



## REVISIONES Y RESEÑAS

### PRIMERAS ETAPAS DE LA VIDA Y SU ENTORNO SOCIAL

#### FIRST STAGES AND SOCIAL ENVIRONMENT IN LIFE

**\*Tristán Fernández, J. M., \*\*Ruiz Santiago, F., \*\*\*Tristán Tercedor, R., \*\*\*\*Tristán Lafuente, R., \*\*\*\*\*Maroto Benavides, R.**

\*Profesor del Departamento de Enfermería. \*\*Profesor del Departamento de Radiología y Terapéutica Física. \*\*\*Facultad de Ciencias de la Educación, Pedagogía. \*\*\*\*Facultad de Psicología. \*\*\*\*\*Profesora del Laboratorio de Antropología. Universidad de Granada.

Palabras clave: adolescencia, juventud, sexualidad.

Key words: Teenager, Youth, Sexuality.

#### RESUMEN

La mayoría de los jóvenes-adolescentes han tenido experiencias sexuales y muchos de ellos tienen una actividad sexual regular; lamentablemente son pocos los que están plenamente informados de los riesgos que corren y de cómo pueden protegerse de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluyendo el SIDA, y los embarazos no deseados. El número de embarazos en adolescentes se ha incrementado en los últimos años, siendo en España el porcentaje actual de madres adolescentes aproximadamente del 6%. Es importante destacar que las gestaciones en adolescentes tienen mayor riesgo obstétrico y perinatal. El embarazo en adolescentes ha sido catalogado ya como una "nueva epidemia urbana".

#### SUMMARY

Most of adolescents have had sexual experiences and many of them have a regular sexual activity. Unfortunately, few of them have competent information about the risks, such as sexual transmission diseases, non-wanted pregnancies, and how to protect themselves from these risks.

The pregnancy figures in teenagers have been increasing in the last years. In Spain the percentage of mothers teenagers is about 6%. It is important to note that a pregnancy in the adolescence has greater obstetric and perinatal risk. Adolescent pregnancy has been considered a "new urban epidemic".

## INTRODUCCIÓN

La palabra adolescencia procede del verbo adolesco, en latín vulgar adolescere, "crecer y desarrollarse". De su participio pasado deriva adultas, "el que ya ha crecido". (Couceiro Vidal, 1997: 162) *El fenómeno de la adolescencia no se ha evidenciado de igual manera en todos los tiempos y culturas. Responde a circunstancias históricas y culturales de las sociedades llamadas occidentales. En otras sociedades, distintas a la nuestra, el tránsito de la infancia a la edad adulta viene señalado por diversos "ritos de iniciación", haciendo innecesaria una categoría como la de «adolescente». En cualquier caso, antes de nuestro siglo se tendía a prolongar la infancia o a entronizar brutalmente al joven adulto.*

Ya en la obra de Rousseau se encuentran referencias a la condición de adolescente. «Nacemos, por así decirlo, dos veces, una para existir y la otra para vivir. Una para la especie y la otra para el sexo» (Couceiro Vidal, 1997:164). Con ello se hace referencia a una de las características del adolescente, la madurez fisiológica para la procreación. Más tarde, durante el siglo XIX, se suscitan discusiones en torno a la sexualidad (1). La adolescencia constituye un momento clave en la vida de todo individuo, es un periodo de transición entre la infancia y la edad adulta. La adolescencia es un proceso, no es un estado. La O.M.S. diferencia entre adolescencia y juventud, estableciendo los límites de la adolescencia entre los diez y diecinueve años y los de la juventud entre los quince y los veinticuatro. Sin embargo, en otros estudios se considera a la adolescencia al periodo comprendido entre los once y los veintiún años. Debido a este encabalgamiento de edades en las distintas definiciones, en la revisión bibliográfica realizada se va a considerar como juventud-adolescencia. (2)

## MATERIAL Y MÉTODOS.

La búsqueda se ha realizado cruzando los descriptores "juventud", "adolescencia" y "sexo". El resultado ha sido la obtención de gran cantidad de material que utiliza estos descriptores pero que para nada se ciñen al tema propuesto. Tras una selección de los artículos marcados han resultado útiles para la investigación planteada un total de 55 trabajos seleccionados en lengua castellana.

La correlación temporal ha sido desde el año 1974 a 2004.

Una vez seleccionados los artículos de interés, se han clasificado en diferentes apartados para su posterior análisis y discusión.

Los criterios de clasificación han sido, ver que tipos de profesionales muestran cierta inquietud por este binomio y lo han estudiado y desde que ámbitos o esferas son contemplados, así como los métodos de divulgación han sido los más empleados, para de esta forma, tener una idea globalizadora del tema a debate.

## ANÁLISIS

El mayor porcentaje, 40%, de los estudios realizados se corresponde con medios sanitarios en los que han intervenido profesionales de la salud, desde los distintos departamentos; Planificación familiar, Departamento de obstetricia y ginecología, Centros de Salud, Ambulatorios de Atención Primaria y demás centros de atención sanitaria. Bajo esta mirada, el enfoque que se ha realizado está orientado principalmente a la prevención, no en la mayoría de los casos, a la planificación familiar y al apoyo y seguimiento médico del

embarazo. El 32,73% de las investigaciones han sido realizadas por personal docente e investigador desde distintos departamentos como Medicina, Pediatría, Radiología, Psiquiatría, Psicología, etc. Un 7,28% de los trabajos lo han realizado de forma conjunta entre Centros Sanitarios y departamentos con carácter docente e investigador. El 1,81% lo han realizado las unidades docentes de Medicina Familiar y Comunitaria. El 16,37% del total de artículos corresponde a profesionales que no especifican su lugar de trabajo, coincidentes estos, con los primeros años de la búsqueda (1974 - 1980), lo que hace pensar que en las bases de datos anteriores a la informatización no se reflejase este parámetro. Como nota anecdótica es de reseñar que el 1,81% se corresponde con autor anónimo.

## **RESULTADOS DEL ANÁLISIS**

Los grupos temáticos principales de la investigación han sido por orden de frecuencia: Salud, planificación familiar, educación e información sexual en la adolescencia. Desde el punto de vista de salud se ha estudiado el comportamiento sexual de jóvenes-adolescentes puesto que constituye un grupo de riesgo muy importante pues diferentes investigaciones señalan que las conductas arriesgadas se incrementan sobremanera en el grupo de edades de 15-25 años, para ir decreciendo según aumenta la edad, aumentando las muertes accidentales y disminuyendo las causadas por enfermedades infecciosas. Además, según señalan diferentes autores, la juventud se siente poco preocupada por la salud y presenta poco interés por las informaciones negativas y amenazantes, creyendo que es invulnerable a cualquier tipo de vivencia negativa y valora positivamente el riesgo, considerando que no le pueden ocurrir estos hechos -el sentirse invulnerable hace que no se atiende a la información recibida y que no siga las recomendaciones dadas-, manifiesta la llamada ilusión de control, lo cual es un excesivo optimismo en su capacidad de dominar la realidad y cualquier comportamiento de riesgo puede presentarse asociado a otros, así, hábitos sexuales aparecen asociados a los de consumo de alcohol. En base a ello es fácil deducir que muchos de los comportamientos asociados a la morbilidad y mortalidad en la etapa adulta se inician en esta época, y porque la adolescencia-juventud aún está en proceso de desarrollar y madurar sus habilidades y capacidades, se puede afirmar que ésta se convierte no sólo en objetivo importante para realizar educación para la salud, sino también en agente de la misma.

Para la población en estudio, esto es, los jóvenes-adolescentes españoles, se puede hacer Educación para la Salud tanto desde el ámbito educativo (educación formal y no formal), como desde la Sanidad Pública -Centros de Orientación o Planificación Familiar, equipos de Atención Primaria-, convirtiéndose ambos en espacios adecuados para tales objetivos (3)

Se ha encontrado en algunas comunidades españolas, la Valenciana, el desarrollo reciente de una línea de investigación sobre la salud sexual de la población española en la que se incluye tanto el estudio del comportamiento o hábitos sexuales, como el nivel de información sexual, las actitudes frente a distintos aspectos de la sexualidad y los mitos más frecuentes. (4) (5) (2)

## **LA EDUCACIÓN SEXUAL EN LA INFANCIA.**

La educación sobre este tema, en lo revisado, encuentra un lugar preferente en el sistema educativo y así se ha considerado en la mayoría de los países. Lo más frecuente es encontrarlo integrado en la educación general obligatoria dentro de los programas de educación para la salud, planificados, desarrollados y evaluados por el sistema educativo mediante alianzas con los servicios de salud y con la comunidad.

La forma de su inclusión en el curriculum suele ser muy diversa según los países e incluso las escuelas, lo mismo que el grado de desarrollo y la edad en que se imparte su enseñanza. En España se introdujo la educación para la salud en 1990 como una materia transversal obligatoria en el curriculum de toda la enseñanza primaria y la secundaria obligatoria y dentro de ella los campos de la educación sexual, el VIH/SIDA y la educación sobre drogas. Con ayuda del Convenio establecido entre los Ministerios de Educación, Sanidad y Asuntos Sociales se está desarrollando mediante la formación del personal, la preparación de material didáctico y la programación y realización de proyectos de educación afectivo-sexual con ayudas económicas, de asesoramiento y aporte de materiales. Muchos autores consideran necesario iniciar la educación sobre educación sexual en la preadolescencia por la creciente precocidad de inicio de las relaciones sexuales. De ahí la urgencia de realizar estudios de conocimientos en estas etapas. (6) (7) (8)

Este tema ha tenido un marcado carácter de información a nivel escolar realizado principalmente por psicólogos (7), pediatras (5) (8) y la Escuela Nacional de Sanidad (6)

## **LA SEXUALIDAD Y CONTRACEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA.**

En uno de los artículos se hace una breve reseña histórica. Así, de esta forma se comenta que las prácticas anticonceptivas son tan antiguas como la humanidad misma. No eran desconocidas, pero su uso, quizás ya largamente extendido en la Antigüedad grecolatina, estuvo limitado en las sociedades occidentales. Hasta el siglo XVII sólo eran utilizadas en las relaciones ilícitas, lo que parece lógico si tenemos presente que desde una concepción naturalista no es posible entender la esterilización voluntaria. La limitación voluntaria de la vida contraviene el orden de la *naturaleza* que, desde el mundo judeocristiano, coincide con el orden divino. Sexualidad y reproducción no deben separarse porque el orden natural no puede ser alterado. En España se prohíben en los años cuarenta, hasta la Ley 45/78 de 7 de octubre. A partir de ese momento, las prácticas anticonceptivas se sitúan fuera de las conductas castigadas por la ley (9). Algo común encontrado en los diferentes trabajos realizados es el comienzo temprano de las relaciones coitales, unido al regular conocimiento y uso de los medios anticonceptivos.

El uso por los jóvenes-adolescentes de medios anticonceptivos es algo dispar, en algún trabajo realizado en la comunidad de Madrid (5) se puede encontrar como referencia; <<la mayoría de los adolescentes utilizan habitualmente un método anticonceptivo fiable (preservativos o anticonceptivos orales) y que el 60% de ellos lo hacen "siempre". (Surís; 1996). En otros trabajos realizados en la Comunidad Andaluza la opinión es algo más diferente así, encontramos de forma generalizada que el uso de los anticonceptivos obedece principalmente a dos patrones, el masculino y el femenino, las chicas suelen hacer uso mayoritario de los anticonceptivos. La utilización de métodos anticonceptivos está muy marcada por una serie de factores como son la edad, el nivel educativo tanto familiar como escolar en materia sexual, la capa o estrato social a la que pertenecen, las creencias religiosas, así, como el medio en el que se desenvuelven si es rural o urbano(10). En sujetos más jóvenes y de menor nivel educativo, muestran actitudes y comportamientos totalmente diferenciados: los chicos son muy "machos" y las chicas muy "femeninas" (Oliva, 1997); y por consiguiente el escaso uso de los medios anticonceptivos (10). Los métodos anticonceptivos de forma global en todos los artículos más reseñados son: el preservativo, seguido, a mucha distancia, por el coitus interruptus y los anticonceptivos orales. Sin embargo, parece que el uso del preservativo disminuye con la edad, al aumentar el uso de anticonceptivos orales. Este dato indicaría, como en otros países, que el preservativo se usa

para prevenir el embarazo pero no tanto para la prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). En estudios internacionales se observa un menor uso de preservativos y un mayor uso de anticonceptivos orales. Del mismo modo, el porcentaje de adolescentes que no usan ningún método también es superior que en los trabajos realizados en España.

Tema tratado bajo un prisma informativo y divulgativo por profesionales de la salud, psicólogos y educadores. (5) (9) (10)

## **EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.**

"A las adolescentes que abandonaron su niñez para hacerse madres". (Miguel de, 1990).

Esta situación representa un fuerte impacto por la repercusión social, afectiva y profesional que el embarazo tiene en la vida de la madre adolescente. De común denominador en todos los trabajos revisados es el aumento de las tasas de embarazos no deseados en edades muy tempranas, 12 a 19 años, para ir disminuyendo en edades más altas. Las principales causas de los embarazos no deseados parecen estar en la anticipación de la edad de la menarquia, el descenso de la edad de inicio de las relaciones sexuales asociado a tabúes, información inadecuada, ideas erróneas y a una baja percepción de cuáles son las conductas de riesgo, sobre todo entre los más jóvenes, se convierten en los principales responsables de esta situación.

En cuanto a la aceptación del embarazo, entre las más jóvenes predomina la interrupción voluntaria del embarazo, según indica uno de los estudios realizados en la Comunidad Catalana (5), mientras que con el aumento de la edad es aceptado el hijo, e incluso no lo deja en adopción.

El embarazo adolescente, constituye un importante problema de salud pública, no tanto por la mortalidad que origina o por su incidencia (que no son elevadas) sino por la magnitud de la morbilidad que les acompaña: el embarazo implica un elevado coste social, económico y gran cantidad de problemas emocionales (depresiones e incluso suicidios) para estos jóvenes y para sus hijos si deciden seguir adelante con él. Sus principales consecuencias son abortos, matrimonios forzados, maternidad no deseada, adopciones, etc... Sea cual sea la opción escogida tendrá una significativa repercusión en su futuro, tanto a nivel socioeconómico como afectivo. Generalmente la adolescente embarazada abandona sus estudios, y raras veces los reanuda con posterioridad, lo que supone una menor instrucción y escasas posibilidades de recibir educación sanitaria, además de dificultar su posterior inserción en el mundo laboral, mayores tasas de desempleo y una menor autosuficiencia económica con respecto a otras jóvenes de su edad. Todo ello ocasiona una mayor dependencia económica con respecto a sus padres y/o sus parejas. (11)

Estudiado por profesionales de la salud, psicólogos y trabajadores sociales. (11) (12) (13) (14)

## **LOS ROLES SEXUALES.**

Otro de los aspectos analizados ha sido el rol que cada uno adquiere en las relaciones sexuales. En cuanto al inicio de las relaciones sexuales, lo más común encontrado, entre hombres y mujeres en todos los niveles de edad, es el hombre el que las inicia más precozmente, mientras las mujeres tienen un índice de retracción superior. Paralelamente a

esto se ha encontrado que, las mujeres aunque inicien más tardíamente la relación sexual, en cuanto a la frecuencia parecen estar en un orden superior. Los hombres a lo largo de toda su vida mantienen alta la iniciativa de la relación sexual, mientras que las mujeres tienen un claro patrón ascendente hasta edades sobre los treinta años para luego descender.

Otra constante encontrada es el rol asumido por los chicos en las relaciones sexuales, mostrando cierta preponderancia, de éstos, en cuanto a iniciativa se refiere. Situación que se ve influenciada por el habitat geográfico, de modo que existe una mayor tendencia al alza en las grandes urbes respecto a los medios rurales. El grado académico sí tiene cierta repercusión en cuanto al inicio de las relaciones, así, los sujetos con estudios básicos lo hacen de forma más precoz, mientras los que poseen estudios superiores lo hacen de forma más tardía. (4) (5)

Estos estudios han sido realizados principalmente por psicólogos y profesionales sanitarios. (4) (5)

## **LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. E.T.S.**

Una nota a destacar en los trabajos revisados es que los cambios en los hábitos sexuales ocurridos en las dos últimas décadas han llevado a un incremento considerable a nivel mundial de las enfermedades de transmisión sexual. Aunque es cierto que en realidad la cuantificación total es difícil de tener por cursar estas enfermedades de forma asintomática lo que puede provocar una infradeclaración de casos. Se señala como población de alto riesgo de padecer estas infecciones a los adolescentes y adultos jóvenes. En esta población las actitudes hacia el sexo han evolucionado con gran rapidez en los últimos años, especialmente en las mujeres, en las que la utilización de los métodos anticonceptivos modernos han liberalizado las costumbres sexuales, lo que unido a la existencia de menos parejas estables en estas edades y en consecuencia una mayor promiscuidad sexual, han ocasionado la proliferación de estas enfermedades infecciosas. La incidencia de las distintas enfermedades infectocontagiosas encontradas es muy variada en cuanto a la edad y tipo de enfermedad, como caso curioso y predominante se ha encontrado que la Sífilis no se observa en mujeres de edad inferior o igual a 15 años, y aparece entre los 16 a 20 años con la máxima incidencia. (13) Desde la prevención se recomienda el uso del preservativo, las revisiones periódicas por los especialistas y la educación sanitaria en edades muy tempranas (preadolescencia).

Abordado este tema generosamente por profesionales de la salud, psicólogos y educadores, de relevante actualidad por el aumento de dichas enfermedades. (5) (6) (13) (15)

## **DROGAS Y SEXUALIDAD**

De forma general se puede afirmar que existe una fuerte relación entre el consumo de drogas y la práctica de relaciones sexuales, con una marcada influencia del entorno social del adolescente, que se debe de considerar en actuaciones preventivas sobre parámetros y estos grupos sociales.

En los embarazos no deseados un gran porcentaje son consumidoras de algún tipo de droga que incluso después del parto mantienen la adicción. El consumo de este tipo de sustancias es propiciador de relaciones sexuales de riesgo por la "liberación" que producen las drogas.

De esta forma se ha encontrado que el inicio en hábitos como consumo de tabaco y alcohol se da con el paso de los años en edades más tempranas, siendo así mismo mayor el número de mujeres que se incorporan a ellos. El hábito tabáquico actual y las expectativas de fumar en el futuro están relacionadas con el número de fumadores en el entorno del adolescente. Los programas que se desarrollen en el medio escolar deben incluir actividades para superar la presión ambiental. El alcohol es uno de los problemas más importantes de salud pública de nuestro país, con gran repercusión médica, social y económica, siendo además la droga más utilizada por los jóvenes.

En la década actual con la crisis económica consolidada y un importante sector de jóvenes sin acceso al mundo laboral, el consumo de drogas se asocia a formas de peligrosidad social y provoca gran preocupación en el conjunto de la sociedad. Resultado de esta situación es la elaboración de un Plan Nacional sobre Drogas y de los correspondientes planes autonómicos. Existen múltiples clasificaciones de las drogas pero sólo se ha recogido, de forma mayoritaria, la clasificación sociológica de Freixa, que divide las drogas en institucionalizadas o legales y no institucionalizadas o ilegales y se incluyen cánnabis opiáceos, cocaína, LSD sustancias inhalables, psicotropos. Finalmente, existe una clasificación que irónicamente se puede denominar «política» que divide las drogas en «duras» y «blandas». (14)

Como se reseña en los distintos artículos se trata de una cuestión de Educación para la Salud y esta no puede realizarse sólo por medio del sistema escolar sino que tiene que procurar llegar a los jóvenes a través de otros cauces sociales, culturales y recreativos existentes en la comunidad como servicios sanitarios y sociales diversos planes, especiales para adictos a drogas, para personas sin ambiente familiar, delincuentes, clubes deportivos, asociaciones, grupos de ayuda mutua, etc. Algunos de éstos cuentan con formas de acercamiento a grupos marginados —programas de alcance o outreach— que realizan una labor muy interesante en colectivos difíciles, a veces mediante algunos individuos de estos grupos (pares) que llegan a actuar como agentes de salud para sus compañeros. La educación por pares es un método que está despertando mucho interés y entusiasmo para el desarrollo de programas de educación sobre drogas y sobre VIH, tanto en ambiente escolar como en intervenciones a nivel comunitario. Las principales ventajas que se le reconocen son economía, eficacia y refuerzo personal de los participantes. La gran diversidad de situaciones en que se ha empleado, las diferencias en sus aspectos operativos y, sobre todo, la escasez de programas bien evaluados hace que no pueda contarse aún con clara evidencia de su validez.

Otros aspectos de la revisión realizada, que creo interesante destacar son Las bases teóricas. Modelos psicológicos. La edad de inicio de la educación sobre drogas. Medidas preventivas. (6)

Este tema ha sido abordado principalmente por psicólogos y profesionales de la salud. (6) (12) (14)

## **LA HOMOSEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA**

Hay poco publicado sobre este tema, pero de lo poco que hay, se puede destacar el trabajo del profesor J. Cornellá, en el que comienza conceptualizando la homosexualidad y haciendo una descripción histórica. Se puede definir la homosexualidad como la preferencia

erótica (incluye fantasías y experiencias) por personas del mismo sexo, con disminución del interés erótico hacia las del sexo opuesto.

La primera descripción en la literatura médica corresponde a 1869 (Westphal). Si bien ha sido considerada como enfermedad y/o delito hasta la década de los 70, Freud inició el cambio de mentalidad con su célebre "Carta a una madre americana" (1935) (Cornellá 1996: 130), en que afirma que no se trata de un vicio ni de una degradación, sino de una variante de la función sexual. (16)

En cuanto al desarrollo de la identidad homosexual, si bien la intuición de una atracción "distinta" puede ser percibida ya en la preadolescencia, no es hasta los 13 años que aparecen las primeras fantasías homoeróticas. La aceptación no llegará hasta los 20 años, e incluso puede experimentar regresiones.

Según se reseña en los artículos los adolescentes homosexuales tienen dificultades actualmente, pues, los cambios físicos, mentales emocionales y sociales que se operan en la adolescencia siempre han sido conflictivos.

Cuando aparece una tendencia homosexual, las dificultades de adaptación al entorno social, escolar y social son mucho más acusadas, y estresantes que en los adultos. La sociedad tiene unas imágenes negativas de la homosexualidad, que dañan el frágil autoconcepto de la masculinidad o feminidad del adolescente. Se acepta la orientación heterosexual, en todos los medios, pero no se ofrecen modelos homosexuales. La sociedad ocasiona al adolescente dudas y agitación. En la escuela, aparecen obstáculos. En la programación actual escolar no se contemplan los aspectos de la homosexualidad. En la familia es mal aceptado el adolescente homosexual, ya que la información que poseen los padres suele ser incompleta, y piensan en seguida en estereotipos sociales (SIDA, ostracismo, marginación).

La jerarquía de la religión católica sigue siendo poco comprensiva con los homosexuales, creando, a menudo, situaciones de conflicto moral.

Desde el punto de vista médico el adolescente homosexual debe ser considerado un paciente de riesgo. El aumento de riesgo en las enfermedades de transmisión sexual va ligado a las características del contacto sexual y a los frecuentes cambios de compañero.

Entre los riesgos, el más temido y letal es el SIDA, cuya extensión entre adolescentes es preocupante. En cuanto al riesgo psicológico, la homosexualidad es causa frecuente de tentativas de suicidio y de suicidios consumados entre adolescentes. También aparecen trastornos de la alimentación (anorexia o bulimia) y problemas de autoimagen. Los problemas ansioso-depresivos son frecuentes. (16)

Las tendencias homosexuales no muestran diferencias significativas en función del género, aunque los porcentajes suelen ser mayores en mujeres que en hombres. Tampoco se ha encontrado relación significativa entre esta actitud y la edad, en los hombres de 40-70 años es más acusada la tendencia homosexual. El nivel académico no influye de forma significativa, aunque en niveles altos es más frecuente. (7)

No siendo tema estrella, pero en cierta medida, se ha trabajado bien por sanitarios, psiquiatras y psicólogos. (7) (16)

## **LA PATOLOGÍA SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA**

Se ha estudiado desde el punto de vista presicótico y somático. En cualquier caso, es esencial mantener una actitud abierta, absteniéndose de hacer juicios de valor y procurar un clima adecuado que les permita sentirse cómodos. Se deberán atender los problemas psicosociales y los posibles problemas legales que se deriven de sus conductas. Se realizarán revisiones médicas completas incluidas pruebas de laboratorio, para detectar enfermedades infecto contagiosas, así como técnicas de imagen. De la misma forma se ha encontrado que son importantes las actividades preventivas, vacunación de la hepatitis B y necesidad de practicar "el sexo seguro".

Ambiente tratado principalmente por profesionales de la salud, psicólogos y psiquiatras. (16)

## **LA MORAL Y LA ÉTICA SEXUAL**

Es otro de los temas poco tratado pero que creo es de gran relieve en la actualidad. De la revisión realizada se pueden sacar las siguientes anotaciones. Parece claro que la diferenciación entre sexualidad y capacidad reproductiva no termina de estar clara ni de ser asumida por parte de los adultos, lo que suele ser motivo de angustia y de conductas ambiguas por parte tanto de los padres como de los profesionales de la salud. Depende del criterio de moralidad que se utilice para determinar lo que es correcto en el ejercicio de la sexualidad humana.

En nuestro país se ha venido aplicando, prácticamente de forma exclusiva, el criterio "naturalista" que entiende que la sexualidad se encuentra intrínsecamente unida a la reproducción. En este marco correspondía al médico mantener el orden, ejerciendo un paternalismo plenamente justificado, no ya ante un adolescente, sino frente a cualquier paciente adulto. Desde este enfoque no hay cabida para la autonomía, porque el ejercicio profesional, de acuerdo con un orden moral evidente y objetivo, no sólo permite sino que obliga al médico a hacer que sus pacientes actúen conforme a la ley de la naturaleza. Por ello, es fácil comprender la normativa legal sobre anticonceptivos que ha estado vigente desde la década de los años cuarenta. (9) Afortunadamente hay que decir que esta actitud ha cambiado y existe un mayor aperturismo, tendente a ver las relaciones sexuales como una simple forma de relacionarse más.

Otros autores enfocan el tema relacionando a medicamentos, sustancias, objetos instrumentos, aparatos, medios o procedimientos capaces de provocar o facilitar el aborto o de evitar la procreación.

En cuanto a si hay diferencias sobre el juicio moral entre las chicas y los chicos parece que si las hay, las chicas aventajan a los chicos. Aunque se puede advertir que las chicas aventajaban a los chicos durante los primeros años, pero luego son ellas superadas por los chicos. De la investigación realizada en torno a las relaciones entre sexo y moralidad no es posible obtener una conclusión positiva y uniforme.

No parecen haberse encontrado diferencias sexuales en los estudios sobre la resistencia a la tentación se descubre una ligera tendencia en las muchachas a resistir más a la tentación pero podría explicarse por el fenómeno de aceleración femenina al tratarse de personas muy jóvenes. Tampoco parece haberse encontrado diferencias respecto a las reacciones a la trasgresión, quizá sólo la presencia mayor de sentimiento de culpa en las chicas, sobre todo la tendencia a la confesión de los hechos a los adultos una vez cometidos, pero esto no

significa más alto nivel de control o de sentimiento de culpa sino sólo la utilización de una clave para manejar la culpa. (18)

Desde el punto de vista comportamental, el tema ha sido tratado principalmente por educadores, sanitarios y pedagogos. (9) (18)

## **ADICCIÓN TELEFÓNICA A LAS LÍNEAS PARTYLINE Y ERÓTICAS.**

Como una variante de la adicción al sexo, las líneas telefónicas party-Line y las líneas eróticas presentan unas características determinadas que facilitan la dependencia. En primer lugar, la disponibilidad ambiental de éstas es total: prácticamente en todos los hogares hay un teléfono y los números de estas líneas están ampliamente difundidos. La tentación de llamar -y de poder hacerlo en un entorno discreto- es, pues, muy fuerte. En segundo lugar, el refuerzo obtenido es inmediato, pero el estímulo punitivo -el gasto de la llamada- se demora hasta la recepción de la factura del teléfono. En tercer lugar, el funcionamiento intrínseco de las líneas party-line potencia la percepción de control: el que llama no tiene más que apretar un botón para cambiar de interlocutor, pudiendo variar cuantas veces lo desee y sin tener que *dar la cara* ante la otra persona. Y por último, la búsqueda de la persona deseada (generalmente de sexo opuesto) suscita una gran tensión emocional, en el caso de las líneas party-line, y una excitación sexual, en el caso de las líneas eróticas, que puede completarse con conductas masturbatorias. El interés del caso clínico presentado deriva del contenido de la adicción y de los resultados de la terapia. Por una parte, no existe en la bibliografía ninguna referencia explícita al tratamiento de la adicción a este tipo de líneas telefónicas. Las escasas referencias clínicas existentes aluden genéricamente a la adicción al sexo. (17)

Este tema ha sido tratado por psicólogos exclusivamente. (17)

## **DISCUSIÓN**

En nuestra opinión no se trata de gran cantidad de documentación para ser un tema de amplio espectro y de singular relevancia por la repercusión que sobre el segmento de población en estudio que tiene. La búsqueda sólo se ha realizado en lengua castellana. En nuestro país, no existen metaanálisis relevantes que determinen el comportamiento, actitudes y creencias sexuales de nuestros jóvenes-adolescentes que permitan extraer conclusiones. Se ha de reconocer, y esto ha constituido el interés por este trabajo, que cuando alguien pide información, durante una charla sobre educación sexual o en la clínica sobre la frecuencia o normalidad de determinada práctica sexual no queda más remedio que referirse a datos de otros países y/o épocas. Esto es, datos no muy significativos si se tiene en cuenta que pocas áreas tienen un componente cultural tan importante como la sexualidad. En todo caso, nos encontramos con trabajos que utilizan una reducida muestra y que abordan aspectos muy concretos de la sexualidad. La sexualidad constituye una característica fundamental en la juventud-adolescencia; a pesar de esto, hay pocos trabajos que tienen como objetivo el estudio de este tema, lo cual dificulta aun más el problema.

En cuanto al contenido de los artículos se puede decir que se aprecia un gran interés por recibir información sobre sexualidad y anticoncepción hecho que se confirma en muchos trabajos. Otro dato que hay que resaltar es la discrepancia entre quienes consideran que deberían darles la información y de quienes la reciben. La mayoría de los adolescentes continúan recibiendo la información y las ideas sobre sexualidad de compañeros y amigos

de su misma edad más que por explicaciones de padres maestros o personal sanitario. De los resultados obtenidos podemos destacar que el nivel de conocimientos es aceptable, que el inicio de las relaciones sexuales es cada vez más precoz, que la utilización de métodos anticonceptivos de forma regular es escasa y que la actitud sobre el deseo de recibir información es muy favorable.

De todo esto se desprende la necesidad de iniciar diversas acciones educativas desde edades más tempranas dada la buena predisposición demostrada e implicando de manera más activa a padres y a médicos. Sin embargo, educación sexual no significa más sexo pero sí puede comportar una reducción de las tasas de ETS y de los embarazos de adolescentes. Creemos que habría que facilitarles el acceso a los métodos anticonceptivos pero acompañando esto de una buena información.

## **CONCLUSIONES**

Globalmente se puede decir que, los adolescentes españoles presentan una tasa de actividad sexual coital inferior a la de otros países.

La mayor parte de los jóvenes considera regulares sus conocimientos sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, debido a su poca información. Parece que el uso de los medios anticonceptivos va ligado a la región o Comunidad en estudio.

Por la serie de datos recabados se demuestra que en el adolescente la fuente de información sexual proviene en la mayoría de los casos de amigos y diversas publicaciones, mientras que la información escolar ocupa un segundo plano. A nuestro juicio, puede ser difícil impartir una educación sexual fuera del marco estudiantil, por lo que la familia debería de ser la primera educadora. De esta forma la educación sexual, no sólo se debe impartir en el seno de la familia, sino de forma programada y responsable durante la escolarización, formando parte de programas escolares. De todo esto se desprende la necesidad de iniciar diversas acciones educativas desde edades más tempranas dada la buena predisposición demostrada e implicando de manera más activa a padres, educadores, psicólogos y personal sanitario.

La sociedad española, en virtud de la rápida evolución de su historia reciente, permanece aún cargada de contradicciones a la hora de tomar decisiones sobre el ejercicio de la sexualidad en los adolescentes. El análisis histórico nos ha permitido evidenciar dos paradigmas, cuyos criterios morales han servido para que la sociedad occidental enjuicie acciones como la sexualidad y la anticoncepción, junto a ello, la aplicación de la doctrina del menor maduro está obligando a modificar la tesis paternalista y a otorgar a los adolescentes la posibilidad de definir, desde su capacidad de autodeterminación, aquello que consideran que es beneficioso para su proyecto de vida. Lo más importante es que los profesionales sanitarios, educadores, psicólogos, etc., aprendamos a redefinir nuestro rol sin caer ni en paternalismos hoy inadmisibles, ni en un autonomismo acrítico y radical que nos haga olvidar nuestra obligación fundamental.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1.- Couceiro Vidal, A. Sexualidad y Anticoncepción en la Adolescencia. Consideraciones Históricas y Éticas. Revista Española de Pediatría. 53(2), 1997; 162-171.

- 2.- Cabrera del Castillo, M.A. Martín Díaz, Luquín Jauría, A, Orueta Sánchez, R. López de Castro, F. Conocimientos Actitudes y Comportamientos sobre Sexualidad en Colectivos de Jóvenes Adolescentes. Centro de Salud, 4(5), 1996: 297-302.
- 3.- Sueiro, E. Diéguez, JL. González, A. Jóvenes que realizan estudios universitarios: salud sexual y reproductiva. Atención Primaria, 21(5), 1998; 283-88.
- 4.- Ballester Arnal, Rafael; Gil Llario, Maria Dolores. Salud Sexual (I): Análisis del Comportamiento Sexual de adolescentes, jóvenes adultos de la comunidad Valenciana. Análisis y Modificación de Conducta, 20(69), 1994: 111-138.
- 5.- Suris, J.C. Papera, N. Todo lo que usted debería saber sobre la sexualidad de los adolescentes (y debería atreverse a preguntar). Archivos de Pediatría, 47(3), 1996;117-122.
- 6.- Najera Morrondo, P., Fernández, JM. Gómez, R. Pérez, M.P. La educación para la salud sobre VIH/SISA (II). Publicación oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA, 7(8). 1996; 466-470.
- 7.- Ballester Arnal, Rafael; Gil Llario, Maria Dolores. Salud Sexual (II): Estudio de Actitudes Sexuales en Nuestro Contexto. Análisis y Modificación de Conducta, 23(88), 1997: 181-209.
- 8.- Poveda Ariño, JM. La esfera sexual del adolescente. Acta Pediátrica Española, 23(290). 1975; 229-234.
- 9.- Alonso Moreno, Fj; Sanz de Miguel, L. Tabaco, Alcohol, Sexualidad y Drogas Ilegales en Adolescentes. Influencia del Entorno Social. Semergen, 22(19), 1996: 153-159.
- 10.- Oliva, A. Serra, L. Vallejo, R. Patrones de comportamiento sexual y contraceptivo en la adolescencia. Infancia y Aprendizaje, 77. 1997; 19-36.
- 11.- Marcelino Pérez, S.S., Sánchez de San Lorenzo, A. Marcelino Pérez, D.A. Embarazo adolescente. Una propuesta de intervención, Rol de Enfermería. 20(229), 1997; 10-15.
- 12.- Miguel de J.R., Arribas, C, Esteban, V., Valdor, C. Repercusión social y afectiva del embarazo en la mujer igual o menor de 17 años: análisis de una encuesta realizada a los dos años del parto. Progresos en Obstetricia y Ginecología. 33(5) 1990; 259-265.
- 13.- Nebot, M. Rohlfs, I. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes usuarias de planificación familiar. Medicina Clínica. 103, 1994; 366-370.
- 14.- García Cervera, J, Pereiro, I, Pérez Campos, E. Diferencias existentes entre las adolescente atendidas en primera visita en un centro de planificación familiar en dos periodos de tiempo. Atención Primaria. 20(5), 1997; 237-241.
- 15.- Rodríguez Díaz, R.N. Pintor Díaz, C. Dorta Sánchez, A. Sierra López, A. San Luis Costas, C. Alberto Bethencourt, J.C. Incidencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS) en mujeres adolescentes de la isla de Tenerife. Acta Ginecológica, 45(9) 1988; 395-398.
- 16.- Cornellá, J. Homosexualidad y adolescencia. Archivos de Pediatría. 47(3), 1996: 129-134.

17.- Guerricaechevarria, C; Echeburúa, E. Tratamiento psicológico de la adicción al teléfono (líneas partyline y eróticas): un caso clínico. *Análisis y Modificación de conducta*. 23(91), 1997; 687-727.

18.- Beltrán Lledá, J. El juicio Moral. *Revista Española de Pedagogía*, 141, 1976: 13-36.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia