

Salud sexual y reproductiva del adolescente

J. Colomer Revuelta^a y Grupo PrevInfad

^aProfesora Titular de Pediatría de la Universitat de Valencia.

Pediatra, CS Fuente de San Luis, Valencia.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7 Supl 1:S77-79

A pesar de la evolución teórica a la que ha llegado el concepto de salud sexual y reproductiva y del interés que el tema de la sexualidad en la adolescencia ha adquirido en las últimas décadas, aún no resulta sencillo definirlo, explicarlo y mucho menos aplicarlo.

La transformación del contenido de estos conceptos, al ritmo de los cambios políticos, económicos y socioculturales, ha generado un nuevo enfoque para su atención que distingue dos componentes: el de los derechos sexuales y reproductivos y el de la necesidad de una oferta de servicios de salud integral que incluya, entre otros, la atención a la sexualidad, la planificación familiar, la prevención de enfermedades de transmisión sexual y la educación sexual.

Este nuevo enfoque, aplicado a la población adolescente, está demandando la adecuación de las intervenciones tradicionales a fin de poder responder de

manera eficaz y eficiente a una realidad cambiante. Los pediatras, al mantener una relación continuada con los adolescentes a través de su niñez, estamos comprometidos en este cambio y, para poder cumplir con esta responsabilidad en la práctica cotidiana, tenemos que basarnos en principios éticos elementales como la formación suficiente, el respeto a las creencias, deseos y necesidades de los demás, y la dosis precisa de buena voluntad.

En este sentido es de agradecer la contribución que el comité científico de la I Reunión Anual de la AEPap nos ha proporcionado al elegir el tema de esta Mesa Redonda y a los ponentes de la misma. Yo tengo, además, que agradecer el poder moderar esta Mesa. Es un honor que interpreto como un reconocimiento al trabajo que el grupo PrevInfad realiza en la elaboración de recomendaciones en actividades preventivas

y que incluyen las relacionadas con el tema de la misma.

Los expertos que han tenido la deferencia de aceptar participar como ponentes realizarán sus exposiciones sobre cuestiones de gran interés para nuestras intervenciones como pediatras:

El doctor Luis Mitjans (de la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva de la Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana) es un experto en el tema de la educación sexual, tanto en su vertiente de trabajo directo con adolescentes como indirecto a través de la formación de grupos de profesionales con implicación en la misma (educadores y el personal de salud). En su intervención nos expondrá las características e importancia de la sexualidad durante la adolescencia como realidad sobre la cual construir los objetivos de la educación sexual.

De la trayectoria profesional del doctor Eduardo Plá (Jefe de la Unidad de Promoción de la Salud de la Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana) es de destacar, entre otras, su experiencia en la socialización del conocimiento sanitario que, con gran habilidad y éxito, ha ido introduciendo en las diferentes vertientes de su actividad profesional dentro de la Salud Pública Valenciana y, desde hace ya unos años, en las

relacionadas directamente con la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva.

Él nos ofrece una visión epidemiológica actualizada de la anticoncepción en la adolescencia, descifrándonos la realidad que se esconde tras las cifras, lo que nos permitirá valorar la importancia del tema y argumentar la priorización de nuestras actuaciones.

También contamos con la participación de dos expertos en anticoncepción en la adolescencia: la doctora Isabel Pérez es especialista en Obstetricia y Ginecología, con formación en sexología y salud pública, y cuenta con una significativa experiencia asistencial en el Centro de Salud Sexual y Reproductiva de Torrente (Valencia) siendo una asidua asesora de la Consellería de Sanitat en temas asistenciales y de investigación sobre sexualidad en la adolescencia. El doctor Ezequiel Pérez es jefe del servicio de Ginecología del Hospital de Requena y Presidente de la Sociedad Española de Contracepción. Es un reconocido especialista en este tema, que constituye su línea de trabajo asistencial y de investigación desde hace ya muchos años. Es bien conocido por la calidad de sus contribuciones y muy apreciada su presencia como colaborador en los grupos de trabajo. Entre los dos nos presentan un resumen actualizado de los diferentes

métodos de anticoncepción de utilización en la adolescencia y una puesta al día en los aspectos ético-legales relacionados con su prescripción.

Es probable que, por la extensión del tema y lo limitado del tiempo, queden muchos aspectos por tratar. Sin embargo, estoy segura de que gracias a las aportaciones de estos ponentes los pe-

diatras vamos a ser capaces de dar un paso más en la consecución del objetivo, tan bien enunciado por Eduardo Plá durante los preparativos de esta Mesa como “el intento de que el deseo de amar y de ser amados se disfrute casi todos los días y sin fecha de caducidad, separado de otra maravillosa experiencia como la de tener un hijo”.



Métodos de anticoncepción en adolescentes. Píldora de emergencia. Aspectos ético-legales

I. Pérez García^a, EF. Pérez Campos^b, E. Plá Ernst^c

^aCentro de Salud Sexual y Reproductiva Torrent, Valencia.

^bServicio de Ginecología, Hospital de Requena, Valencia.

^cDirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Valencia.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7 Supl 1:S81-87

Resumen

La adolescencia suele marcar el inicio de la actividad sexual basada en la erotización de las relaciones.

Las distintas encuestas apuntan a que las relaciones sexuales en los adolescentes y jóvenes están marcadas por la superación de las rigideces y son más abiertas, lo que se corresponde con una sociedad más plural como la nuestra.

Pero los datos también reflejan una baja consistencia en la utilización de los métodos anticonceptivos, que lleva a tasas elevadas de embarazos a estas edades así como de interrupciones voluntarias del embarazo.

Tener un mejor conocimiento de los métodos anticonceptivos por parte de los profesionales y poder compartir esta información con la población adolescente ayudarían a prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

Palabras clave: Adolescentes, Sexualidad, Anticoncepción, Interrupción de embarazo.

Abstract

Adolescence generally marks the beginning of sexual activity based on the eroticisation of relationships.

Various polls indicate that sexual relationships in adolescents and young adults are marked by the overcoming of a certain rigidity and by being more open, which is what corresponds to a more plural society like ours.

However the information also reflects a low consistency in the use of methods of contraception, which leads to an elevated level of teenage pregnancy and pregnancy termination.

A better knowledge of contraceptive methods as far as professionals are concerned, and the ability to share this knowledge with young people would help to prevent not only unwanted pregnancies but sexually transmitted diseases as well.

Key words: Adolescent, Sexuality, Contraception, Pregnancy termination.

Las cifras aportadas por las últimas encuestas realizadas en nuestro país sobre la utilización de métodos anticonceptivos en los distintos segmentos de edad y las publicadas respecto al número de abortos y su porcentaje sobre el total de gestaciones nos permiten afirmar que los adolescentes carecen de la información o los medios para realizar correctamente su anticoncepción.

El Ministerio de Sanidad y Consumo en sus informes sobre la interrupción voluntaria del embarazo en España recoge los datos referidos a la tasa específica de abortividad por mil mujeres en el grupo de edad de 19 años y menos, y se manifiesta la tendencia ascendente de esta tasa (4,22 en 1994 y 9,90 en 2003).

En la encuesta sobre Sexualidad en Jóvenes de la Comunidad Valenciana de 2000, el método anticonceptivo utilizado en la primera relación coital más frecuentemente es el preservativo, las chicas lo utilizan en mayor proporción que ellos y cuanto más jóvenes son, más lo hacen. Pero el coito interrumpido, la denominada "marcha atrás", es utilizado por algo más del 10% como método anticonceptivo.

Dos puntos más a resaltar que aparecen reflejados en la encuesta sobre Sexualidad en Jóvenes de la Comunidad Valenciana son: cuando se les pregunta

sobre la consistencia en la utilización de métodos anticonceptivos en las relaciones coitales, entendida como la utilización de algún método anticonceptivo en todas las relaciones coitales, es declarada en los chicos en menor proporción.

Con respecto a los motivos de no utilizar preservativos, las razones aducidas son: la pérdida de intensidad del placer, que les "corta el rollo" y porque no lo tienen disponible en el momento en que lo necesitan.

El porcentaje general de las mujeres españolas respecto a la utilización de métodos anticonceptivos en la encuesta Daphne de 2003 (71%) desciende hasta un 45% cuando nos referimos al grupo de mujeres entre 15 y 19 años. Aunque algunas de ellas no los usan por no realizar relaciones con coito, la edad media de inicio de los mismos en nuestros adolescentes (sobre los 16 años) y los datos recientemente aportados por Margarita Delgado respecto a abortos crecientes en adolescentes (el 50% de los embarazos a estas edades finalizan en interrupciones voluntarias de embarazo) nos hablan a las claras de los déficits de la anticoncepción en la adolescencia.

Vamos a analizar la idoneidad de los diferentes métodos anticonceptivos en la adolescencia y los datos sobre su utilización real en la sociedad española, las

especificidades de la anticoncepción de emergencia como segunda oportunidad de evitar una gestación no deseada, las características que debe reunir la asistencia en anticoncepción a los adolescentes y los aspectos éticos y legales de todos estos temas.

Los requisitos que debe reunir un método en la adolescencia son la reversibilidad, salvo caso de deficiencia psíquica o enfermedad grave que contraindique un embarazo, no interferencia con el desarrollo físico, facilidad de uso y adecuación a la actividad sexual.

En general, los adolescentes pueden usar cualquier método anticonceptivo. Debemos contemplar siempre la abstinencia como una opción posible, explicando otras opciones (especialmente preservativo y anticoncepción de emergencia) para el caso de cambio de actitud sin consulta previa.

El *preservativo masculino* resulta un método de gran utilidad en los adolescentes. Presenta la ventaja añadida de la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS), fundamental cuando se tiene más de una pareja sexual. Además son seguros, relativamente económicos, no precisan control médico y tienen escasos efectos secundarios. Su tasa de fracaso es del orden del 14%, aunque con su uso correcto disminuye a

un 3%. Requiere unas condiciones de uso muy estrictas que los adolescentes deben conocer para evitar riesgo de un embarazo no deseado. Los hay de látex y de poliuretano para casos de alergia al látex.

El *preservativo femenino* es otra opción, si bien su uso es muy reducido. Permite a la mujer controlar la seguridad de su relación sexual aunque presenta algunas incomodidades en el uso que lo hacen poco atractivo.

El *diafragma* ofrece también cierta protección frente a las ITS, aunque no frente al VIH. Consiste en una semiesfera de látex que se coloca en el fondo vaginal cubriendo el cervix, acompañado de crema espermicida que lubrica y aumenta la eficacia. Requiere prescripción médica para su correcta medida y un grado adecuado de motivación por parte de la adolescente para su uso.

Los *métodos naturales* y el *coitus interruptus*, siempre a mano, son muy utilizados por los adolescentes. La irregularidad menstrual de la adolescencia puede disminuir su ya reducida eficacia. No tienen contraindicaciones ni efectos secundarios.

La *anticoncepción hormonal combinada*, en sus formas de administración oral, inyectable, vaginal o transdérmica, constituye un método seguro y eficaz en esta

época de la vida. Presenta además una serie de efectos beneficiosos no anticonceptivos como el aumento de la regularidad menstrual, la disminución del sangrado menstrual y prevención de la anemia ferropénica, la disminución de la enfermedad inflamatoria pélvica, de los quistes de ovario, del riesgo de cáncer de endometrio y ovario y de la incidencia del acné, sea cual sea su composición.

El bloqueo precoz del eje hipotálamo-hipofisario no tiene repercusiones negativas, ni parece afectarse el pico de masa ósea. Tampoco tienen efecto en el aumento de peso mantenido. El aumento en el cáncer de mama detectado en mujeres que usaron preparados de los de alta dosis en su adolescencia durante muchos años no se ha demostrado con los preparados actuales.

Se deben usar preparados de baja dosis (menos de 50 mcg de etinilestradiol), intentando una dosis que nos permita un buen control del ciclo menstrual para aumentar el cumplimiento.

Para mejorar el cumplimiento se han propuesto pautas con 28 comprimidos (algunos de placebo) y toma continuada o bien otras vías de administración. Los anillos vaginales se insertan en la vagina para un período de tres semanas, seguidos de una semana de descanso. Los parches se colocan una vez a

la semana durante tres semanas, con otra de descanso. La eficacia de ambos métodos es superponible a la de los orales, sus contraindicaciones las mismas y nos permiten un buen control del ciclo; suponen una adecuada alternativa para las adolescentes.

En cuanto a los métodos con sólo gestágeno, la *mini-píldora*, por sus irregularidades menstruales y la aparición de quistes de ovario funcionales, puede resultar poco atractiva. Los *inyectables de AMPD*, de uso creciente entre adolescentes en otros medios, pueden resultar útiles por su larga duración (14 semanas) y buena tolerancia; deben conocerse adecuadamente sus irregularidades en la regla y la elevada frecuencia de amenorrea en el uso prolongado, así como el lento retorno a la fertilidad posterior.

Los *implantes* subdérmicos de gestágeno, de elevada eficacia, permiten la anticoncepción prolongada por tres o cinco años, pero su afectación en el ciclo puede resultar un inconveniente.

La anticoncepción intrauterina, con *DIU de cobre o medicado* con levonorgestrel, no está contraindicada en la adolescencia siempre que no exista riesgo de infecciones de transmisión sexual y se busque una anticoncepción a largo plazo.

En referencia a la *anticoncepción de emergencia*, aunque no sea un método a recomendar como de continuidad, constituye una valiosa segunda oportunidad para una relación no protegida por inesperada, con posible fallo del método o en condiciones de menos control por el/la adolescente (alcohol, drogas...). El circuito para su obtención debe presentar las máximas facilidades y de su prestación debe derivarse el aprovechamiento de la ocasión para un consejo anticonceptivo posterior. La rotura del preservativo es la principal causa aducida en su solicitud.

La anticoncepción de emergencia se puede realizar con la administración de dos comprimidos de 0,75 mg de levonorgestrel en las primeras 72 horas tras un coito no protegido (se puede alargar a 120, disminuyendo la eficacia). Su eficacia es la prevención de un 84% de embarazos. Tiene escasos efectos secundarios (náuseas-vómitos, mareos, algias abdominales, alteraciones menstruales...), considerándose un medicamento de gran seguridad, que se administra sin receta en gran número de países con sistemas sanitarios avanzados, sin que ello haya redundado en un aumento de la utilización del método.

Su eficacia disminuye con el paso de las horas. De ahí la importancia de no

demorar su prescripción cuando se solicita, ya que de lo contrario se está incurriendo en la responsabilidad de su posible disminución de efecto.

Para casos concretos, se puede realizar también la anticoncepción de emergencia con la inserción de un DIU en las primeras 120 horas tras el coito no protegido. Las limitaciones del uso de este método son las mismas que en otras circunstancias.

En cuanto a lo que las encuestas dicen de la utilización de los diferentes métodos en la adolescencia, en la encuesta del equipo Daphne de 2003, la última realizada, el grupo de edad entre 15 y 19 años presentaba la ausencia de método anticonceptivo como más prevalente (54,8%), seguida por el uso del preservativo (33,2%). La píldora tenía un uso muy escaso (10,7%) y el coito interrumpido aparecía en un 1,3%. No se hacía referencia en la población encuestada a ningún otro método. En ese momento, no se encontraban disponibles otras vías de anticoncepción hormonal combinada.

Para terminar, haremos una breve referencia a los principios de bioética en la prestación de anticoncepción. El *principio de autonomía*, por el que estamos obligados a proporcionar el mejor conocimiento científico del que se disponga

en el momento, queda garantizado con una información objetiva de los riesgos y beneficios de cualquier método, alejado de posicionamientos ideológicos que corresponden a la esfera de la vida personal. El *principio de beneficencia* nos obliga a primar siempre el beneficio sobre el perjuicio (en este caso, un embarazo no deseado). Por fin, el *principio de justicia* nos lleva a ofrecer anticoncepción accesible a toda la población, incluyendo la anticoncepción de emergencia en el mínimo tiempo posible.

Aspectos legales de la atención a los adolescentes

El menor tiene derechos reconocidos por la legislación en aquellos aspectos que afectan a su personalidad; dentro de ellos se enmarcan los derechos en materia de sexualidad, que afectan a su esfera más íntima. El artículo 162.2.1.º del Código Civil excluye de la representación que los padres hacen de los hijos "los actos relativos a los derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y condiciones de *madurez*, pueda realizar por sí mismo".

El menor en la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente

Esta norma supone un enorme avance; se puede decir que esta ley respeta

al menor de edad en su consideración general como sujeto de derechos. En ella se fija la mayoría de edad sanitaria en los 16 años, esté emancipado o no el menor.

En definitiva, un menor es capaz y competente para tomar decisiones en el ámbito de la salud cuando comprenda la información y alcance un nivel de razonamiento que le permita evaluar riesgos y consecuencias futuras.

Garantías jurídicas y responsabilidad del médico en el uso de la anticoncepción de emergencia en menores

Desde que en 2001 se autorizó la píldora poscoital nos hemos encontrado con una problemática jurídica más bien teórica que real. Con la Ley 41/2002 podemos afirmar "que el menor de edad no emancipado puede prestar su consentimiento en el tratamiento o utilización de fármacos, en relación con su madurez apreciada objetivamente por el médico" siempre que el profesional actúe con arreglo a lo establecido en los artículos 8, 9 y 10 de la Ley de Autonomía y anote en la historia clínica los criterios objetivos que le sirvieron para considerar la madurez del menor. Ello salva su responsabilidad jurídica, porque además la ley citada no establece ex-

presamente en qué supuestos concretos se puede considerar maduro al menor de 16 años.

Es cierto que la citada Ley de Autonomía no resuelve expresa ni legítimamente cuándo el menor entre 12 y 16 años puede de forma autónoma otorgar su consentimiento en determinados supuestos sin la presencia de los padres.

Pero en estos casos, la realidad social, ética y médica debe encontrar la solución idónea para la salud del menor no perjudicándole.

Finalmente la Ley 41/2002 en su Art. 7.1 reconoce el derecho de las personas a la confidencialidad de los datos referentes a su salud.

Bibliografía

1. AVECILLA A. Particularidades de la atención a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia. *Cienc Ginecol.* 2002;5:282-290.
2. Álvarez D, Arribas L, Cabero L, Lete I, Ollé C, de Lorenzo R. Sociedad Española de Contracepción, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de actuación en anticoncepción de emergencia; la píldora del día después. Barcelona: Pulso Ediciones; 2002.
3. Parera N, Martínez F, Surís JC. Anticoncepción en la adolescencia. *Cuad Med Reprod.* 2001;7(2):167-177.
4. Ramírez A. Intercepción postcoital. *Cuad Med Reprod.* 2001;7(2):143-154.
5. Sociedad Española de Contracepción. Manual de salud reproductiva en la adolescencia; aspectos clínicos y prácticos. Zaragoza: SEC, 2001. Disponible en www.sec.es/saludreproductiva.htm



Sexualidad y adolescencia

L. Mitjans Lafont

Médico, Sexólogo.

Unitat de Salut Sexual i Reproductiva, S. Promoció de la Salut.

Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7 Supl 1:S89-95

Resumen

Si durante la infancia el sexo es el hecho más radical a nivel existencial, durante la adolescencia, además, se convierte en el hecho más radical a nivel vivencial. La adolescencia, como período vital y social, se puede referenciar como un período de "reindividuación sexual", en el que dominan unos cambios guía: pasar de un cuerpo de niña/o a un cuerpo de mujer/varón; transformar una identidad infantil en una identidad adolescente; sustituir el núcleo fusional familiar por el núcleo fusional externo; el deseo sexual, como investimiento erótico del "otro", se convertirá en el motor vivencial que con más fuerza organizará el mundo de los afectos y sentimientos.

Las diferencias con base neuro-hormonal separan los puntos de arranque del proceso: las chicas se adelantan casi dos años a los chicos. Pero tanto en ellas como en ellos el cuerpo va a ser el escenario de la acción, el cuerpo como sustento y como carta de presentación de esa nueva identidad incipiente. Sus nuevas capacidades fisiológicas procreadoras recién estrenadas, la maduración ovárica y testicular, van a tomar significados vivenciales y sociales diferentes en nuestro contexto cultural: la legitimación del placer y el deseo sexual como un proceso activo va a ser mucho más lineal para los adolescentes y mucho menos explícito en las adolescentes.

La sexualidad, la manera de vivirse como varón o como mujer, se convierte en la adolescencia en el registro más emergente de sus vidas.

Esta realidad marca los objetivos de competencia en la educación sexual en la adolescencia.

Palabras clave: Adolescencia, Identidad sexual, Deseo sexual, Sexualidad.

Abstract

If, during infancy, sex is the most radical act at an existential level, then, during adolescence, it also becomes the most radical act in terms of experience. Adolescence, as a vital and social period, can be referred to as a period of "sexual revindication" in which some guideline changes dominate: the change from a childlike body to that of an adult, transform an infantile identity into an adolescent one, substitute the fusional family nucleus for an external nucleus; sexual desire, like the erotic awakening of the "other", will be converted into the vital motor that, with more effort, will organise the world of affections and feelings.

Neuro-hormonal differences separate the starting points of the process: girls overtake boys by almost two years. However, as much for boys as for girls, the body is the scene of

action, the body as sustenance and as presentation letter of their new budding identity. It's new-found procreative, psychological capacities, ovarian and testicular maturity, will take significant vital and social differences in our cultural context: legitimization of pleasure and sexual desire as an active process will be much more lineal for adolescents and much less explicit in adolescents.

Sexuality, the way of living life as a man or a woman, becomes for adolescents, the most apparent change of their lives.

This reality marks the objectives of competence in sexual education in adolescence.

Key words: Adolescence, Sexual identity, Sexual desire, sexuality

La activación del sistema funcional formado por el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal (ovárico y testicular) y la subsiguiente cascada de procesos de cambio madurativo que se producen en una época del desarrollo vital de las niñas y niños reflejan sin lugar a dudas los aspectos filogenéticos del mantenimiento de la especie a través de la procreación sexuada y los aspectos ontogenéticos de la diferenciación sexual en la especie humana.

Los cambios puberales (cambios somato-psíquicos), esencialmente dimórficos en cuanto a caracteres sexuales secundarios, provocan una realidad social radical: la capacidad de ser fértiles va a unir y a separar definitivamente a los sexos.

Esta capacidad para procrear tiene, como hemos señalado, unas implicaciones sociales de vital importancia. Este nuevo estatus implica la asignación de toda una cascada de prerrogativas y demandas que va a situar a las niñas y a los niños

de manera inequívoca en una de las dos nuevas situaciones posibles: ser una mujer o ser un hombre. Habitualmente este es un proceso identificatorio sin demasiada discontinuidad entre la identidad infantil y la nueva, las niñas construyen mujeres y los niños varones.

Esta imagen de continuidad no debe engañarnos sobre el potencial de conflicto que genera este período vital, tanto a nivel vivencial del sujeto como del entorno que lo enmarca.

La adolescencia, como período vital y social, se puede referenciar como un período de "reindividuación sexual", en el que dominan unos cambios guía: pasar de un cuerpo de niña/o a un cuerpo de mujer/varón; transformar una identidad infantil en una identidad adolescente; sustituir el núcleo fusional familiar por el núcleo fusional externo; el deseo sexual, como investimento erótico del "otro", se convertirá en el motor vivencial que con más fuerza organizará el mundo de los afectos y sentimientos.

Los cuerpos y las identidades

Decíamos que el primer mandato que deben cumplir los adolescentes será convertirse, casi de la noche a la mañana, en mujeres y hombres.

Sí hay un rasgo estructural que se repite en todas las sociedades humanas: adjudicar de manera diferencial e inequívoca formas, funciones, pensamientos, expectativas, apetencias, predisposiciones e incluso derechos a cada sexo con el objetivo de clarificar en la organización social la distinción entre varón y mujer. Constituyéndose ambos sexos de esta forma como polos opuestos, antagonizándose de forma artificial lo que tal vez sólo sea una cuestión de matices.

Parece evidente que los sexos tienen diferencias entre sí, pero esto no significa que sean diferentes, es fácil comprobar que las similitudes son más que las diferencias.

Es éste, la construcción social de los sexos, un proceso que funciona desde el nacimiento del individuo como una estructura de complementariedad; ambos sexos se construyen en registros paralelos en los que existen algunas convergencias entre ambos pero, sobre todo, muchos opuestos. La asignación de pertenencia a un sexo o al otro será automática e inequívoca en la primera infancia en base a tener un cuerpo con geni-

tales externos más o menos conformados como hembra o como macho de la especie. Nadie pone en duda en esos momentos la bondad y la exclusividad de la asignación en base a esa vulva y a ese pene. ¡Es una niña! o ¡es un niño!

Coincidiendo con el inicio del proceso de socialización temprano, que también inicia la época llamada como 2.^a infancia, en la que el grado de individuación, por lo tanto de autonomía, ya permite claramente significar singularidades, esta asignación empieza a ser más exigente.

La presión, ejercida a través de la familia y del grupo, va aumentando en cuanto a la no adopción de esquemas vivenciales y comportamentales que estén asignados de manera exclusiva al otro sexo. Va a ser en este período de edad, entre los 3 y 5 años, cuando se consolida la identidad sexual nos referimos a la clara identificación y pertenencia a un sexo y el sentimiento inequívoco de fijación a él.

Al llegar a la adolescencia todo esto se complica y se amplifica. Si durante la infancia el sexo es el hecho más radical a nivel existencial, durante la adolescencia, además, se convierte en el hecho más radical a nivel vivencial.

Los cambios que se sufren en la pubertad no son un simple crecimiento, son un cambio radical; se produce una

transformación real en muy poco tiempo, casi una metamorfosis. Los cambios van a arrancar del cuerpo y es a partir de ahí desde donde se inicia el proceso de referenciarse y ser referenciado.

Las diferencias con base neuro-hormonal separan los puntos de arranque del proceso: las chicas se adelantan casi dos años a los chicos. Pero tanto en ellas como en ellos el cuerpo va a ser el escenario de la acción, el cuerpo como sustento y como carta de presentación de esa nueva identidad incipiente. En ambos la narcisificación corporal a través de la mirada "del otro" toma en ese momento vital la capacidad de reorganizar la aceptación de ese nuevo cuerpo.

Pero ese cuerpo puede convertirse también en un posible núcleo conflictivo. Bien a nivel superficial, cuando hay una mala aceptación de los propios ritmos, cuando hay falsas creencias sobre el desarrollo y las propias capacidades y en los problemas de aceptación de la figura corporal. O bien a niveles más profundos, como en la anorexia/bulimia, en las ansiedades graves de separación y en las transexualidades secundarias.

La identidad de la adolescente y del adolescente se reafirma en ese nuevo cuerpo, fuente de conflicto pero simultáneamente de ventajas, y en las nuevas

capacidades cognitivas. El mundo toma un nuevo significado.

Sintéticamente: el "yo" adolescente es un "yo" repleto de inquietudes y deseos de autonomía que se enfrenta a un "yo" real lleno de limitaciones estructurales sociales implícitas en la asignación. La adolescencia es una época de exigencias y responsabilidades.

La identidad sexual y los ritos de pertenencia

En el mismo orden de cambios la identidad sexual se actualiza, de manera simplista y con una gran exigencia, en las y los adolescentes con un mandato claro: "ser una mujer es ser femenina y esto conlleva tener una sexualidad femenina", "ser un varón es ser masculino y esto conlleva tener una sexualidad masculina".

Nadie sabe bien qué es todo esto, la herencia biológica no va a ser lo que permita a una/un adolescente poder clarificar e identificarse con un modelo unificado de lo que es ser femenina y masculino. Mucho menos cuál va a ser el significado de tener una sexualidad femenina o masculina.

La feminidad y la masculinidad son constructos que surgen de los diversos sentidos que la sociedad le asigna a la imagen de mujer y de varón. Desde lue-

go no son conceptos naturales, son conceptos históricos, culturales, psíquicos, sociales y relacionales. Es en el mundo simbólico que se maneja en cada cultura donde se reflejan claramente estos constructos y lo que va a servir de referencia.

Hasta hace unos años la adolescencia disponía de los ritos de paso que facilitaban la adquisición de su nuevo estatus; en nuestro ámbito cultural se carece de las ritualizaciones de pasaje de la niñez al siguiente período vital. El significado de este ocultamiento explícito tiene que ver con el propio alargamiento, hasta el absurdo, del período de tránsito entre la niñez y la juventud, la adolescencia.

La propia Organización Mundial de la Salud, cuando define los límites de la adolescencia, incluye un período pre, que se corresponde con el inicio de la pubertad, y un post, que casi se solapa con la juventud, alargándose desde los 10-11 años hasta los 21-23 años.

No caben ritos de paso a un período tan indefinido, el tiempo de espera es demasiado largo y la exigencia real es la permanencia durante demasiado tiempo en una situación en la que las capacidades de autonomía e independencia no se pueden llevar a cabo.

A pesar de esta ausencia de ritos formales, la maduración y las nuevas capacidades exigen un escenario donde

afianzar el cambio. Va a ser el "paso a la calle" el que marcará estos rituales de inclusión en el mundo adulto, conquistándose al asumir los modelos que dan consistencia al grupo de iguales.

Sus nuevas capacidades fisiológicas procreadoras recién estrenadas, la maduración ovárica y testicular, van a tomar significados vivenciales y sociales diferentes en este paso en nuestro contexto cultural.

El adolescente varón sabe que su eyaculación debe investirse relacionada con la virilidad y como resultado inequívoco de la erección. En este investimento fálico se relaciona de forma muy íntima la masculinidad con la potencia y de paso se legitima el placer.

La mayoría de mandatos explícitos que reciben los chicos tienen que ver mucho, ya se inició en la infancia, con la eliminación de todo rasgo de ambigüedad y para ello hay que eliminar todos los vestigios de componentes femeninos y ensalzar la masculinidad como reflejo cierto de la virilidad.

La masturbación se convierte en el modo de demostración de pertenecer a esa categoría. Aunque rápidamente va a dejar paso al verdadero valor que subyace en esa demostración, el varón tiene que ser el polo activo de la sexualidad; es en este plano donde la agresivi-

dad aparece como el proyecto de la masculinidad. Así, la conquista sexual se convierte en un elemento que no sólo ofrece refuerzo narcisificante por el hecho de "ser uno reconocido y deseado por la persona deseada", sino que tiene la función clara de refuerzo y mantenimiento de esa masculinidad siempre frágil. La penetración coital se convierte en la confirmación de haber realizado el pasaje y en un espejismo de realización.

Es el encuentro con los otros (varones) el espacio iniciático, que se enfrenta a la familia, que va a ser asimilada como el espacio fusional, protector, "casador" y feminizante.

Es la vertiente genital de la sexualidad, vinculada al placer orgásmico, en la que los varones están mejor entrenados.

Para ellas la maduración ovárica, vinculada con la menstruación, tiene un referente vivencial directo con otro registro, la responsabilidad, que es mucho más limitador. A esto se suma que en el espacio simbólico legitimador y afianzador de la feminidad, la identificación con la madre (personalmente) y la capacidad de serlo (socialmente) es irremediable, y éste es un registro deserotizado. Las chicas van a estar mejor entrenadas en la vertiente vinculada a los afectos, la ternura, las caricias, los sentimientos, poco genitalizada.

Así, la legitimación del placer en las adolescentes es mucho menos explícita que en los varones, y el deseo sexual como un proceso activo mucho más difícil de asumir.

Éste no parece que sea el contexto donde ellas van a tener que incorporarse en ese rito de paso irremediable hacia la adultez.

A modo de discusión

Las y los adolescentes están empujando a escribir su vida en solitario, un esfuerzo considerable. Su sexualidad, la manera de sentirse como varón o como mujer, se ha convertido en el registro más emergente de sus vidas; no puede ser de otra manera, la historia personal de cada individuo es una historia escrita en clave sexual.

Por otra parte caracteriza a las y los adolescentes el tener todas las puertas abiertas en este proceso de construirse adultas/os. Deberíamos ser capaces de educar dejando que vayan cerrando las puertas que tienen que cerrar y dejando abiertas aquellas que cada una/o deba dejar abiertas según su historia personal.

El equilibrio entre los límites y la capacidad de decisión debería marcar los objetivos de competencia en la educación sexual en la adolescencia.

Bibliografía

1. Bancroft J, Reinisch JM. Adolescence and puberty. Oxford: Oxford University Press; 1991.
2. Capellá A. Sexualidades humanas, amor y locura. Conferencias de Psicoanálisis. Barcelona: Editorial Herder; 1997.
3. Foucoult M. Historia de la sexualidad. Madrid: Siglo XXI; 1987.
4. Laqueur T. La construcción del sexo. Madrid: Ediciones Cátedra; 1994.
5. Master W, Johnson V, Kolodny RC. La sexualidad humana. Barcelona: Grijalbo; 1985.

