



M.J. Rodríguez Jiménez (coordinadora) (*). P. Brañas Fernández (). L. Rodríguez Molinero (***). N. Curell Aguilà (****)**

(* Ginecólogo. H.U. Infanta Sofía. S. Sebastián de los Reyes. Madrid.

(**) Pediatra. Jefe de Sección de Pediatría. H.U. Niño Jesús. Madrid.

(***) Pediatra. CS Huerta del Rey (Valladolid). (****) Pediatra. Unidad

de Adolescentes del Departamento de Pediatría. Hospital Universitario Quirón Dexeus. Barcelona

Grupo de trabajo de sexualidad y ginecología de la SEMA

Durante la adolescencia va a completarse el desarrollo puberal y muchos jóvenes van a iniciar su actividad sexual, marcando un hito en sus vidas. En el caso de las chicas, estos años además van a estar protagonizados por un hecho importante: la aparición de la menstruación, signo de que se ha adquirido la capacidad reproductiva.

Aunque la patología es poco frecuente, son numerosas las consultas, más al pediatra que al ginecólogo, por alteraciones del ciclo menstrual o problemas hormonales. En cuanto a las relaciones sexuales, el pediatra tiene la oportunidad de informar y educar a los jóvenes para que las mismas se lleven a cabo con responsabilidad y satisfacción evitando las conductas de riesgo de embarazo no deseado y enfermedad de transmisión sexual.

La entrevista y la exploración

En los aspectos relacionados con la sexualidad y los problemas ginecológicos, el papel del médico, tanto ginecólogo como pediatra, no debe limitarse a la valoración, diagnóstico y tratamiento del problema por el que consulta la adolescente, sino que debe ir más allá, hacia una acción preventiva y educativa.

La empatía del profesional resulta imprescindible para ayudar a los jóvenes a ser conscientes de una situación segura o de riesgo en la que se encuentran en relación con el embarazo imprevisto y con las infecciones de transmisión sexual (ITS), y para emitir una visión positiva de la sexualidad. También posibilita que se sientan sujetos activos y responsables de su propia vida sexual y reproductiva. Una buena comunicación es aún más imperativa en situaciones críticas, como un embarazo inesperado, ITS, seropositividad por VIH, problemas sexuales, problemas de violencia de pareja, etc, que desgraciadamente no son excepcionales en nuestras consultas.

La falta de sensibilidad hacia las preocupaciones y necesidades de la joven pueden convertir un acontecimiento potencialmente instructivo en una experiencia física y emocionalmente traumática que condicionara actitudes ante los médicos, especialmente ante el ginecólogo, que persistirán el resto de su vida.

En el caso de la adolescente, la entrevista puede realizarse con la joven a solas o con acompañante. En el caso de las niñas mayores y adolescentes, la presencia de la madre puede ser tanto de ayuda como coercitiva. Por ello, antes de iniciar la anamnesis, tenemos que establecer la presencia o no de la madre, invitándola a ausentarse si es el deseo de la joven y luego, al terminar nuestra actuación, volver a pasar para ser informada.

Cuando se realiza con la adolescente acompañada y es mayor de 13 años (o antes en determinados casos) siempre hay que reservar un tiempo para hablar con ella a solas.

Hay que asegurarle la confidencialidad, y que algunos temas solo se tratan con sus padres o acompañantes si ella así lo desea. Cuando exista algún problema grave para la salud hay que comentarle que el tema deberá ser tratado con los adultos responsables.

Cuando una adolescente ha de ser sometida a una exploración ginecológica suele presentar cierto temor, que generalmente es debido a la información que ha recibido a través de su familia (madres, hermanas), su círculo de amistades o también a través de los medios de comunicación. Suele ser una mezcla de miedo, desinformación en muchas ocasiones, y temor a lo desconocido. En la mayoría de los casos esta será la primera exploración ginecológica, y por tanto puede condicionar determinadas actitudes frente al colectivo sanitario en el futuro. Por tanto es de especial interés que el médico adquiera la habilidad de explicar que es lo que se va a realizar, con el fin de obtener la cooperación de la paciente. En determinados casos, siempre que no haya una urgencia inmediata, se puede posponer la exploración.

Hay que llevar a cabo el examen menos cruento que nos aporte la máxima información sobre el motivo de consulta. Por otro lado tampoco se debe omitir una exploración necesaria por la edad de la paciente. La flexibilidad constituye la clave de una relación apropiada.

Los objetivos de la exploración en ginecología infanto-juvenil son: Confirmar o descartar la normalidad del aparato genital. Diagnosticar la existencia de patología. Tomar muestras para determinadas exploraciones complementarias.

Educación sexual

La educación sexual debe considerar el amor, el respeto a las otras personas, y la confianza en uno mismo. Debe ser evolutiva a lo largo del crecimiento de niños y adolescentes. Debe incluir información sobre anatomía, fertilidad, sexualidad, métodos anticonceptivos y prevención de infecciones de transmisión sexual.

La sexualidad tiene toda una serie de aspectos positivos: placer, ternura, comunicación y vínculos afectivos, fecundidad. Sus aspectos negativos son el embarazo no deseado, las infecciones de transmisión sexual y el abuso sexual.

Las personas debemos ser felices con el hecho de ser sexuales y las posibilidades que ello nos da.

Una educación sexual adecuada puede influir en un retraso en la edad de inicio de las relaciones sexuales coitales, disminuir la actividad sexual, reducir el número de compañeros sexuales y aumentar el uso de prácticas sexuales seguras. Se ha demostrado que no influye en un aumento

o inicio precoz de la actividad sexual. Los jóvenes que reciben educación sexual basada en el conocimiento tienen actitudes sexuales más responsables.

Son responsables de la educación sexual la familia, la escuela, los amigos, los profesionales sanitarios, la administración pública y los medios de comunicación.

Hay que educar a los jóvenes en:

- Habilidades de comunicación: Comunicación padres-hijos, entre iguales, entre sexos, en la pareja, entre el educador y el que es educado,
- Asertividad: Hacer a las personas eficaces en las relaciones sociales: saber decir sí, saber decir no, expresar un deseo, decir cosas positivas, criticar de forma correcta,
- Toma de decisiones: Valorar las diferentes alternativas, sus costos y beneficios, congruencia con nuestro sistema de valores, ...

Hay que transmitir toda una serie de valores: igualdad entre sexos, sinceridad interpersonal, placer, ternura, comunicación, afectos compartidos, responsabilidad compartida y valor de los vínculos afectivos. Hay que ayudar a los niños y adolescentes a entenderse a sí mismos como hombres y mujeres y ayudarles a expresar su sexualidad en la vía positiva.

El hecho de tener relaciones sexuales sin que se trate de una decisión personal, solo motivadas por la presión social y de los pares, puede dar lugar a problemas importantes, como son la insatisfacción sexual (influida por muchos factores que tienen que ver con el lugar de las relaciones, la forma, la prisa de las mismas o la ignorancia) y el sentimiento de frustración.

Por ello es necesario que el adolescente contemple la abstinencia como una opción más. Los adolescentes deben aprender que tienen derecho a tener su propia historia sexual, con relaciones sexuales o sin ellas, aprendiendo a decir no cuando esto es lo que quieren, reconociendo el derecho a ser diferentes, distintos de los demás si es el caso y siendo asertivos con sus posibles parejas (no dejándose presionar y exigiendo condiciones de sexo seguro).

La familia, la escuela y la sociedad deben estar dispuestos a ayudarles sin caer ni en un modelo educativo que defienda a ultranza la abstinencia y deje sin información básica a los adolescentes condenándoles, si no siguen sus consejos, a tener relaciones sexuales de forma furtiva y probablemente menos planificada y responsable, ni, en el otro extremo, considerar de forma explícita o implícita como si todos los adolescentes tuvieran o debieran tener actividad sexual coital, cayendo en nuevos mitos.

Los medios de comunicación pueden dar una imagen no real de la sexualidad, y tienen mucha influencia en los niños y adolescentes. Los profesionales sanitarios debemos ayudar a los jóvenes a tener una actitud crítica ante la información que reciben.

Las relaciones sexuales en la adolescencia

Las relaciones sexuales en los adolescentes tienen unas características que las convierten en conductas de riesgo para embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual. Son las siguientes:

- Inicio precoz de las relaciones sexuales coitales: según el INJUVE (Instituto de la Juventud) la media de edad a la que los jóvenes tienen la primera relación es de 17 años + 3

meses. Según estudios del CSIC (Centro Superior de Investigaciones Sociológicas): a los 15 años un 12% de los jóvenes ya han tenido relaciones completas; el 50% a los 17 años y a los 19 años son el 75%.

- Hay un acceso más directo y en menor tiempo desde otras conductas al coito. Factores biológicos, familiares y socioculturales como la disminución de la edad de la menarquia, la existencia de familias desestructuradas, la presión del grupo de iguales, la permisividad y sobreexcitación sexuales, el consumo de alcohol y drogas... condicionan en gran medida esta conducta.
- Se consideran monógamos, pero son frecuentes los cambios de pareja y en muchos casos la duración de la pareja es breve. Son “monógamos sucesivos”.
- Las relaciones sexuales son irregulares, con frecuencia espaciadas y casi siempre no previstas.
- Dificultades para establecer relaciones de causa-efecto entre la conducta sexual que proporciona placer inmediato y el riesgo que conllevan (ETS, embarazo).
- El ocio está mediatizado por el consumo de alcohol y otras drogas. Numerosos estudios señalan que en muchos casos los adolescentes realizan las primeras relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol, y hasta un 17% de los adolescentes reconoce utilizar menos el preservativo después de haber consumido alcohol.
- Escasa y deficiente utilización de los métodos anticonceptivos, atribuible a desinformación sobre los mismos, creencias erróneas (“no sabía que me podía quedar embarazada la primera vez”), objeciones morales o de otra índole, falta de previsión (para los jóvenes el coito tiene un carácter de espontaneidad que se pierde si va preparado con preservativo) y dificultades para el acceso a los servicios.
- Hay un concepto en anticoncepción que es el “ tiempo de riesgo” definido como el tiempo transcurrido entre el comienzo de las relaciones coitales y la utilización de un método anticonceptivo seguro. En los jóvenes ese tiempo es superior a 3 meses en el 50% de los casos e incluso superior al año en el 28.5%.

El tiempo de riesgo está en relación con la posibilidad percibida de embarazo, que tiene que ver con la experiencia coital, la creencia sobre la ocurrencia de embarazo y la historia previa sobre “accidentes” de la joven o su pandilla en su relación coital.

La anticoncepción en la adolescencia

Aunque no existe ningún método específico para esta edad, la anticoncepción en la adolescencia debe reunir una serie de requisitos por las circunstancias y características especiales:

- Debe tener en cuenta el grado de maduración biológica y no interferir en el desarrollo y el crecimiento estatural.
- Debe ser reversible salvo que casos excepcionales como enfermedades o deficiencias psíquicas aconsejen lo contrario.
- Debe ser adecuado a su actividad sexual, valorando el tipo y frecuencia y la existencia de compañero no monógamo o cambios frecuentes de pareja.
- Debe ser de fácil realización. Los métodos cuyo uso requiera mayores cuidados pueden ser rechazados o mal utilizados por los adolescentes.

En ausencia de un método anticonceptivo ideal, es muy importante poner a disposición del adolescente la gama más amplia posible de métodos, analizando detalladamente cada uno de ellos en relación a las variables biológicas, psicoafectivas, socioeconómicas y los valores del entorno en que se desenvuelve.

Establecidos estos requisitos, la FIGO (Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología) establece cuatro categorías para los métodos anticonceptivos en la adolescencia:

- Recomendables: incluyen preservativos y anticonceptivos orales, parches y anillo. Dentro de estos, hay que valorar en cada caso qué características del método pueden ser especial adecuadas para cada joven: p.ej hay que evitar la vía oral por la posibilidad de vómitos (ingesta de alcohol o historia de bulimia) y aconsejar anillo o parche. El margen de seguridad del parche es mucho mayor (48 hs) que el del anillo o la píldora (12 hs) y puede ser útil en las jóvenes más olvidadizas.
- Aceptables: incluyen dispositivo intrauterino, diafragma, esponjas, espermicidas y anticonceptivos depot.
- Poco aceptables: métodos quirúrgicos y métodos naturales.
- De emergencia: anticoncepción postcoital.

El Grupo de Trabajo sobre Sexualidad y Ginecología de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia es un grupo mixto de pediatras y ginecólogos que desde diferentes niveles asistenciales, tanto en Atención Primaria como a nivel hospitalario, en la medicina privada o en la pública, han trabajado durante mucho tiempo con interés este aspecto de la salud de las adolescentes. Con la creación del Grupo se consigue hacer realidad la necesaria colaboración entre ambas especialidades con el único interés de mejorar el conocimiento y la asistencia a las jóvenes.

Los objetivos de este grupo son:

- Fomentar la colaboración entre pediatras y especialistas en Ginecología en la atención a la salud ginecológica y sexual durante la adolescencia, compartiendo no solo la experiencia clínica sino también los aspectos teóricos al respecto de ambas especialidades.
- Facilitar el conocimiento y acceso de los pediatras a las guías clínicas y protocolos de actuación vigentes elaborados por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) así como de otras Sociedades Nacionales e Internacionales que trabajan con adolescentes.
- Participar activamente en cursos y congresos de las diferentes especialidades como grupo de trabajo mixto.
- Facilitar la actualización de conocimientos en Sexualidad y Ginecología de la adolescencia a través de artículos, documentos, publicaciones e información sobre cursos y congresos, a través de la página web de la SEMA y de la revista “Adolescere” de la SEMA.