

ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

APPROACH TO ADOLESCENCE SEXUALITY

DRA. FRANCISCA CORONA H. (1,2), DR. FRANCISCO FUNES D. (1)

1. Departamento de Pediatría. Clínica Las Condes.

2. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Oriente, Hospital Luis Calvo Mackenna. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Email: mcorona@clc.cl

RESUMEN

La sexualidad es una faceta de la identidad y el desarrollo sexual saludable es un objetivo importante de la adolescencia. Las decisiones que están asociadas al desarrollo sexual adolescente, tienen a menudo importantes implicancias para la salud y la educación, así como para las relaciones actuales y futuras.

La mayoría de los jóvenes inicia su vida sexual en la adolescencia, logra evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual y desarrolla relaciones saludables respetuosas y comprometidas. Sin embargo, comparados a otros grupos de edad, los adolescentes tienen tasas desproporcionadamente altas de morbilidades derivadas de la conducta, incluyendo infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados. Los jóvenes que no adscriben a las normas socioculturales de expresión sexual y de género, tienen riesgos adicionales para su salud física, emocional y social.

Los clínicos que atienden adolescentes necesitan saber sobre el desarrollo general y psicosexual del adolescente, las tendencias que rodean sus conductas sexuales, los beneficios y riesgos que acompañan a estas conductas y los recursos y las intervenciones que están disponibles. La información que ofrezcan debe ser precisa, completa y libre de prejuicios, para que puedan tomar decisiones saludables y seguras.

Palabras clave: Sexualidad adolescente, conducta sexual, orientación sexual, relación médico paciente, actitud del personal de salud, confidencialidad, promoción de salud.

SUMMARY

Sexuality is an aspect of identity, and healthy sexual development is an important goal of adolescence. Decisions that are associated with adolescent sexual development often have important implications for health and education, as well as for current and future relationships.

Most young people initiate sexual activity in adolescence, prevent unwanted pregnancies and sexually transmitted infections and develop respectful and healthy relationships. However, compared to other age groups, teens have disproportionately high rates of morbidity resulting from behavior, including sexually transmitted infections and unwanted pregnancies. Youth who do not ascribe to the cultural norms of sexual expression and gender have additional risks to their physical, emotional and social health.

Clinicians need to know about adolescent general and psychosexual development, trends surrounding their sexual behaviors, benefits and risks associated with these behaviors, and resources and interventions that are available. The information they provide must be accurate, complete, and unbiased, so teens can make healthy and safe decisions.

Key words: Adolescent sexuality, sexual behavior, sexual orientation, physician-patient relations, attitude of health staff, confidentiality, health promotion.

INTRODUCCIÓN

“La sexualidad es un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida y tiene en cuenta aspectos como el sexo, la identidad y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se experimenta y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas y relaciones. Mientras la sexualidad incluye todas estas dimensiones, no todas son expresadas o experimentadas. La sexualidad está influenciada por las interacciones entre lo biológico, lo psicológico, lo social, lo económico, lo político lo cultural, lo ético, lo legal, lo histórico, lo religioso y por factores espirituales” (Organización Mundial de la Salud).

CONCEPTOS GENERALES

La Academia Americana de Pediatría y su Comité de Adolescencia han socializado algunas definiciones, que ayudan a la comprensión del desarrollo psicosexual (1).

Sexo biológico

Está constituido por el sexo cromosómico, los genitales externos e internos y estructuras neuroendocrinas y neuroendocrinas. Generalmente se asigna con la apariencia de los genitales externos.

Identidad de género

Es el autoreconocimiento y aceptación como varón o mujer; corresponde a la convicción íntima de pertenecer al género masculino o femenino. La mayoría de las veces la identidad de género coincide con el sexo biológico. Entre los 18 meses y los 2 años de vida los niños se hacen conscientes de las diferencias físicas entre los dos sexos. A los tres años se pueden identificar a sí mismos como hombres o mujeres y a los cuatro años la identidad de género es estable (2). La disforia de género es el estrés emocional de tener una identidad de género que es diferente del sexo de nacimiento. Muchos niños lo resuelven hacia la adolescencia, pero otros lo mantienen y desean la transición al otro género; son los denominados trans (transexual, transgénero).

Rol de género

Constituye el conjunto de conductas a través de las cuales el individuo transmite a la sociedad en general que es hombre o mujer, habitualmente en concordancia con el sexo biológico y la identidad de género.

Orientación sexual

Es el patrón individual de atracción sexual y emocional hacia otras personas. Contempla excitación física e interés emocional o romántico y sexual que involucra fantasías, imaginación, sueños de contenido sexual o erótico. Clásicamente se identifican las siguientes orientaciones:

- **Heterosexual:** Persona que se siente atraída hacia individuos del otro sexo
- **Homosexual:** Persona que se siente atraída hacia individuos del mismo sexo. Los hombres se denominan gay y las mujeres lesbianas o gay.
- **Bisexual:** Persona que se siente atraída tanto hacia mujeres como hacia hombres.

La orientación sexual es muy probablemente un continuo desde ser únicamente heterosexual a únicamente homosexual y la autoconciencia de la orientación sexual generalmente ocurre alrededor de los 9 a 10 años, aunque puede ser posterior. Los mecanismos de desarrollo de una orientación particular no son claros, aunque se acepta que no es una elección. Probablemente sea multifactorial, con influencias genéticas, hormonales y ambientales (1), sin embargo, no hay evidencia científica que estresores ambientales, abuso sexual, parentalidad anormal u otras experiencias adversas determinen la orientación sexual, aunque sí pueden determinar conductas de riesgo (2).

Conducta sexual

Es la manera de expresar los sentimientos sexuales. Incluye besos, caricias, masturbación, actos sexuales no penetrativos, sexo oral, vaginal y anal, sexo por teléfono, *sexting* (envío o recepción de mensajes de texto o imágenes con contenido sexual explícito), sexo por *chat* (con o sin cámara) y sexo virtual (3).

La orientación sexual no está ligada necesariamente a alguna conducta sexual específica; la experimentación con parejas del mismo sexo ocurre en individuos que después se identifican como homosexuales o heterosexuales. La ambigüedad transitoria sobre la orientación sexual o “*questioning*” es relativamente frecuente en los adolescentes menores. Esto se refleja en las discrepancias entre atracción sexual, conductas y autoidentificación que muestran diversos estudios y refleja que la identidad sexual es un proceso interno y no una reacción a la conducta sexual (2).

GRUPOS MINORITARIOS Y ESPECIALES

Adolescentes con diversidad sexual

Para referirse a este grupo se utiliza el acrónimo inglés LGBTQ que incluye Gay (G), Lesbiana (L), Bisexual (B), Transgénero, Transexual, Travesti (T) y en Cuestionamiento (Q).

Para los adolescentes que son o creen ser gay, lesbianas o bisexuales, el ambiente es crítico, ya que pueden sentirse profundamente aislados y temerosos de ser descubiertos, lo que interferirá con las tareas de la adolescencia relacionadas con la autoestima, identidad e intimidad.

Según la evidencia actual, la orientación sexual no afecta el funcionamiento psicológico de las personas y la mayor prevalencia de malestar psicológico y conductas de riesgo en la población LGBT sería consecuencia de la discriminación y hostilidad social a la cual está expuesta (1).

Con frecuencia son víctimas de acoso y violencia. Un 45% de los hombres gay y un 20% de las lesbianas han sido víctimas de agresiones físicas y verbales en Educación Media, específicamente por su orientación sexual (1).

Tienen mayor riesgo de deserción escolar, expulsión de sus hogares e inicio de vida de calle, mayor uso de tabaco, alcohol y drogas, así

como el inicio más temprano de actividad sexual, mayor número de parejas sexuales y mayor prevalencia de ITS. La suicidalidad es dos a siete veces mayor en comparación a los heterosexuales (1,2). La homonegatividad internalizada puede ser un factor muy importante en la mayor suicidalidad de los jóvenes GLBT.

La prevalencia de trastornos de conducta alimentaria, especialmente atracones y purgas, es mayor en hombres gay o bisexuales (2).

Si a la estigmatización de la homosexualidad que experimentan estos jóvenes se le agrega ser minoría étnica o racial, el desafío para la formación de identidad puede ser aún mayor, conduciendo a confusión, frustración y aumento de conductas de riesgo (3). Para abordar adecuadamente la problemática que puedan presentar estos jóvenes, es importante conocer los estadios de adquisición de la identidad homosexual que planteó Troiden (tabla 1).

TABLA 1. ESTADIOS DE LA ADQUISICIÓN DE LA IDENTIDAD HOMOSEXUAL DE TROIDEN (34)

Etapas I: Sensibilización. Ocurre antes de la pubertad. El niño percibe ser diferente de los pares de su mismo sexo pero no entiende la razón.

Etapas II: Confusión de Identidad. Sentimientos y conductas pueden producir incertidumbre y confusión respecto a la orientación sexual. Algunos adolescentes tratan de ignorarlas, otros las ven como temporales. Algunos buscan ayuda para afrontarlas, otros se aíslan socialmente.

Etapas III: Asunción de Identidad. El adolescente resuelve su confusión respecto a la orientación sexual y discute su identidad sexual con otros, generalmente con amigos cercanos antes que con sus padres. Se le conoce como "salir del clóset". Puede ocurrir en la adolescencia, adultez joven o más tarde.

Etapas IV: Compromiso. El individuo experimenta autoaceptación, intimidad emocional y no desea alterar su identidad sexual. En el momento de la aceptación, la identidad homosexual deja de ser la descripción de una conducta y pasa a ser un componente del auto concepto.

Adolescentes con necesidades especiales en salud

Constituyen entre el 7 y el 15% de la población adolescente, si se consideran condiciones menores como asma leve o uso de lentes ópticos.

Tienen tantas o más conductas sexuales que los sanos. En la corte de *British Columbia* el 22% de los estudiantes sanos de 7° a 12° tuvo al menos una relación sexual penetrativa versus 30.5% de los jóvenes con discapacidad física, 28.5% de aquellos con enfermedad crónica y 40.3% de los que tenían alguna condición emocional o mental. Cerca de uno de cuatro de estos jóvenes sanos tuvo sexo oral o penetrativo versus uno de cada tres con alguna condición crónica o discapacidad.

En parte pueden tener actividad sexual antes de estar emocionalmente preparados por necesidad de validarse como normales (3-5).

Dependiendo de la condición, pueden tener maduración puberal retrasada (Síndrome de Turner, fibrosis quística) o adelantada (parálisis cerebral, espina bífida), malfuncionamiento (malformaciones urogenitales) o necesidad de asistencia (alteraciones de la motilidad) para ejercer la sexualidad (3,5).

Los adolescentes con deficiencias cognitivas, con un funcionamiento a menor nivel que la edad biológica, no necesariamente tienen el mismo grado de funcionamiento emocional o sexual.

La fatiga, síntoma de muchas condiciones, puede interferir con el deseo y la actividad. Cualquier aspecto que los haga ver diferente, como acné, talla baja y diferencias faciales puede interferir para encontrar pareja. Incluso con condiciones invisibles los adolescentes suelen preocuparse de que su funcionamiento sexual es inusual o deficiente (3).

EPIDEMIOLOGÍA

Edad de inicio de relaciones sexuales

La edad promedio de inicio en nuestro país es de 16,7 años en los varones y 17,1 años en las mujeres (6). En 2013 el 48.7% de los adolescentes entre 15 y 19 años ya se había iniciado sexualmente (7). Incluso, el 24.6% de los adolescentes de 13 a 15 años reportó haber tenido relaciones sexuales; 56.9% de ellos antes de los 14 años (8), aunque las cifras no distinguen entre sexo consentido y no consentido.

En Estados Unidos un 46.8% de los estudiantes de secundaria ha tenido relaciones sexuales: 30% en el equivalente en Chile a 1° Medio; 41.4% en 2° Medio, 54.1% en 3° Medio y 64.1% en 4° Medio. El 7.3% reportó haber sido forzado a tener relaciones sexuales, siendo esto más frecuente en mujeres (10.5%) que en hombres (4.2%) (9). En Canadá, estudios en la población adolescente muestran que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales es 16,5 años (10).

En Estados Unidos, el 68% de los sexualmente activos reporta sexo oral, 85% reporta sexo vaginal y 32% reporta uso de alcohol o drogas antes de la última relación sexual (3).

El sexo oral es una expresión común entre los adolescentes, con frecuencia precede al sexo vaginal, siendo su inicio a los 15 años (10) y puede no ser visto como actividad sexual, si no como una forma de obtener placer sexual sin perder la virginidad (11). Otro estudio reporta aumento de 3% a los 12 años a 52% a los 18 años (12). El sexo anal es relativamente frecuente en los adolescentes hombres y mujeres (11%) y con éste aumenta considerablemente el riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual (13).

Conducta y/u orientación no heterosexual

En relación a reporte de conductas y/u orientación no heterosexual hay pocos estudios y muchos tienen sesgos por el tipo de preguntas que hacen.

Estudios en Estados Unidos reportan que 13.4% de mujeres y 4% de hombres de 15 a 24 años ha tenido relaciones sexuales con alguien de su mismo sexo, porcentajes mucho mayores al auto reporte de orientación homosexual (2).

En Chile, en el grupo de 15 a 19 años, el 84% manifiesta tener orientación heterosexual, 13% no contesta la pregunta, 2% responde tener orientación homosexual y 1% bisexual (7).

Uso de protección en relaciones sexuales

En Estados Unidos, del 34% de los estudiantes sexualmente activos, el 59.1% informó que ellos o su pareja usó un preservativo durante la última relación sexual y su uso disminuye de 1º a 4º Medio, pasando de 63 a 58% (9).

En Chile, en la población que tiene entre 15 y 29 años, el uso de algún tipo método anticonceptivo en la última relación ha ido en aumento; de 2009 a 2012 subió de 74 a 87.5% (7). Sin embargo, en los adolescentes de 13 a 15 años, sólo el 51.2% usó condón en su última relación (8).

En varios estudios el uso de condón en las relaciones sexuales orales y anales es menor comparado a su uso en relaciones vaginales (13).

Infección de Transmisión Sexual (ITS)

Se estima que los jóvenes de 15 a 24 años adquieren el 50% de las ITS nuevas, aunque son sólo el 25% de la población sexualmente activa. En ello influyen diversos factores biológicos y psicosociales. La mayoría son asintomáticas, pero si no se pesquisan y tratan, pueden conducir a infertilidad, dolor pélvico y aumento de la infección por VIH (14,15).

El Virus Papiloma Humano es la ITS más frecuente adquirida en la adolescencia, ya que la posibilidad de infectarse después de la exposición es de 65 y 85%. No tiene tratamiento y aunque el 90% mejora de la infección en dos años con ayuda de sistema inmune local, los condilomas y el cáncer genital, especialmente de cuello de útero son consecuencias probables. Actualmente se dispone de un vacuna tetravalente que protege contra el 70% de los cánceres de cuello de útero y el 90% de las condilomatosis (14,15). La FDA acaba de aprobar una vacuna 9-valente que potencialmente previene el 90% de los cánceres de cuello uterino, vulva, vagina y ano (36).

La *Chlamydia trachomatis* es la ITS reportable más frecuente en Estados Unidos y es cada vez más común, en gran parte por los métodos de pesquisa actuales. El 70% de las infecciones reportadas por el CDC en 2012 correspondió a menores de 25 años. En adolescentes mujeres de 14 a 19 años su prevalencia en mujeres es alrededor de 7% y en hombres de 6% (3,14,15).

La segunda ITS reportable en Estados Unidos es la gonorrea, con la mayor prevalencia en mujeres de 15 a 19 años (521 casos por 100000 mujeres) y los hombres de 20 a 24 años (14,15).

Todas las ITS tienen mayor prevalencia en hombres que tienen sexo con hombres. A esto contribuyen factores individuales como mayor número

y recambio de parejas sexuales, relaciones sexuales no protegidas y factores interpersonales y sociales (14,15).

Actividad sexual y uso de alcohol y/o drogas

De los adolescentes sexualmente activos, el 22,4% consumió alcohol y/o drogas antes de la última relación sexual (9). Como en Chile el consumo de alcohol y/o marihuana en los adolescentes es mucho más prevalente, es posible deducir que las cifras son mayores (7).

Embarazo adolescente

En Chile, el 19.9% las embarazadas bajo control en el sistema público de salud corresponden a adolescentes de 15 a 19 años y un 1% a menores de 15 años. Al considerar los nacidos vivos en 2012, el 14% corresponden a madres de entre 15-19 años y 0.36% a aquellas de 10 a 14 años (17).

ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD EN LA ATENCIÓN CLÍNICA

Rol del clínico

Las familias tienen diferentes perspectivas sobre cómo se debe discutir la sexualidad con niños y adolescentes. Los clínicos pueden abordar este importante componente de desarrollo saludable mediante la integración de la educación sexual en los controles de salud desde la primera infancia, respetando los valores culturales y actitudes de cada familia, lo que es recomendado por varios organismos (18,19). En la pubertad los padres pueden necesitar ayuda para discutir acerca de los cambios puberales y sexualidad, incluyendo la discusión sobre el contenido sexual visto en televisión o internet.

Los jóvenes de 12 a 19 años reportan que los padres tienen gran influencia en la toma de decisiones y valores (37%) -en comparación con los amigos (33%), hermanos (6%) y los medios (5%)- (19) por lo que pueden ser un recurso clave para ayudar a los adolescentes a tomar decisiones de conducta sexual seguras y responsables (20). La comunicación frecuente, respetuosa, que considera y acepta la importancia de las relaciones románticas en los adolescentes, promueve autonomía y auto regulación respecto a la intimidad y actividad sexual. Los pediatras pueden guiar a los padres para que mantengan una buena comunicación, discutan con sus hijos acerca de los cambios puberales y sexualidad, incluyendo la discusión sobre el contenido sexual visto en televisión o internet, mantengan conexión emocional y supervisen las actividades de sus hijos, ya que son factores que se asocian a mejores conocimientos y actitudes respecto al sexo, menores conductas de riesgo en la adolescencia, retraso del inicio de relaciones sexuales y los que son activos sexualmente tienen menos parejas y usan más anticonceptivos (19,21).

Los pediatras tienen la oportunidad única de influir positivamente en la salud sexual de los jóvenes, proporcionando las herramientas necesarias para desarrollar su identidad sexual, tomar decisiones responsables y crear relaciones saludables con sus parejas y familias. Sin embargo, es una oportunidad a menudo desaprovechada a pesar

de las recomendaciones de las sociedades científicas, por falta de competencias clínicas, falta de tiempo, sentir que puede incomodar a los padres o incluso al mismo adolescente (22).

Confidencialidad

Entrevistar al adolescente con los padres presentes puede inducir a negar sentimientos y/o actividades (23). Desde una perspectiva clínica, el objetivo es proveer un espacio de confidencialidad en que el adolescente pueda discutir sus preocupaciones y preguntar. La garantía de confidencialidad es básica para que el paciente se atreva a hablar de temas sensibles. A veces necesitará un tiempo de relación para que se atreva a confiar. Es importante tener en cuenta que los valores del adolescente pueden diferir de los de su familia.

Abordaje de la sexualidad

Los adolescentes tienden a no hablar del tema si el médico no inicia la conversación (24), menos aún preguntan o piden ayuda sobre preocupaciones sexuales inusuales (25) y por lo tanto, los clínicos tienen que tomar la iniciativa. Para disminuir los niveles de ansiedad y pudor que pueden tener algunos adolescentes es útil “normalizar” el tema, explicando que es un aspecto que el médico aborda rutinariamente con todos los pacientes y que forma parte de la evaluación integral. La forma en que el profesional se comunica, manteniendo el contacto visual, usando un lenguaje verbal sin juicios de valor y la escucha activa son elementos clave para que el adolescente se sienta cómodo para expresarse (26).

El tipo de preguntas dependerá de la etapa de desarrollo que estén cursando, ya que el tipo de pensamiento y conductas varía con el desarrollo (tabla 2).

Las preguntas abiertas invitan a contestar con honestidad. Preguntar en género neutro o con pronombres inclusivos y evitar asumir si han tenido algún tipo de actividad sexual, los invitará a hablar de conductas y/u orientaciones diferentes a la heterosexual (27). La tabla 3 muestra ejemplos de preguntas con este enfoque.

Las preguntas deben ser específicas. Es diferente preguntar si es sexualmente activo a preguntar ¿Cuándo fue la última vez que tuviste relaciones sexuales? Pregunte qué significa “relaciones sexuales”, ya que el concepto de virginidad y relaciones sexuales puede tener diferentes interpretaciones (28).

Las prácticas sexuales no son diferentes en adolescentes heterosexuales y no heterosexuales. Para abordar la actividad sexual resulta útil utilizar los grados de *petting* que se describen en la tabla 4 (29). Describir a los adolescentes los grados les facilita precisar su conducta y a los clínicos les ayuda a dar la consejería adecuada para prevenir embarazo e ITS en los grados III y IV. En aquellos con *petting* menor de III es importante conocer si la intención de conducta es postergadora o anticipadora para los siguientes seis meses (30), ya que en los anticipadores las intervenciones para prevenir embarazo e ITS deberán ser más enérgicas.

TABLA 2. DESARROLLO ADOLESCENTE Y CONDUCTA SEXUAL

Adolescencia Inicial (10 a 14 años)

Se inicia con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y pueden estar preocupados o avergonzados con los cambios físicos y emocionales que están experimentando. El impulso sexual adquiere una orientación y son comunes las fantasías sexuales, la masturbación, la experimentación homosexual y heterosexual no coital, lo que no significa que tendrán orientación homo u heterosexual. El pensamiento en las áreas personales es concreto, con desarrollo inicial del pensamiento abstracto en otras áreas

Adolescencia Media (15 a 17 años)

Están avanzando en la formación de su identidad y orientación sexual. Muchos se enamoran por primera vez. Les preocupa saber si son atractivos y la aceptación del grupo de pares. La experimentación sexual es frecuente y muchos tendrán relaciones sexuales penetrativas (orales, vaginales, anales). Hay mayor desarrollo de pensamiento abstracto, de manera que pueden empezar a anticipar las consecuencias de sus actos.

Adolescencia Tardía (18 a 20 años)

De acuerdo al desarrollo de la corteza cerebral prefrontal, esta etapa se extiende hasta los 22 años en las mujeres y 25 años en los hombres. Ya están seguros de su imagen corporal y rol de género y la orientación sexual está bien avanzada. La visión de la sexualidad es más madura, con integración de aspectos sociales y emocionales.

TABLA 3. PREGUNTAS USANDO GÉNERO NEUTRAL

¿Has tenido alguna relación sentimental con un hombre o una mujer?

Al pensar en personas sexualmente atractivas para ti ¿Son hombres, mujeres, ambos, ninguno o no estás seguro aún?

¿Me puedes contar sobre tus parejas sexuales?

¿Cómo te proteges en las relaciones sexuales?

A todos los adolescentes sexualmente activos y anticipadores se les debe entregar información sobre anticoncepción incluyendo anticoncepción de emergencia. Cada anticonceptivo tiene instrucciones para usarlo correctamente, efectividad para prevenir embarazo, efectos adversos potenciales y algunos tienen consecuencias a largo plazo.

La doble protección, con un método anticonceptivo usado por la mujer y condón por el hombre en cada relación sexual no puede dejar de enfatizarse. El condón es el único método para prevenir infecciones por VIH y puede reducir el riesgo de algunas otras ITS como *Chlamydia*, gonorrea y tricomonas y disminuir el riesgo de herpes genital, sífilis, e

TABLA 4. ACTIVIDAD SEXUAL. GRADOS DE PETTING

0: Ausencia de contacto físico
I: Contacto físico a través de besos y abrazos
II: Contacto físico a través de besos y caricias de mamas y/o genitales sobre la ropa
III: Contacto físico a través de besos y caricias de mamas y/o genitales bajo la ropa, pudiendo incluir sexo oral y masturbación
IV: Coito

infecciones por VPH cuando las áreas infectadas se cubren o protegen con condón (19). El uso correcto del condón debe asegurarse con cada adolescente, incluyendo las habilidades de negociación del mismo cuando sea necesario.

Si el adolescente revela atracción por su mismo sexo no se debe asumir que no está experimentando sexualmente con el sexo opuesto y si revela heterosexualidad, no se debe asumir que no está experimentando con personas de su mismo sexo.

La promoción de toma de decisiones saludables y responsables es uno de los objetivos de la consejería en sexualidad. Esta se define como *“el proceso en el que un profesional capacitado, escucha, informa y orienta a adolescentes o jóvenes, mujeres y hombres, a tomar decisiones personales relacionadas con la temática consultada, brindando información amplia y veraz, considerando sus necesidades y problemática particular. También, puede ser un espacio para orientar a la madre, padre o adulto responsable que les acompaña, para ayudarlos en su rol de modelar y apoyar la implementación y mantención de conductas saludables en sus hijos o hijas”* (26).

La consejería para adolescentes debe promover la abstinencia como la conducta más protectora, con evaluación de las habilidades de negociación a los avances sexuales indeseados y proporcionar información sobre los riesgos de uso de drogas y/o alcohol y conductas sexuales que puedan tener consecuencias negativas para ellos. Los adolescentes con y sin experiencia sexual pueden agradecer el apoyo para posponer las relaciones sexuales. Los profesionales también pueden orientarlos a tener relaciones saludables y evitar las relaciones de parejas coercitivas y abusivas.

Adolescentes GLBTQ

Para ayudar a los jóvenes que están preocupados sobre su género o identidad generalmente es necesario que se sientan en confianza. Ayuda el tener un ambiente de bienvenida que incluya símbolos GLBTQ y proveer información sobre el tema que esté accesible de manera privada (2).

Se debe evitar utilizar el término orientación sexual a menos que lo use el adolescente, ya que la experimentación con personas del mismo sexo durante la adolescencia puede preceder la autoidentificación como gay o lesbiana y no definen necesariamente la orientación sexual.

Como generalmente están sometidos a diversos estresores psicosociales en sus hogares o colegios se debe explorar su salud mental, considerando su mayor riesgo de ser víctimas de *bullying* físico, psicológico y social, tener trastornos del ánimo e ideación suicida, abuso de sustancias, y mayor posibilidad de ser perpetradores de violencia de pareja (31).

Como los padres pueden ser los primeros generadores de consulta al descubrir la orientación no heterosexual de su hijo/a, los pediatras pueden cumplir un rol importante en la contención del *shock* inicial y la posterior negación de la realidad del hecho (32). Ya sea que consulten los padres o el adolescente, los profesionales de la salud pueden acompañar y apoyar este proceso, de manera de minimizar las consecuencias negativas.

La apertura o “salida del clóset” es un proceso que puede ser muy complejo, dependiendo de la homonegatividad en que se encuentre inserto el adolescente. En promedio ocurre a los 16 años, pero muchos recuerdan retrospectivamente que sabían que eran diferentes a los 9 a 10 años (28). Los pediatras pueden ser un apoyo y brindar consejería en los conflictos actuales o anticipados con la familia y/o amigos.

Adolescentes con Necesidades Especiales de Salud

Nuestra tarea como clínicos es aceptar y normalizar la sexualidad de este grupo de jóvenes, no sólo para prevenir ITS y embarazo, si no para reafirmar que pueden tener sexo aunque implique planificación o no calce con las definiciones sociales de sexo real, ya que existe el mito de que son asexuados, suprimen sus necesidades sexuales por su condición crónica y no tienen riesgo de abuso sexual (32,3). También es importante hablar con ellos sobre fertilidad, heredabilidad de su condición, opciones anticonceptivas, que pueden estar limitadas por la enfermedad y el impacto de un embarazo (3,5).

En los adolescentes con deficiencia cognitiva la consejería debe hacerse gradualmente. En la pubertad inicial se debe explicar los cambios puberales (mamas y menstruación a mujeres y erecciones y eyaculaciones en hombres), usando ejemplos concretos como dibujos.

CONSIDERACIONES FINALES

El abordaje adecuado de la sexualidad en la adolescencia requiere: el desarrollo de habilidades clínicas de comunicación, tanto con los adolescentes como con sus padres; mantenerse informado de las tendencias y actualizaciones sobre el tema, así como también de los programas de educación sexual que recibe la población atendida; y mantener una red de contactos para la derivación de los pacientes con mayor complejidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frankowski BL; American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Sexual orientation and adolescents. *Pediatrics* 2004; 113(6):1827-32
2. Levine DA; Committee on Adolescence. Office-based care for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning youth. *Pediatrics* 2013;132(1):297-313
3. Tulloch T, Kaufman M. Adolescent sexuality. *Pediatr Rev* 2013;34(1):29-37
4. Murphy NA, Elias ER. Sexuality of children and adolescents with developmental disabilities. *Pediatrics* 2006; 118(1):398-403
5. Surís JC, Resnick MD, Cassuto N, Blum RW. Sexual behavior of adolescents with chronic disease and disability. *J Adolesc Health* 1996; 19(2):124-31
6. Instituto Nacional de la Juventud, Gobierno de Chile. Sexta Encuesta Nacional de Juventud. 2010
7. Instituto Nacional de la Juventud, Gobierno de Chile. Séptima Encuesta Nacional de Juventud. 2012
8. World Health Organization/ Centers for Disease Control and Prevention. Global School-based Student Health Survey, Chile 2013. WHO/CDC. 2014.
9. Kann L, Kinchen S, Shanklin SL, et al; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth risk behavior surveillance-United States, 2013. *MMWR Surveill Summ*. 2014; 63(4):1-168
10. Rothermann M. Trends in teen sexual behaviour and condom use. *Health Rep* 2008; 19(3):53-57
11. Halpern-Felsher BL, Cornell JL, Kropp RY, Tschann JM. Oral versus vaginal sex among adolescents: perceptions, attitudes, and behavior. *Pediatrics* 2005; 115(4):845-851
12. McCreary Centre Society. Sexual behavior. In: A Picture of Health: Highlights from the 2008 British Columbia Adolescent Health Survey. Vancouver, British Columbia, Canada: 2009:40- 42
13. Forcier M, Garofalo R. Adolescent sexual behaviors. In: Fisher MM, Alderman EM, Kreipe RE, Rosenfeld WD, eds. *Textbook of adolescent health*. Chicago: American Academy of Pediatrics, 2011
14. O'Connor CA, Shubkin CD. Adolescent STIs for primary care providers. *Curr Opin Pediatr* 2012; 24(5):647-55
15. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2012. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services; 2014
16. Geisler WM. Diagnosis and management of uncomplicated Chlamydia trachomatis infections in adolescents and adults: summary of evidence reviewed for the 2010 Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *Clin Infect Dis* 2011; 53 (Suppl 3):S92-S98.
17. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Situación Actual del embarazo Adolescente en Chile. 2013
18. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Committee on Adolescence. Sexuality education for children and adolescents. *Pediatrics* 2001;108(2):498-502
19. Hagan Jr JF, Shaw JS, Duncan P, et al, Bright Futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. Tercera edición. Elk Grove Village, IL. American Academy of Pediatrics, 2008
20. Levine S. Facilitating parent-child communication about sexuality. *Pediatr Rev* 2011;32(3):129-130
21. The Society for Adolescent Health and Medicine, Sexual and Reproductive Health care: A position Paper of the Society for Adolescent Health and Medicine, *J Adolesc Health* 2014, 491-496
22. Burstein GR, Lowry R, Klein JD, Santelli JS. Missed opportunities for sexually transmitted diseases, human immunodeficiency virus, and pregnancy prevention services during adolescent health supervision visits. *Pediatrics* 2003; 111: 996-1001
23. Ford C, English A, Sigman G. Confidential Health Care for Adolescents: position paper for the society for adolescent medicine. *J Adolesc Health* 2004; 35(2):160-167
24. Alexander SC, Fortenberry JD, Pollak KI, Bravender T, Davis JK, Ostbye T, Tulsy JA, Dolor RJ, Shields CG. Sexuality talk during adolescent health maintenance visits. *JAMA Pediatr* 2014; 168(2):163-169
25. Moser C, Kleinplatz PJ, Zuccarini D, Reiner WG. Situating unusual child and adolescent sexual behavior in context. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2004; 13(3):569-589
26. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Guía práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes. 2011
27. Society for Adolescent Health and Medicine. Recommendations for promoting the health and well-being of lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescents: a position paper of the Society for Adolescent Health and Medicine. *J Adolesc Health* 2013; 506-510
28. Steever JB, Cooper- Serber E, A Review of Gay, Lesbian, Bisexual and transgender Youth Issues for the Pediatrician. *Pediatr Ann* 2013; 42(2):34-39
29. González M, Aguirre M, Tapia J. Caracterización de asistentes a consejería en sexualidad en un centro de salud integral de adolescentes. *Rev Chil Pediatr* 2005; 6 (76): 573-57-9
30. Miller KS, Clark LF, Wendell DA, Levin ML, Gray-Ray P, Velez CN, Webber MP. Adolescent heterosexual experience: a new typology. *J Adolesc Health* 1997; 20(3):179-186
31. Pathela P, Schillinger JA. Sexual behaviors and sexual violence: adolescent with opposite-, same-, or both-sex partners. *Pediatrics* 2010; 126(5): 879-886
32. González E, Martínez V, Leyton C, et al. Orientación Sexual: Un desafío actual para la atención de adolescentes; *Rev Sogía* 2004; 69-78
33. Pinzon J. Canadian Paediatric Society statement: care of adolescents with chronic conditions. *Paediatr Child Health* 2006;11(1):43-48
34. Lerand SJ, Ireland M, Boutelle K. Communication with our teens: Associations between confidential service and parent- teen communication. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007; 20: 173-178
35. Troiden RR. The formation of sexual identities. *J Homosex* 1989; 17:43-73
36. <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm426485.htm>

Los autores declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.