son heterosexuales. En estos casos, informales de este hecho, y comunicarles que es perfectamente normal y, sobre todo, aclararles que no hay ninguna razón para temer la homosexualidad.

Los que lo tienen realmente más difícil, desde el punto de vista de la socialización, son los homosexuales: los chicos y

chicas homosexuales se ven sorprendidos con una orientación del deseo, que no se esperaban y que, en muchos casos, acepta mal su entorno. Incluso, a veces, tardan tiempo en saber lo que les pasa, especialmente si no están bien informados.

Los adolescentes suelen contar sus dudas a los amigos. Pero no es infrecuente que acaben haciendo una consulta a un profesional ellos mismos o sus padres, si estos últimos se enteran de que su hijo dice ser homosexual. Las consultas y los problemas se presentan con mayor frecuencia y antes en los hombres homosexuales que en las mujeres, seguramente porque los chicos se interesan más abiertamente por la sexualidad que las chicas. En efecto, las chicas lesbianas suelen retrasar más la manifestación de sus intereses sexuales. Otras veces, el motivo de la consulta tiene otras causas, como: ansiedad, depresión, fracaso escolar o huida de casa, que ocultan una homosexualidad no aceptada.

Estos problemas no son inherentes a la homosexualidad, sino la consecuencia de la dificultad que plantea “tomar de conciencia” de que se tiene una orientación del deseo minoritaria, inesperada, rechazada por buena parte de la sociedad, en un mundo en la que la única orientación del deseo que se expresa públicamente es la heterosexualidad.

De hecho, es muy frecuente que quienes se dan cuenta que son homosexuales, pasen por un periodo de negación, confusión o sentimiento de rareza. Incluso no es infrecuente que intenten ponerse a prueba con personas de otro sexo, con la intención de autodemostarse que son heterosexuales. De hecho, hasta hace unas décadas, numerosos homosexuales se casaban heterosexualmente, por la presión de las convenciones. ¿Cómo intervenir en este caso?<sup>(7)</sup>:

- Informar a los prepúberes, púberes y adolescentes de la existencia de esta orientación del deseo minoritaria, compatible con la salud, para que no sean sorprendidos o acepten bien a estas personas.
- Ayudar a los adolescentes a conocerse a sí mismos, analizando sus fantasías, conductas y preferencias sexuales y sociales. Es decir, ayudarles a hacer un autodiagnóstico teniendo en cuenta la multidimensionalidad –las numerosas formas en que puede expresarse (deseo, fantasías, conductas, roles, etc.) de la orientación del deseo.
- Si el deseo no está claramente especificado, o muestra claras contradicciones entre diferentes aspectos de la orientación sexual, es muy importante ayudarles a aceptar la duda y esperar, sin temor a que se especifique el deseo en cualquiera de sus formas heterosexual, homosexual o bisexual. Conviene saber también, que hay diferentes biografías sexuales, en cuanto a la orientación del deseo (tanto en los heterosexuales, homosexuales y bisexuales), biografías que, además, podrían llegar a cambiar con el tiempo, aunque no sea lo habitual.
- Si la orientación del deseo es homosexual, es bueno ayudar a los adolescentes para que se acaben aceptando como son.

Esta ayuda es especialmente eficaz, cuando se puede incorporar a los padres y amigos a este proceso de aceptación. Trabajar con los padres, para que acepten a los hijos, sea cual sea su orientación del deseo, es fundamental para los adolescentes. Incluso a aquellos padres que les sean difíciles, es útil enseñarles a darse cuenta, de que el problema lo tienen

ellos –su actitud negativa– y no su hijo –porque la homosexualidad no es un problema–.

Ayudarles a entrar en contacto con las asociaciones de homosexuales puede serles también de gran ayuda.

## Vida sexual y amorosa satisfactoria

Los adolescentes empiezan su actividad sexual a edades muy diferentes<sup>(8-13)</sup>, dependiendo de la actividad sexual de que se trate (p. ej., antes de la adolescencia uno de cada tres ya tiene experiencia de masturbación, mientras a la actividad sexual coital acceden aproximadamente en torno al 10-11% antes de los catorce años y la mitad de ellos entre los 15 y 18 años).

Los profesionales no debemos decidir la edad de inicio de unas u otras actividades sexuales (esta decisión depende de factores culturales, de características generacionales dentro de cada cultura y de otros muchos factores bien conocidos como: las creencias y prácticas religiosas, el tipo de familia, el grado de conformismo o anomia de los adolescentes, la influencia del grupo de iguales, el estilo de vida y la forma en que se divierten, el consumo de alcohol, etc.). Pero los profesionales, sí debemos ofrecerles informaciones bien fundadas, reconocer su derecho a construir su biografía sexual-amorosa y contribuir con nuestra práctica a que esta sea saludable.

Para cubrir este objetivo, es necesario tener una vida sexual satisfactoria: en la que el deseo, la excitación y el orgasmo, lo que suele llamarse respuesta sexual humana, alcancen un nivel satisfactorio. La llamada respuesta sexual puede alcanzarse de formas muy diferentes, con sexualidad autoerótica (la masturbación) o con actividad sexual con otras personas. La propia fisiología sexual suele garantizar el adecuado funcionamiento de la respuesta sexual humana, pero los miedos, la ignorancia, las prácticas inadecuadas o la incomunicación pueden dificultarla. En algunos casos, los menos, pueden aparecer disfunciones sexuales del deseo, la excitación o el orgasmo.

Con independencia de cuando se inicien en las relaciones sexuales, la familia, la escuela y los profesionales (muy especialmente los pediatras) deben<sup>(1-3,5)</sup>:

- Ofrecer informaciones adecuadas de la anatomía y la fisiología sexual, sin olvidar la respuesta sexual humana.
- Transmitir una visión erotofílica de la sexualidad, que aleje sus miedos.
- Contestar a todas sus preguntas, según contexto y situación, también las referidas a las prácticas sexuales y a la anticoncepción.
- Ofrecerle ayudas para el caso que sufran disfunciones o tengan dificultades concretas u orientarles de forma adecuada hacia especialistas, si fuera el caso.
- Atender toda serie de preocupaciones referidas a la sexualidad como:
  - La variabilidad de la pubertad, la precoz y la retrasada.
  - Las preocupaciones en relación con la figura corporal.
  - Los posibles problemas de identidad en la infancia.
  - Los posibles problemas de transexualismo en la adolescencia.
  - Las diversas orientaciones del deseo.
  - Las disfunciones del deseo, la excitación o el orgasmo.
  - Las prácticas de riesgo.

De todos estos posibles problemas, nos centraremos en el más común, la actividad sexual de riesgo.

## Las prácticas sexuales y sus posibles riesgos

En nuestra cultura<sup>(14,15)</sup>, se funciona (la familia, la escuela y el sistema sanitario) con el supuesto de que los adolescentes no tienen prácticas sexuales, especialmente relaciones coitales. Por eso, la familia, la escuela y los servicios sanitarios han actuado hasta hace poco tiempo, y aún hoy en numerosos casos, como si nada hubiera cambiado. Mientras tanto, las actitudes y las conductas de bastantes adolescentes han cambiado radicalmente.

Es indudable que las cosas han cambiado y siguen cambiando. Numerosos adolescentes (aproximadamente la mitad hasta los 15-17 años) hacen caso de lo esperado por la cultura y lo deseado por sus padres: no tener relaciones sexuales. Pero en otros muchos casos, la realidad es bien distinta, porque una cadena de hechos interrelacionados aparece en todos los estudios recientes<sup>(12-15)</sup>:

- Los adolescentes cada vez tienen actitudes más liberales y se atribuyen, con más frecuencia y convicción, el derecho a tener relaciones sexuales. De hecho, en la actualidad, ponen menos condiciones para acceder a las relaciones sexuales, limitándose, en numerosos casos, a decir que basta que ambos quieran. Hay, en todo caso, un grupo que considera que es necesario el afecto, especialmente entre las chicas. Y otro, mucho más pequeño, que pone como condición que estén comprometidos.
- Un número importante de adolescentes acceden cada vez más pronto, en relación con el pasado inmediato, a las relaciones sexuales coitales. Aproximadamente la mitad, ha tenido, al menos, una relación sexual, antes de los 15-17 años.
- Los que tienen relaciones coitales las tienen, con mayor número de parejas, que en el pasado.
- Desde que inician las primeras conductas sexuales hasta que acceden al coito, pasa menos tiempo que en el pasado y, con frecuencia, se saltan las supuestas etapas intermedias.
- Las distancias entre los chicos y las chicas en actitudes y conductas son cada vez menores. Las chicas, en numerosos casos, han dejado de ser pasivas y de asumir el rol de decir “no”; es decir, han dejado de cumplir el rol de control de la sexualidad de los varones, que se les había asignado culturalmente.
- De hecho, los adolescentes tienen frecuentes prácticas de riesgo. Numerosos estudios señalan que estas se dan, especialmente, en las primeras relaciones y en las relaciones esporádicas. Aunque los estudios ofrecen resultados muy diversos, entre el 25 y el 50%, según las investigaciones, tienen la primera relación en condiciones de riesgo, ya que no usan ningún método o recurren a “la marcha atrás”.

En relación con la edad, los más pequeños asumen más riesgos, cuando tienen conductas sexuales. A medida que avanzan en edad, tienen relaciones más estables y pasan a ser, de forma habitual, activos sexualmente y tienen prácticas más seguras.

El **precio que pagamos** tiene nombres concretos: embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

Un problema especial, del que ahora hemos tomado verdadera conciencia, es el de los abusos sexuales a menores, pero hay otras formas de maltrato sexual<sup>(16)</sup>.

En conjunto, es un precio que no nos podemos permitir y que ha encendido todas las alarmas sanitarias y sociales, entre otros países, en el nuestro.

Las causas son muy complejas<sup>(13-15)</sup>, como hemos analizado con detalle en otros escritos. Tienen que ver con los planteamientos contradictorios de nuestra sociedad sobre la sexualidad de los adolescentes (a los cuales permite, incita y sobreestimula sexualmente, a la vez que les niega informaciones y ayudas), las características de los propios adolescentes (su tendencia a asumir riesgos, minusvalorar lo que dicen los adultos, dejarse presionar por los compañeros y buscar nuevas experiencias), la naturaleza de la pulsión sexual (que provoca una alta motivación y un refuerzo inmediato muy grande, frente a posibles riesgos, que no son seguros y se manifestarían, en todo caso, en el futuro) y la tendencia a consumir alcohol, como mediador de ocio (desinhibiendo los deseos sexuales, disminuyendo la conciencia de riesgo, haciendo más improbable las prácticas seguras, fomentando el descontrol y hasta la posibilidad de recurso a la agresión sexual).

Teniendo en cuenta los factores señalados en la tabla I, no es fácil conseguir llevar a cabo intervenciones eficaces, porque en muchos casos no se dan las condiciones sociales para el éxito de estas: no aceptación de los adolescentes sexualmente activos, como causa general, el silencio familiar y escolar, la falta de asistencia en planificación sexual específica para jóvenes, como factores más concretos, condenan al fracaso, la mayor parte de las intervenciones.

Para que las intervenciones puedan tener un alto grado de eficacia, se necesitan varias precondiciones<sup>(1,2,5)</sup>:

- Reconocimiento social de que numerosos adolescentes son, de hecho, sexualmente activos.
- Romper el silencio familiar, de forma que los padres hablen abiertamente con los hijos. Los padres pueden y deben darles sus criterios sobre estas relaciones, incluso si son contrarios a ellas, pero, sean cuales sean sus consejos deben:
  - Aumentar la conciencia de riesgo, si se tienen conductas sin prácticas seguras.
  - Informales de cuáles son las prácticas seguras.
  - Replantearse el problema de la actividad sexual furtiva, tanto por los riesgos mencionados como por la posible insatisfacción.
- Generalizar la educación sexual en las escuelas, de forma que los púberes y adolescentes reciban:
  - Adecuadas informaciones.
  - Una visión positiva de la sexualidad.
  - El reconocimiento de las diferentes biografías sexuales (unos sin relaciones y otros con relaciones).
  - Conocer los riesgos reales de embarazo, SIDA, E.T.S. y aumentar la conciencia de riesgo con testimonios reales.
  - Entrenarles, en situaciones simuladas, en las prácticas de sexo seguro.

- Poner a su disposición informaciones sobre los recursos materiales, como el preservativo, y asistenciales, como los centros de asesoramiento a jóvenes.
- La función de los pediatras:
  - El sistema de salud, en general, debería tomar en serio los problemas asociados a la actividad sexual de los adolescentes (y del resto de la población), en lugar de guardar silencio, lavarse las manos y dejarlo en manos de farmacéuticos (la píldora del día después) o en manos privadas (el aborto).
  - Entre los profesionales que pueden tener un rol más eficaz son los pediatras y la enfermería pediátrica, así como los ginecólogos y las matronas.
  - Los pediatras tienen una alta consideración social y podrían tener un rol esencial, aunque somos conscientes de que en las consultas más habituales, hay dos dificultades: suelen tener poco tiempo por el número de consultas y suelen acompañar las madres a sus hijas e hijos.

¿Qué podrían (condicional que soñamos sea realidad) hacer en mejores condiciones y con una mejor formación en sexualidad?:

1. Una concepción más preventiva de la intervención. En este caso, colaborando en el sistema educativo: pediatras o personal de enfermería, colaborar con la educación sexual dando algún tema y presentando a los adolescentes sus posibles ayudas en consulta u otros recursos sanitarios, como los centros de Planificación (¿Familiar?), mejor Sexual y Amorosa. Dar una información básica y darse a conocer como profesionales a los que pueden preguntar y recurrir en relación a su vida sexual y amorosa.
2. Colaborar con los centros educativos y en las consultas para ayudar a los padres en relación a la educación sexual de los hijos.
3. Tener días u horas y teléfonos o mail abiertos a las consultas de los adolescentes.
4. Consensuar con los padres el tener un tiempo de consulta, sin la presencia de la madre u otro familiar o tutor, para de manera confidencial:
  - Valorar sus conocimientos básicos y, en su caso, subsanarlos.
  - Responder a dudas o preocupaciones.
  - Preguntarle por posibles actividades sexuales de riesgo o insatisfactorias.
  - Preguntarle si alguien les ha hecho o les está haciendo sufrir, le hace daño de alguna manera y tal vez le pida que guarde el secreto. La frecuencia de diferentes formas de maltrato sexual<sup>(16)</sup> nos exige abrir la puerta a estos sucesos.
  - Trabajar en red con educadores, asociaciones de padres y otros servicios sanitarios. Con coordinación, los servicios de Pediatría, que llegan a toda la población, podrían definir y concretar su rol en este campo.
  - Demandar a la comunidad que ponga al servicio de los adolescentes medios, como el preservativo, y centros de asesoramiento en planificación y oportunidades para formas de ocio no mediatizadas por el alcohol.

Tabla I. ¿Por qué los adolescentes tienden a asumir riesgos en la actividad sexual?

## 1. La sociedad les ofrece mensajes contradictorios sobre la sexualidad:

## a. Por un lado:

- Incitación al consumo y a la vida cómoda y placentera
- Permisividad de horarios, relaciones y actividades
- Estimulación sexual alta a través de la publicidad y los productos culturales

Frente a los viejos mitos de la moral religiosa, se están extendiendo, incluso por profesionales mal formados, nuevos mitos fomentados por la sociedad de libre mercado, en la que la actividad sexual es una forma más de consumo:

- La actividad sexual es aconsejable y hasta obligatoria desde el punto de vista de la salud (frente al mito de su peligrosidad), aplicando una lógica nada científica: si es saludable, debes practicarla, si quieres mantenerla, debes ejercitarla o la usas o la pierdes
- Hacer educación sexual como si todos los adolescentes tuvieran o debieran tener actividad sexual, como todas las personas adultas y viejas, etc. (frente al mito de la abstinencia fuera del matrimonio heterosexual)
- Presionar para acceder pronto a la actividad sexual (frente al mito de la virginidad hasta el matrimonio)
- El “poliamor” como forma de vida sexual y amorosa (frente al mito de la monogamia)
- La presión para que se experimente toda actividad y toda diversidad (frente a los convencionalismos culturales)
- El enamoramiento como bioquímica que dura poco (frente al amor cortés sublimado y eterno), etc.

De hecho, puede decirse, que incita y permite la actividad sexual, con una reacción pendular desde la moral represiva, mantenida durante siglos, en lugar de favorecer la libertad ética, favoreciendo que cada persona decida su biografía sexual y amorosa<sup>(1,5,9)</sup>

## b. Por otro lado:

- Niega la educación sexual en la familia y la escuela
- Considera a los adolescentes como grupo que no tiene actividad sexual
- No ofrece asistencia sanitaria en este campo
- Les obliga a que la actividad sexual sea furtiva

El resultado es que, en el contexto de los nuevos mitos, tienen mucha información, pero comercial y pornográfica, no legitimada y adecuada, dada por la familia, la escuela y los profesionales de la salud. Los que tenían que hablar no hablan, no intervienen, dejando a los adolescentes en manos de internet, las televisiones, la pornografía, los valores dominantes del consumo, incluyendo los productos relacionados con la sexualidad

Las prácticas sexuales, son en consecuencia “furtivas”, puesto que no pueden reconocerse activos sexualmente ante la familia y la sociedad. ¿Puede una actividad sexual furtiva ser saludable, placentera y sin riesgos? No se lo ponemos fácil

## 2. Es propio de adolescentes y jóvenes:

- a. Ser atrevidos, explorar, tener nuevas experiencias
- b. Sentirse sanos y, en cierta medida, invulnerables ante los riesgos
- c. Poner en duda lo que dicen los adultos
- d. Dar importancia a los valores dominantes, conductas y presiones del grupo de iguales
- e. Tener menos conciencia de riesgos

## 3. Es propio de la conducta sexual:

- a. Sentirse como un deseo poderoso
- b. Ser premiada con placer inmediato y seguro; a veces también, con otros refuerzos sociales (prestigio social, etc.)

Frente a el placer inmediato y seguro, los riesgos son percibidos únicamente como “probables” y, si llegaran a producirse, futuros, no inmediatos. Por ello, la posibilidad de asumir riesgos es muy elevada

## 4. Con frecuencia se accede a la conducta sexual en situaciones y contextos inadecuados:

- Habiendo bebido alcohol o tomado otras drogas
- En lugares y tiempos inapropiados, propios de una actividad “furtiva”, que hay que ocultar
- Sin una comunicación previa clara
- Sin haber planificado la posibilidad de esta conducta. De hecho, entre quienes no usan el preservativo, además de resistencias de diferente tipo, suelen aducir el carácter sorpresivo de las oportunidades de tener actividad sexual

## 5. Características personales, como la falta de habilidades sociales para decir “no”, imponer el uso del condón, tener otras conductas sexuales seguras en lugar del coito sin protección, etc.

Si unimos todas estas posibles causas en interacción compleja, podemos comprender lo difícil que es conseguir que los adolescentes no asuman riesgos, especialmente los más jóvenes. Solo cambios claros en la familia, la escuela y los profesionales de la salud, pueden influir de forma eficaz en ellos

Los adolescentes deben aprender que tienen derecho a tener biografías sexuales diferentes, sin relaciones sexuales o con ellas, que la familia, la escuela y la sociedad están dispuestas a ayudarles a vivir su biografía sexual sin riesgos, que estos riesgos son difíciles de evitar, si no se reconocen como sexualmente activos (siempre que haya alguna posibilidad de que lo sean), aumentan su conciencia de riesgo, aprenden a decir “no”, cuando esto es lo que quieren (reconociendo el derecho a ser diferente, distinto de los demás, si es el caso), sepan ser asertivos con sus posibles parejas (no dejándose presionar y exigiendo condiciones de sexo seguro) y dejen de usar el alcohol como mediador de ocio.

## Un rol muy especial de los pediatras: trabajo con las familias

Para acabar, dado que los pediatras tienen la oportunidad de **trabajar con las familias**, durante toda la infancia de sus hijos, resumimos la función esencial de las familias en relación con la sexualidad<sup>(2,5)</sup>. En efecto, la familia es el agente educativo esencial, también en materia de sexualidad, porque solo ellas pueden ofrecer la experiencia de un núcleo de convivencia amoroso en el que aprendan, emocional y mentalmente las relaciones amorosas que valen la pena. Para ello es fundamental:

- Ofrecerles, en la familia, adecuados cuidados afectivos durante la infancia, muy especialmente aceptándolos incondicionalmente y reconocerlos como valiosos (declarándolos de esta forma dignos de ser amados, que es lo que más aumenta su autoestima).  
Los adolescentes están muy necesitados de sentirse seguros de sus figuras de apego (los padres o quienes hacen esta función), a pesar de que, cuando no tienen problemas, pueden hacer demostraciones de autonomía, que superficialmente dan la impresión errónea, de que ya no necesitan a los padres. Nada más lejos de la realidad: bajo la ambivalencia hacia los padres, e incluso con aparente rechazo, los adolescentes necesitan figuras de apego que les sean incondicionales. Eso sí, que también les concedan autonomía, toda la que sean capaces de usar con responsabilidad.
- Teniendo una relación cálida e íntima con los hijos, de forma que aprendan por experiencia lo que es la relación afectuosa. Aprendan a mirar y ser mirados, tocar y ser tocados, abrazar y ser abrazados, expresar y comprender emociones, compartir las emociones, regular las emociones, etc. Es aprendizaje del código de la intimidad y la inteligencia emocional.
- Ofreciéndole modelos de pareja positivos, con respeto, igualdad, cariño, etc., entre los padres.
- Enseñarles a afrontar los conflictos y a resolverlos, incluso con la separación, si fuera la opción decidida, pero sin cuestionar el valor de los vínculos afectivos y preservando la incondicionalidad de los cuidados de los padres. Las personas podemos desvincularnos de la pareja, pero no de los hijos, que siguen siendo un proyecto común.

Estas cuatro cosas deben aprenderlas fundamentalmente de los padres. Por eso, los **profesionales** pueden hacer un discurso positivo sobre los afectos y vínculos sexuales y amorosos

(frente a los discursos destructivos tan frecuentes en los medios de comunicación), y pueden ofrecerles ayudas puntuales para elaborar los conflictos entre los padres y los conflictos amorosos que puedan vivir. Ocuparse de los sufrimientos por amor o desamor en la adolescencia es tan importante como ocuparse de los embarazos no deseados o las disfunciones sexuales.

La **educación sexual familiar, escolar y profesional** tiene que hacer lo posible, no solo por evitar la insatisfacción sexual y los riesgos asociados a las prácticas sexuales, sino ayudar a los adolescentes a resolver sus necesidades amorosas. Para ello, nos parece fundamental:

- Ofrecerles una visión positiva del mundo, de la vida y de las relaciones amorosas. El mundo puede ser acogedor, la vida tiene sentido y las relaciones amorosas pueden salir bien, porque los seres humanos tenemos capacidad de amar y nuestro destino es amar y ser amados.
- Enseñarle habilidades interpersonales, entre las que destacamos:
  - Usar el código de la intimidad y tener inteligencia emocional: mirar, tocar, estar cerca, abrazar, expresar emociones, comprender emociones, compartir emociones (empatía) y regular las emociones a la vez que las usamos socialmente bien.
  - Aprender a tomar decisiones responsables en relación con la actividad sexual y las relaciones amorosas: saber decir sí o saber decir no, teniendo en cuenta las consecuencias, sin dejarse presionar por los demás.
  - Aprender a reconocer los conflictos y afrontarlos de forma explícita y pacífica.
  - Adquirir una ética de las relaciones amorosas cuyas bases compartidas podrían ser: la ética del consentimiento (frente a la de la presión, el engaño o la violencia); la ética del placer compartido (frente a la búsqueda egoísta y desconsiderada del placer); la ética de la igualdad, respeto y dignidad entre los sexos (frente a la discriminación y toda forma de machismo); la ética de la responsabilidad ante a los riesgos (frente al uso de drogas y sustancias no saludables y que cercenan la responsabilidad y la libertad, las prácticas sexuales de riesgo, etc.); la ética de la lealtad en el compromiso de pareja (frente al engaño, la instrumentalización, etc.), la ética de la diversidad (respetar las diversidades sexuales saludables y concederse el derecho a vivir la propia diversidad), la ética de la vinculación y la desvinculación (reconociendo las separaciones como un derecho, pero, a la vez, la posibilidad de que los vínculos de pareja duren toda la vida) y la ética de los cuidados (cuidar de la pareja y cuidar de las crías)<sup>(3,4)</sup>.

En definitiva, aprender a amar y a ser amados, que no es otra cosa que aprender a cuidar y a ser cuidados (el sistema de cuidados es generoso con el otro, dando un salto cualitativo sobre las relaciones de igualdad) entre personas que forman una pareja sexual y amorosa, un proyecto de vida libremente aceptado y libremente mantenido. Aprender a cuidar a otra persona requiere un largo aprendizaje, desde la infancia, porque es preciso saber ponerse en el punto de vista del otro, desear su bienestar y contribuir decididamente a él. Uno de los problemas actuales es que no educamos para cuidar, para

sentirnos responsables del bienestar del otro, para ser constantes y disciplinados, disponibles con el otro, porque finalmente cuidar es bueno para el “cuidado” y para el que cuida. El estilo de vida actual y los valores dominantes favorecen la actitud de querer ser amado sin amar, ser cuidado sin cuidar, priorizando de forma equivocada el propio bienestar, el propio currículum, una visión egocéntrica de las relaciones en las cuales siempre, si es así, no se tiene tiempo para los hijos, para la familia, para los amigos y para la pareja<sup>(17-20)</sup>.

Y, no se olvide, de lo que depende más nuestro bienestar, es de que consigamos amar y ser amados: eso es lo que queremos decir cuando hablamos del sistema de cuidados<sup>(5,20)</sup>, un sistema que es fundamental que ejerzan los padres con los hijos, los amigos con los amigos y, muy especialmente, los que están en pareja, entre sí. El deseo, la atracción y el enamoramiento son importantes en la pareja, la satisfacción sexual también, pero lo es aún más, el lograr la intimidad y el cuidarse incondicionalmente el uno al otro (aspectos, que, por cierto, favorecen también el buen funcionamiento sexual). ¿Estamos educando en la comodidad, en la búsqueda de propio currículum y el propio placer, o estamos educando en la capacidad de amar? Esta es la cuestión. Equivocarse en esto, no nos lo podemos permitir los padres, los educadores, los profesionales y la sociedad, porque finalmente tenemos la responsabilidad de educar para el bienestar personal y social.

Quienes quieran ir más lejos en lo que podemos hacer, les propongo un programa de promoción del bienestar para adolescentes.

## Bibliografía

- López F. La educación sexual. Madrid: Biblioteca Nueva. 2005.
- López F. La educación sexual de los hijos. Madrid: Pirámide. 2006.
- López F. Ética de las relaciones sexuales y amorosas. Madrid: Pirámide. 2015.
- López F. Educación sexual y Ética de las relaciones sexuales y amorosas. Madrid: Pirámide. (2017, en prensa).
- López F. Amores y desamores: procesos de vinculación y desvinculación. Madrid: Biblioteca Nueva. 2009.
- López F. Identidad del yo, identidades sexuales y de género. En: Moreno O, Puche L (Coordinadores): Transexualidad, adolescencia y educación: medidas interdisciplinarias. Madrid: Ed. EGALES. 2013; 135-51.
- López F. Homosexualidad y Familia. Madrid: Ed. Grao. 2007.
- Aspy C, Vesely S, Oman R, Rodine S, Marshall L, McLeroy K. Parental communication and youth sexual behaviour. *Journal of Adolescence*. 2007; 30: 449-66.
- Bay-Cheng LY. The trouble of teen sex: the construction of adolescent sexuality through school-based sexuality education. *Sex Education*. 2003; 3: 61-74.
- López F, Carcedo R, Fernández-Rouco N, Blázquez MA, Kilani A. Diferencias de género en la sexualidad adolescente: afectos y conductas. *Anales de Psicología*. 2011; 27: 791-9.
- López F, Fernández-Rouco N, Carcedo R, Kilani A, Blázquez MA. La evolución de la sexualidad prepuberal y adolescente: diferencias en afectos y conductas entre varones y mujeres. *Cuestiones de Género: de la igualdad y la diferencia*. 2010; 5: 165-84.
- De Graaf H, Vanwesenbeeck I, Meijer S, Woertman L, Meeus W. Sexual trajectories during adolescence: relation to demographic characteristics and sexual risk. *Archives of Sexual Behavior*. 2009; 38: 276-82.
- Diamond L, Savin-Williams R. Adolescent sexuality. En: Lerner R, Steinberg L (Eds.), *Handbook of adolescent psychology*. 2009; 1: 479-523. Hoboken: John Wiley & Sons Inc.
- Moilanen K, Crockett L, Raffaelli M, Jones B. Trajectories of sexual risk from middle adolescence to early adulthood. *Journal of Research on Adolescence*. 2010; 20: 114-39.
- Tolman D, McClelland S. Normative sexuality development in adolescence: a decade in review, 2000-2009. *Journal of Research on Adolescence*. 2011; 21: 242-55.
- López F. Abusos sexuales y otras formas de maltrato sexual. Madrid: ED. Síntesis. 2014.
- Collins W, Welsh D, Furman W. Adolescent romantic relationships. *Annual Review of Psychology*. 2009; 60: 631-52.
- Jones M, Furman W. Representations of romantic relationships, romantic experience, sexual behavior in adolescence. *Personal Relationships*. 2011; 18: 144-64.
- Vannier S, O'Sullivan L. Communicating interest in sex: verbal and nonverbal initiation of sexual activity in young adults' romantic dating relationships. *Archives of Sexual Behavior*. 2011; 40: 961-9.
- Vrangalova Z, Savin-Williams R. Adolescent sexuality and positive well-being: a group-norms approach. *Journal of Youth and Adolescence*. 2011; 40: 931-44.



## Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en “on line” a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org) y [www.pediatriaintegral.es](http://www.pediatriaintegral.es).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario “on-line”.