

La sexualidad del adolescente y problemas asociados

Adolescent sexuality and associated problems

Dr. Eleodoro Freyre Román

Presidente: AN Dr. Raúl León Barúa

Presentado por: AN Dr. Melitón Arce Rodríguez

RESUMEN

El interés por la salud del adolescente se ha ido incrementado rápidamente en los últimos años, centrando la atención sobre todo, en el grupo de 11 a 15 años. Entre los aspectos específicos más importantes está lo que respecta a su sexualidad, tanto en su desarrollo evolutivo como en los problemas asociados a ella. La identidad genérica, el rol genérico, la orientación y la conducta sexuales se van modificando paulatinamente en la adolescencia temprana, intermedia y avanzada hasta plasmarse al final del desarrollo adolescencial.

La edad promedio de la primera relación coital en Arequipa es de 14.8 años en los varones y de 15.7 en las mujeres, siendo el 80% voluntaria.

Los problemas asociados más frecuentes son: los conflictos emocionales, las ETS, el abuso y el embarazo, que se considera el más importante. La frecuencia de embarazos en menores de 19 años es de 20% a nivel nacional; en Arequipa, la frecuencia en menores de 18 años es de 14.6% y en menores de 16 años es de 7.6%, siendo el 75% de ellos no deseados y fuera de matrimonio.

El embarazo adolescente causa repercusiones médicas y psicosociales en la madre y en el hijo y el padre también se ve afectado. Los factores condicionantes del embarazo adolescente son: fertilidad precoz, relación sexual precoz, desconocimiento de la prevención, estímulo sexual ambiental intenso, problemas personales y familiares, y aspectos socioculturales.

La prevención primaria, secundaria y terciaria tiene la mayor importancia y debe intensificarse con la participación de todos y en todos los niveles.

Palabras clave: Sexualidad adolescente, adolescencia temprana, adolescencia intermedia, adolescencia avanzada, problemas asociados.

SUMMARY

The interest regarding adolescent's health has rapidly increased in the last few years centering the attention in the age group between 11 and 15 years.

Among the most important specific aspects of the adolescent health is that related to sexuality, both in the developmental aspects and in its consequences.

The generic identity, the sexual role, the sexual orientation and the sexual behavior progress during the early, mid, and late adolescence and should be completed at the end of adolescence.

The main problems associated with adolescent sexuality are: emotional conflicts, STD, abuse and pregnancy, which is considered the most important. The frequency of adolescent pregnancies in the group up to 19 years is 20% at national level.

In Arequipa, the frequency in those up to 18 years is 14.6% and 7.6% in those up to 16 years of age; 75% of these pregnancies were unwanted and in unmarried girls.

Adolescent pregnancy causes medical and psychosocial repercussions in the mother and son, and the young father is also affected. The conditioning factors involved in adolescent pregnancies are: early fertility, early sexual relations, ignorance of prevention, intense environmental stimulation, personal and familial problems, and sociocultural aspects.

Primary, secondary and tertiary prevention are of the most importance and should be done with the participation of all at all levels.

Key words: Adolescent sexuality, early adolescence, mid adolescence, late adolescence, associated problems.

INTRODUCCIÓN

El interés por la salud del adolescente, tomada en su más amplio sentido, se ha ido incrementando rápidamente en los últimos años a nivel universal y afortunadamente, el Perú no es una excepción. Comités de expertos se han pronunciado recientemente al respecto, recomendando la participación activa de los estratos gubernamentales, de organizaciones no-gubernamentales calificadas, y de profesionales de los sectores: salud, educación, servicio social, poder judicial, recreacionales, así como de los medios de comunicación masiva tan influyentes en la sociedad, centrando la atención en los grupos de edad entre los 11 y 15 años. (1-5)

Está comprobado que los factores más influyentes en la salud integral del adolescente, son: la calidad de la vida familiar, el ambiente escolar, el grupo de amigos, y los medios de comunicación, y los aspectos específicos más importantes son: el nivel de salud y de bienestar individual; el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, la actividad física y deportiva; los hábitos y conductas alimentarias; la violencia y sus consecuencias; y la salud sexual, a la que, afortunadamente, se le está prestando la debida atención que antes no recibía y en la que están participando a nivel nacional e internacional organizaciones de diversos sectores, incluyendo algunas religiosas. Se trata de un tema de vital importancia y de interés no sólo para los profesionales de la salud y otros, sino para la familia y la escuela. (1, 6, 7).

El ser humano es un ser sexual y el desarrollo de su sexualidad abarca la vida misma, constituyéndose en un aspecto primordial importancia para él desde que nace hasta que muere. La sexualidad es un conjunto de manifestaciones biológicas, psicológicas y sociales que integran la personalidad del individuo. Es la manera cómo una persona siente, piensa y actúa como un ser sexual de acuerdo al tipo de sociedad en la que vive.

Los instintos sexuales no despiertan en la pubertad, sino que operan desde la niñez y van cambiando progresivamente de forma y sentido, hasta que la vida sexual adulta es el resultado final de esta prolongada serie de desenvolvimiento. Sin embargo, en la adolescencia la sexualidad adquiere características biológicas y psicosociales muy especiales, diferentes a las de otras épocas vitales, que tienen gran trascendencia en la vida adulta.

Una tarea importante del adolescente es la de integrar su sexualidad en el marco total de su vida, por lo que ésta adquiere una nueva dimensión, y se constituye en parte fundamental del universo del joven (8, 9)

DESARROLLO DEL TEMA

Los diferentes aspectos de la sexualidad se modifican y consolidan en los cortos años adolescenciales de la siguiente manera:

1. La «identidad sexual genérica», que es el reconocimiento, la sensación innata, y la aceptación de ser varón o mujer, y que ya está establecida en la niñez, se consolida en la adolescencia.
2. El «rol sexual genérico», que son las expresiones y actitudes de masculinidad o feminidad, adopta en la adolescencia formas más definidas.
3. La «orientación sexual», que es el sentimiento de atracción física y emocional hacia el sexo opuesto, hacia el mismo sexo, o hacia ambos, es un hecho involuntario, ajeno a nuestra decisión, que puede ya manifestarse en la niñez pero que se define y expresa totalmente en la parte final de la adolescencia o primeros años de la adultez. La orientación sexual pareciera ser el resultado de la interrelación entre un factor innato, tal vez de influencia neurohormonal en la época fetal, y las circunstancias que le ocurrieron al individuo a lo largo de su vida en la niñez.
4. Finalmente, el «comportamiento o conducta sexual», que es la actividad que se realiza según lo que nos atrae, si es una decisión, una elección, de cómo actuamos y nos comportamos con nuestras preferencias sexuales. Este aspecto se consolida en la adolescencia. (8,10)

Por lo tanto, la sexualidad humana incluye: la sensación y aceptación de ser varón o mujer; las expresiones de masculinidad o feminidad; la atracción hacia uno u otro sexo; y la actividad sexual que se realiza.

Lamentablemente, cuando se habla de sexualidad del adolescente, generalmente se piensa solamente en la «actividad sexual», pero el sentido debe ser mucho más amplio, debiéndose considerar a los adolescentes como seres humanos sexuales, sean activos o no.

Este tema tiene gran interés para el adolescente, pero a la vez es una preocupación sobre la que suele estar desorientado, lo cual obedece a las siguientes razones:

- 1º. A la barrera existente entre los jóvenes y la sociedad adulta, que suele tener dobles estándares que son percibidos por los muchachos, y que tiene una connotación de hipocresía. Es interesante destacar que los puntos de vista sobre sexualidad difieren francamente entre los adolescentes y los adultos. Según encuestas representativas, para los jóvenes la actividad sexual que realizan o que desearían realizar,

sea coital o no, se hace: «por curiosidad», «como una nueva experiencia, como expresión de madurez», «porque es agradable», «como un reto a los padres y a la sociedad», o «como un escape a las tensiones». Conceptos juveniles muy dignos de tomarse en cuenta. Por el contrario, los adultos tendemos a considerar la actividad sexual de los muchachos como «impropia», como «peligrosa», o como «pecado», lo que contrasta con lo que los adolescentes perciben en la conducta de la gente mayor.(11, 12)

2° Otra razón por la cual la sexualidad resulta problemática para los jóvenes, es por la manera en que los medios de comunicación la presentan y divulgan: como sexo muy físico y erótico, y hasta crudo, desprovisto de sentimiento, de respeto, de responsabilidad, de romance. Esta es una poderosa influencia ambiental que resulta exitante y atractiva, pero que dificulta la elección de valores y de actitudes apropiadas y saludables en los jóvenes. (12)

3° Y la tercera razón para la desubicación adolescencial en lo sexual, es la «dicotomía» existente entre el desarrollo físico y el psicosocial debido a lo prolongado de los estudios y la tecnificación, lo que resulta en un elevado porcentaje de individuos que siendo ya biológicamente maduros y con una sexualidad adulta, continúen siendo «hijos de familia».(12)

Por lo tanto, si queremos ayudar a nuestros hijos en este importante aspecto, debemos primero desprendernos de nuestros prejuicios, estereotipos y dobles estándares, y estar dispuestos a hablarles del tema desde niños; pero con naturalidad y con la verdad. También hay que tener en cuenta que la educación sexual impartida en el hogar y en la escuela, es generalmente, sólo informativa y centrada en lo orgánico, cuando debiera ser analítica con conceptos más amplios y auténticos. Felizmente, ya se hecho conciencia de esto y la recomendación vigente de los expertos es que la educación sexual en la escuela sea hecha de manera más conceptual y profunda y se inicie al final de la niñez o comienzos de la pubertad, vale decir entre los 11 a 12 años de edad.(1)

Así como durante la adolescencia se da un desarrollo físico, paralelamente ocurre el desarrollo psicosocial en el que, de manera paulatina y progresiva, se dan una serie de procesos evolutivos, llamados también «tareas», que conducen al ser humano de su etapa de niño a la de adulto en lo mental, psicológico y social. Estos procesos o tareas son:

1. El desarrollo del pensamiento abstracto que no existe en la niñez.

2. El logro de la independencia económica, física y emocional de los padres: la autonomía.
3. El desarrollo de la identidad personal, lo cual sienta la base de la autoestima.
4. El establecimiento de la escala de valores con principios éticos y morales propios.
5. La programación del futuro, que incluye la vocación y el plan y esfuerzo para lograr las metas a alcanzar.
6. El desarrollo de la imagen corporal, que es la que tiene uno de su propio físico y de cómo es percibido por los demás. Contribuye significativamente con el desarrollo de la autoestima.
7. El desarrollo evolutivo de la sexualidad. (8)

El desarrollo psicosocial ha sido dividido por expertos en 3 etapas: a) la adolescencia «temprana», que corresponde a las chicas de 10 a 13 ó 14 años y entre los 12 y 15 en los varones; b) la adolescencia «intermedia», que se da alrededor de los 14 a 16 años, en las mujeres y entre los 15 y 17 en los varones. Esta es la etapa más difícil por la adopción frecuente de conductas de riesgo de los adolescentes; y, c) la adolescencia «avanzada», que corresponde a las muchachas mayores de 16 años y a los varones mayores de 17 ó 18 años, aproximadamente (8, 9, 12)

Durante estas etapas, el desarrollo de las tareas enumeradas van progresando de tal modo que, si se cumplen del modo descrito, se puede considerar que el individuo va avanzando correctamente hacia su madurez.

Concretándonos a la evolución de la sexualidad, en términos generales, ocurre lo siguiente:

ADOLESCENCIA TEMPRANA

1. La identidad genérica y el rol sexual se tornan más definidos que en la niñez y los muchachos se sienten y comportan de manera más evidente de acuerdo a su sexo.
2. La orientación sexual evoluciona de manera que los adolescentes se interesan y se sienten más atraídos hacia el sexo opuesto que antes y les agrada su cercanía. La orientación homosexual, si se está gestando, usualmente aún no se manifiesta de manera obvia a estas edades.
3. El desarrollo de la imagen corporal continúa y, aunque ya se hace evidente mucho antes, en esta etapa progresa, habiendo gran interés por el propio físico y por la normalidad del desarrollo sexual orgánico. Las

exploraciones y comparaciones con los coetáneos son comunes y cualquier variación les preocupa mucho.

4. En lo que a la conducta o actividad sexual se refiere, la masturbación – mucho más frecuente en los varones – se intensifica o se inicia. Y si bien es un acto de autogratificación, considerado normal a cualquier edad, en esta etapa se realiza frecuentemente con sentimientos de temor o culpa, según lo que equivocadamente se le haya inculcado al chico. Lamentablemente, todavía se le considera causante de debilidad física o mental, de acné, de cansancio, etc, por padres y aún por maestros. Suele también haber enamoramiento de «ídolos», más evidente en las mujercitas, que suelen fantasear en romances con personas mayores, como cantantes, artistas, deportistas o maestros, por ejemplo. Asimismo, en un porcentaje de adolescentes de estas edades se dan las llamadas «relaciones pseudohomosexuales» que son aquellas atracciones físicas o emocionales calladas, sublimadas o disimuladas hacia coetáneos del mismo sexo y que son transitorias. Son más frecuentes entre mujeres que expresan su amistad con intensidad y que muchas veces se dan acercamientos o contactos físicos mayores que lo usual, pero sin el reconocimiento de una verdadera atracción sexual. En la inmensa mayoría de los casos, son olvidadas.

La actividad social entre ambos sexos aumenta notoriamente en esta etapa, siendo muy importantes las reuniones en grupos mixtos, los flirteos, atracción física superficial, encantamientos ilusorios y temporales. Y, ya suelen verse contactos físicos superficiales entre chicos y chicas, como besos o caricias. Es rara la actividad coital (8, 11, 12).

ADOLESCENCIA INTERMEDIA

Como se dijo, es la etapa de mayores riesgos en general, lo mismo ocurre en lo sexual (12, 16).

1. La identidad y el rol genérico están ya completamente definidos, y la sensación, convencimiento, satisfacción y el comportamiento son acordes con su sexo, salvo en aquellos casos de homosexualidad en proceso y que causa actitudes distintas.
2. La orientación sexual es mucho más clara que en la etapa anterior y la atracción hacia el sexo opuesto es muy impulsiva, súbita, intensa, erótica e impersonal. Si existe homosexualidad verdadera, ya la atracción por el mismo sexo se hace más franca y algunas veces muestra evidencias detectables.

3. La imagen corporal ya está plasmada y tratan de ser lo más atractivos posible, para lo que, en la actualidad, recurren frecuentemente a modificaciones corporales como cortes de cabello inusuales, anillos o aretes en el ombligo, labios, lengua y hasta genitales; o los famosos tatuajes. Actualmente, lo inusual, lo llamado «diferente», resulta atractivo.

4. En cuanto a la actividad sexual, los jóvenes de estas edades continúan masturbándose, pero con menos sentimientos negativos, es más elaborada e imaginativa. Las relaciones sexuales, coitales o no, son más intensas, impulsivas, impensadas y con poca reciprocidad. Por la poca responsabilidad desarrollada por estos jóvenes, los problemas asociados con la actividad sexual son frecuentes: ETS, embarazo no deseado, reacciones emocionales, etc. Ya pueden haber manifestaciones incipientes o más o menos evidentes de una orientación homosexual o de transexualismo, que es mucho más raro. (8, 9)

ADOLESCENCIA AVANZADA

Ya son jóvenes maduros orgánica y sexualmente. Es la etapa del último año de secundaria, inicio de estudios superiores o de actividad laboral. Hay menos riesgos que en la etapa anterior.

1. La identidad y el rol sexuales son maduros, tipo adulto.
2. La orientación heterosexual ya es definida en la gran mayoría de los jóvenes, aunque en los casos de homosexualidad o transexualismo, puede demorarse al proceso de su reconocimiento y aceptación.
3. La imagen corporal es plena y definida; y quienes están descontentos con ella suelen ya haber aceptado su realidad física o estar próximos a lograrlo.
4. La actividad sexual es más responsable y recíproca, ligando lo erótico con lo sentimental o romántico. Es más específica, hacia determinada persona. Suelen haber amores duraderos. Hay menor incidencia de problemas asociados.

Esta es la evolución que se debe esperar en el adolescente y, de no ser así, se debe investigar la posible existencia de factores de interferencia. (8, 9, 12)

En estudios hechos en la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa (UNSA), (Tablas 1 y 2) se encontró que la edad promedio de la primera relación sexual coital fue de 14.8 años en los varones y 15.7 años en las mujeres; más del 80% de varones y más de 40% de mujeres eran sexualmente activos al momento de la

entrevista; más del 65% de varones y del 30% de mujeres había tenido más de una pareja; más del 70% de varones y casi 70% de mujeres no creían en la virginidad prematrimonial; y alrededor del 35% de varones y menos del 30% de mujeres usaban métodos anticonceptivos apropiadamente (17). Este estudio se realizó en una encuesta realizada en adolescentes de 17 a 19 años entre los años de 1995 y 1996 (Tabla 1).

Tabla1. Conducta sexual en adolescentes de 17 a 19 años de Arequipa

	Varones	Mujeres
Edad promedio de la 1ª		
relación (años)	14.8	15.7
Actualmente activos (%)	84.4	43.1
Ha tenido más de una pareja (%)	66.2	30.5
Está de acuerdo con relación		
coital prematrimonial (%)	72.3	69.2
Usa método anticonceptivo		
apropiado (%)	35.2	28.9

Instituto de Salud del Adolescente-UNSA, 1995-1996.

TABLA 2

Tabla2. Edad y circunstancia de la primera relación sexual en mujeres de Arequipa

8-10 años	2%
11-13 años	5%
14-15 años	25%
16-17 años	57%
18-19 años	11%
Casada/conviviente	16%
Soltera	84%
Voluntaria	85%
Forzada	15%

Entrevistas personales a 420 adolescentes de 12 a 19 años atendidas por embarazo en el Hospital Honorio Delgado.

Instituto de Salud del Adolescente - UNSA, 1987-1989.

El otro estudio (Tabla 2) en el que se realizaron entrevistas personales en adolescentes embarazadas, si bien es más antiguo, tiene el valor de la metodología empleada y de la veracidad de las respuestas. Se puede apreciar que las

edades de la primera relación coital varió de los 8 a los 19 años, estando la mayoría agrupadas entre los 14 y 17 años, que corresponde aproximadamente a lo obtenido en la otra encuesta. Más del 80% eran solteras y su relación fue voluntaria (8).

PROBLEMAS ASOCIADOS FRECUENTES

En base a la literatura internacional (8, 9, 12) y a la experiencia del Instituto de Salud del Adolescente de la UNSA (8) los motivos de consulta más frecuentes relacionados con la sexualidad en los adolescentes, fueron:

- 1. Adolescencia Temprana:** a) Relacionados con la normalidad del desarrollo físico y sexual; b) por manifestaciones fisiológicas preocupantes para el adolescente; c) con la masturbación y el temor al daño que pudiese causar; d) sobre lo correcto o apropiado de la actividad sexual; e) temor de homosexualidad secundaria a las manifestaciones pseudohomosexuales de esta etapa; f) abuso e incesto.
- 2. Adolescencia Intermedia :** a) Reacciones emocionales relacionadas con la actividad sexual; b) disfunción eréctil, eyaculación precoz, dispareunia, falta de orgasmo; c) embarazo o temor de embarazo; d) ETS o temor de ellas; e) abuso e incesto; f) manifestaciones incipientes o dudosas de homosexualidad.
- 3. Adolescencia Avanzada:** a) Reacciones emocionales; b) disfunción; c) compulsión sexual; d) ETS; e) abuso; f) homosexualidad definida o, más rara vez, transexualismo.

De todos estos problemas asociados a la sexualidad adolescente, el embarazo es el más serio por sus repercusiones médicas y psicosociales para la madre, el hijo y el padre (8, 9, 12, 13-16, 18-20).

EMBARAZO ADOLESCENTE

1. Se le define como el embarazo en una adolescente inmadura, esto es, que tenga una edad ginecológica menor de 13 años (8, 9). La edad, que es un dato relativo, es menor de 16 años y no hasta los 19 que es lo acostumbrado, porque la inmensa mayoría de chicas ya son biológicamente maduras a los 16 ó 17 años; y un alto porcentaje de las de 18 ó 19 años ya alcanzaron la madurez psicosocial y tienen una sexualidad adulta. La frecuencia reportada en el Perú, pero considerando los 19 años, es de 20% del total de embarazos (17). Pero, es un estudio hecho en

nuestro Instituto la frecuencia en menores de 16 años fue de 7.6%, que también es un porcentaje alto (8).

2. Los factores condicionantes de este problema son: a) la fertilidad precoz; b) las relaciones sexuales precoces; c) la sensación de invulnerabilidad de muchos adolescentes; d) el desconocimiento de la prevención; e) el intenso estímulo sexual ambiental; f) problemas personales, como deficiente autoestima, personalidad impulsiva o anormal, el consumo de alcohol y otras drogas, la incapacidad para tomar decisiones, etc; g) problemas familiares, de malas relaciones, ausencia de un progenitor, el haber inculcado de manera amenazante la castidad, el embarazo adolescente en la madre o hermanos, etc; h) circunstancias socioculturales, como: poca religiosidad, el que la comunidad no le dé mayor importancia a la virginidad o a la actividad sexual precoz, la pobreza y el hacinamiento, el medio agresivo, y un ambiente social de principios muy laxos, entre otros (9, 12, 21, 22).

El embarazo adolescente es para la madre un problema tanto biológico como psicosocial. En lo biológico, mientras más inmadura sea, mayores serán las consecuencias médicas, como hipertensión, parto prematuro, anemia, niño de peso bajo; y en lo psicosocial el embarazo no deseado, a cualquier edad, causa el llamado «síndrome de fracaso», que incluye la dificultad o imposibilidad para cumplir con las aspiraciones educacionales, laborales y sociales, y en las menores afecta al normal proceso de desarrollo psicosocial. También hay consecuencias para el hijo, con mayor mortalidad neonatal y durante el primer año de vida, y usualmente una crianza deficiente, sea porque la madre adolescente se desinteresa por el niño y/o es criado por otros familiares que no saben hacerlo apropiadamente. Y el padre, si reconoce serlo, también se afecta en lo emocional y muchas veces en la compleción de sus estudios o tareas laborales. (8, 9, 12)

Siendo esto una verdadera desgracia, la atención debe estar principalmente puesta en la prevención.

1. **Prevención primaria:** incluye lo siguiente: actuar sobre los factores condicionantes descritos; educación temprana apropiada en el hogar y la escuela; incentivar los factores protectores, tales como, la proyección a futuro con convicción y metas firmes, porque eso reducirá el riesgo de cualquier factor que lo afecte, sea drogas, violencia o sexualidad irresponsable; inculcar la reflexión y la

toma de decisiones; inculcar los valores y la autoestima; inculcar la espiritualidad y religiosidad que han demostrado ser un facto protector importante; propiciar la estabilidad familiar; vigilar la calidad del grupo de amigos; entre otros. Finalmente, en los que son ya sexualmente activos, el uso apropiado de métodos anticonceptivos (8, 9, 12, 23). Este último es un tema muy controvertido por ser enfocado de diferente manera por entidades moralistas, religiosas y las ciencias de la salud. Entre éstos se incluye a la llamada «pildora del día siguiente», tan discutida en el Perú y otros países, pero que médicamente está recomendada (24) y sobre la cual la Sociedad Norteamericana de Medicina del Adolescente se ha pronunciado favorablemente en los últimos meses (25).

2. **Prevención secundaria:** lo que corresponde a cuando ya se produjo el embarazo. Se recomienda una adecuada consejería personal y familiar; la atención «integral» médica y psicosocial de la madre adolescente; la motivación y preparación para la maternidad; la asistencia y apoyo al hijo y al padre; y, en determinados casos, la posibilidad de una adopción que sea de garantía (8, 9, 12).
3. **Prevención terciaria:** después de haber dado a luz, para evitar otros embarazos, ya que estos suelen repetirse a pesar del daño que causan, se recomienda: la guía para el vínculo madre/ padre/ hijo; apoyo a la reinserción educacional o laboral; una prevención eficaz para evitar nuevos embarazos; y, en ciertos casos, la posible adopción o las cunas u hogares para el niño (8, 9, 12).

De acuerdo a lo planteado por los esposos Sarrel (26), los logros finales de una evolución psicosexual normal, son: a) la resolución de conflictos en la identidad y el rol sexual; b) la liberación de ligazones familiares emocionales primitivas; c) la resolución de sentimientos de culpa, temor, o vergüenza de lo sexual; d) lograr una imagen corporal de manera real y auténtica; e) desempeñar una vida sexual saludable sin compulsión ni disfunción; f) la clara autopercepción de ser sexual y el significado que la actividad sexual tiene para uno, incluyendo el celibato si éste es auténtico; g) reconocer lo que es eróticamente agradable y comunicarlo a la pareja; h) un desempeño sexual responsable para uno, para la pareja y para la sociedad; i) lograr una integración físico-afectiva, integrando el erotismo al sentimiento, al afecto, al respeto y al amor.

CONCLUSIONES

Está comprobado que la evolución de la sexualidad durante la adolescencia contribuye de manera importante a la vida sexual del adulto. Esta evolución va progresando en la adolescencia temprana, intermedia y avanzada, hasta que al final de la misma debe haberse logrado la madurez completa de la psicosexualidad. Es importante conocer los cambios que se van dando en las tres etapas para evaluar la normalidad del proceso. Los problemas asociados y las consecuencias de la actividad sexual son mayores en la adolescencia intermedia. En general, los problemas más frecuentes son: los emocionales, las ETS, el abuso e incesto, y el embarazo indeseado, que es el que ocasiona mayores problemas tanto para la joven madre como para el hijo y el padre. Se recomienda dar especial énfasis en la prevención primaria, secundaria y terciaria, con la participación activa de los estamentos gubernamentales, no gubernamentales y profesionales de las ciencias de la salud, educación y servicio social. La educación sexual debe ser impartida desde la niñez, tanto en el hogar como en la escuela debiendo ser amplia, franca y natural.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pan American Health Organization, PAHO/WHO. Publications/ Catalogue/ 20040604. Young People Health in Context. June 2004.
2. McKee MD et al: Missing needed care among urban adolescent girls: Relationship to physician trust. *J. Adol Health* 2004;34:131. Abstract Annual Meeting Society for Adolescent Medicine, March 2004.
3. Wong HL et al: Cross-cultural comparison in health perceptions and health care patterns between American and Chinese adolescents. *J. Adol Health* 2004;34:132 Abstract Annual Meeting Society for Adolescent Medicine, March 2004.
4. Speizer IS et al: The effectiveness of adolescent reproductive health interventions in developing countries. *J adol Health: Review Article.* 2003; 33: 324-348.
5. Sólo para Adolescentes. Nas-Embajada de EE.UU., Aso.Oficial para el Desarrollo del Japón, CEDRO, La Industria el Gran Diario del Norte, eds. Lima, Febrero 2002.
6. Snir T, Hardoff D: Preferences of Israeli adolescents in seeking health services. *J Adol Health* 2004; 34:131-132. Abstract Annual Adolescent Meeting Society for Adolescent Medicine, March 2004.
7. Forrest R, Saewyc E: Sexual minority teen parents: Demographics of an unexpected population. *J Adol Health* 2004;34:122. Abstract Annual Meeting Society for Adolescent Medicine, March 2004.
8. Freyre Román E: La salud del Adolescente: Aspectos Médicos y Psicosociales. 2ª ed. Editorial UNSA, Arequipa 1997.
9. Silver T, Munist M, Maddaleno M, Suárez Ojeda E, eds: Manual de Medicina de la Adolescencia. OPS, Serie Paltex N° 20. OPS/OMS, Washington DC, 1992.
10. Austin B et al: Measures of sexual orientation in epidemiologic surveys: Findings from a cognitive processing study with adolescents. *J Adol Health* 2004;34:113-114. Abstract Annual Meeting Society for Adolescent Medicine, March 2004.
11. Clark L, Harper K: What do parents believe is an acceptable age for young people to become sexually active? *J Adol Health* 2004; 34:149. Abstract Annual Meeting Society for Adolescent Medicine, March 2004.
12. Neinstein LS: Salud del Adolescente. JR Prous Ed., Barcelona, España, 1991.
13. Murphey DA et al: Relationships of a brief measure of youth assets to health promoting and risk behaviours. *J Adol Health* 2004;34:184-191.
14. Sentelli JS et al: Initiation of sexual intercourse among middle school adolescents: The influence of psychosocial factors. *J Adol Health* 2004;34:200-208.
15. Lammers C et al: Influences on adolescent's decision to postpone onset of sexual intercourse: A survival analysis of virginity among youths aged 13 to 18 years. *J Adol Health* 2000;26:42-48.
16. Teboursky F, Alaya DB: Knowledge and attitudes of high school students regarding HIV/AIDS in Tunisia: Does more knowledge lead to more positive attitudes? Letter to the editor. *J Adol Health* 2004;34:161-162.
17. Freyre Román E: Conducta sexual en adolescentes de 17 a 19 años de Arequipa. Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia (SOGA), Arequipa, Octubre 1996.
18. Simpson T et al: Concerns about sexually transmitted infections and interest in participating in STD/HIV related research among African American male

- university students. *J Adol Health* 2004;34:145. Abstract Annual Meeting Society for Adolescent Medicine, March 2004.
19. Weeb PM et al: HIV immunization: Acceptability and anticipated effects on sexual behaviour among adolescents. *J Adol Health* 1999;25:320-322.
 20. Saewyc EM, Pettingell SL: Hazards of stigma: The sexual and physical abuse of gay, lesbian, and bisexual adolescents in U.S. and Canada. *J Adol Health* 2004;34:115-116. Abstract Annual Meeting Society for Adolescent Medicine, March 2004.
 21. Woodrome SE et al: Religiosity among female adolescents: Stability over time, developmental trends, and associations with other behavioral measures. *J Adol Health* 2004;34:121-122. Abstract Annual Meeting Society for Adolescent Medicine, March 2004.
 22. Ritt-Olson A et al: The protective influence of spirituality and «Health-as-a-value» against monthly substance use among adolescents varying in risk. *J Adol Health* 2004;34:192-199.
 23. Santelli JS, Carter M: Trends in contraceptive use among U.S. high school students in the 1990's. *J Adol Health* 2004;34:140. Abstract Annual Meeting Society for Adolescent Medicine, March 2004.
 24. Burstein PD: «OTC would be medically smart and socially responsible». *N Eng J Med* 2004;350:1561-1562.
 25. Gold MA et al: Provision of emergency contraception to adolescents: Position paper of the Society for Adolescent medicine. *J Adol Health* 2004;35:6-70.
 26. Sarrell LJ, Sarrell PM: Sexual unfolding. *J Adol Health Care* 1981;2:93-96.