

Caracterización de asistentes a consejería en sexualidad en un centro de salud integral de adolescentes

M. Isabel González T.¹, M. Luisa Aguirre C.², Jaime Tapia C.³

Resumen

La consejería en sexualidad permite a los adolescentes comprender que ejercen control sobre su conducta, a anticipar consecuencias y desarrollar capacidad para planificar a largo plazo. **Objetivo:** Describir características de adolescentes consultantes a consejería en sexualidad en un Centro de Adolescencia. **Pacientes y Método:** Se estudiaron 198 adolescentes derivados entre agosto 2000 y octubre 2003 (14,2% del total en el centro). Se evaluaron variables independientes: edad, sexo, escolaridad, motivo de consulta, percepción familiar, embarazos adolescentes en la familia, antecedente de abuso sexual, y variables dependientes: intención de conducta sexual, grado de Petting, edad de inicio de actividad sexual, anticoncepción y número de parejas. **Resultados:** Edad promedio $15,6 \pm 2,5$ años, 47% sexualmente activos. Promedio de edad inicio 15,6 años. 30% presentaba otra conducta de riesgo (consumo sustancias, deserción escolar, abandono hogar), y 36% conducta sexual de riesgo (coito no protegido o Petting III), 16% coito único y 28% abstinencia actual. La edad promedio de inicio de coito vaginal fue significativamente menor en adolescentes que tenían parejas múltiples. Entre los sexualmente inactivos, un 66% refirieron ser postergadores y 31% anticipadores. **Conclusión:** Conocer las diversas características en sexualidad de los adolescentes permitirá aplicar modelos de intervención específicos para cada caso, contribuyendo al rol preventivo del pediatra general en sexualidad de adolescentes. **(Palabras clave:** sexualidad adolescente, consejería, riesgo de embarazo, prevención, inicio relaciones sexuales, anticoncepción, factores psicosociales).

Rev Chil Pediatr 76 (6); 573-579, 2005

Profile of sexuality counseling assistants in an adolescent center

Introduction: Sexual counseling for adolescents allows teens to exert control on their sexual behavior, anticipate consequences and develop long-term planning capacity. **Objective:** Description of the profile of adolescents who attend sexual counseling in an outpatients care center. **Method:** We describe 198 adolescents attending to counseling between August 2000 and October 2003, with 14,2% of the teens supervised up to that date. We studied independent factors: age, gender, school level, motivation to consult, family perception, adolescent pregnancy in the family, sexual abuse, and dependent factors: sexual risk behaviour, age at first intercourse, number of partners. **Results:** The mean age

1. Enfermera Matrona. Centro SerJoven. Departamento de Pediatría y Cirugía infantil Oriente. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.
2. Médico Pediatra. Centro SerJoven. Departamento de Pediatría y Cirugía infantil Oriente. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.
3. Interno de Séptimo año de Medicina 2004. Facultad de Medicina. Campus Centro Universidad de Chile.

Trabajo recibido el 17 de agosto de 2004, devuelto para corregir el 7 de diciembre de 2004, segunda versión el 15 de septiembre de 2005, aceptado para publicación el 24 de octubre de 2005.

Correspondencia a: M. Isabel González T. E-mail: migonzalez@med.uchile.cl

was 15.6 ± 2.5 years and 47% were sexually active. The mean age for the first sexual intercourse was 15.6 years. 30% of adolescents presented risk behaviors (substance abuse, school drop-out and runaway behaviour), and 36% had sexual risk behaviours (unprotected sex or Petting III). 16% were one-timers and 28% were abstinent at the moment. The mean age at the first intercourse was significantly lower in teens with multiple partners. From the sexually inactive group, 66% were delayers and 31% anticipators. *Conclusions:* Learning from the diverse sexual behaviours and characteristics of our adolescents would help us develop specific intervention programs in order to contribute to the preventive role of the pediatrician in adolescent sexuality.

(Key words: adolescent sexuality, counseling, pregnancy risk, prevention, adolescents, first sexual intercourse, adolescent contraception, psychosocial factors).

Rev Chil Pediatr 76 (6); 573-579, 2005

INTRODUCCIÓN

En Chile, según la última encuesta nacional de la juventud (2003), se encuentra sexualmente activo el 35,20% de los adolescentes (15-18 años) y el 84,5% de los jóvenes hasta 24 años de edad¹. En nuestro país, la mayoría de los servicios que trabajan con adolescentes exploran la sexualidad limitándola a si existe o no actividad coital. Se realizan intervenciones orientadas principalmente a la indicación de métodos anticonceptivos y prevención de embarazo. El riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS) es menos percibido por los adolescentes y menos abordado por los profesionales de la salud y las repercusiones emocionales prácticamente no se consideran.

Las publicaciones internacionales concluyen que: a) los adolescentes vírgenes no son necesariamente sexualmente inactivos^{2,3}, pudiendo tener diversas conductas sexuales, que sin ser coito los pueden exponer a riesgo de embarazo, ITS o inicio no protegido de actividad sexual; b) los adolescentes vírgenes y no vírgenes necesitan conocer los riesgos de ciertas prácticas sexuales de manera de evitarlas o protegerse^{2,3}; c) es necesario introducir una nueva tipología que deje atrás la tradicional dicotomía del "sexualmente activo e inactivo". La nueva tipología permite incluir el concepto de intención de conducta sexual, definir el amplio rango de experiencias sexuales que los adolescentes han experimentado e incluir en los programas de prevención en esta área, mensajes que tengan relación con la realidad de cada adolescente⁴. Esta tipología ofrece cinco categorías para clasificar la experiencia sexual

de los adolescentes: 1) postergadores: no han tenido coito vaginal y no tienen intención de que ello ocurra dentro del próximo año; 2) anticipadores: no han tenido coito vaginal, pero tienen intención de tenerlo durante el próximo año; 3) coito único: han tenido coito vaginal sólo en una oportunidad; 4) pareja única: han tenido actividad coital sólo con una pareja; 5) múltiples: han tenido actividad coital con más de una pareja.

La consejería se define como el proceso a través del cual una persona puede ayudar a otra a clarificarse y tomar decisiones (Burnard). En el ámbito de la adolescencia el objetivo es, además, apoyar o facilitar el proceso hacia la madurez, ayudando a los adolescentes a comprender que ejercen control sobre su conducta, a comprenderse a sí mismos, a anticipar las consecuencias de sus acciones y a desarrollar la capacidad para planificar más a largo plazo⁵.

El Centro de Adolescencia SERJOVEN, dependiente de la Universidad de Chile, se define como un centro de salud "amigo de los adolescentes" que acoge jóvenes entre 10 y 19 años de escasos recursos, que viven, estudian o trabajan en la comuna de Lo Barnechea, los cuales consultan en forma espontánea, traídos por sus padres, derivados por sus colegios o por sus pares, por distintas motivaciones relacionadas con su salud. En este centro los adolescentes son evaluados por un equipo multidisciplinario especializado en salud integral de adolescentes. Una de las áreas evaluadas es la de la sexualidad, en donde se explora la intención de conducta y la conducta sexual de los jóvenes, además de la percepción de

necesitar información en el tema. Todo adolescente en el cual se detecte factores o conductas de riesgo en sexualidad o manifieste la necesidad de información en sexualidad es derivado a Consejería en Sexualidad. Por lo tanto, las motivaciones y las conductas sexuales de los adolescentes que asisten a esta actividad en SERJOVEN son variadas, ya que no sólo asisten adolescentes que ya han iniciado actividad coital, sino también, adolescentes que no se han iniciado sexualmente.

El objetivo del presente trabajo es describir características, motivaciones, conducta sexual, intención de conducta sexual y asociación a otras conductas de riesgo de los adolescentes derivados por pediatra o consultantes espontáneos a consejería en sexualidad, en el contexto de salud integral del adolescente. El conocer las características de los adolescentes que ingresan a consejería en sexualidad permitirá aplicar modelos de intervención específicos para cada caso, contribuyendo al rol preventivo del pediatra general en sexualidad de adolescentes.

PACIENTES Y MÉTODO

Se revisaron fichas clínicas CLAP/OPS de todos los adolescentes derivados o consultantes espontáneos a consejería en sexualidad entre agosto 2000 y octubre 2003 obteniéndose antecedentes de ingreso a SERJOVEN, diagnóstico al ingreso a consejería, intención de conducta, motivo de derivación a consejería en sexualidad, así como el profesional que lo derivó. Se revisó también fichas de adolescentes derivados que no asistieron a consejería en sexualidad, obteniéndose datos de ingreso a SERJOVEN y motivos de derivación. Se mantuvo reserva de la identidad de los adolescentes que ingresaron al estudio.

La información obtenida se agrupó en variables independientes (edad, sexo, escolaridad, motivo de consulta inicial a SERJOVEN, problemas en el colegio, percepción familiar del adolescente, embarazos adolescentes en la familia, percepción por el adolescente de necesidad de información en sexualidad, antecedente de abuso sexual, otros diagnósticos biopsicosociales presentes al momento de la consejería), y variables dependientes o datos relacionados con sexualidad del adolescente (diagnóstico de conducta y de in-

tención de conducta sexual, grado de Petting, edad de inicio de actividad sexual, uso y tipo de anticoncepción, número de parejas).

Las conductas sexuales se consideraron según grados de Petting⁶, siendo el Petting 0, la ausencia de contacto físico; Petting I, el contacto físico a través de besos y abrazos; Petting II, contacto físico a través de besos y caricias de pechos y/o región genital sobre la ropa; Petting III, contacto físico a través de besos y caricias de pechos y/o región genital bajo la ropa, pudiendo incluir sexo oral y masturbación; Petting IV, coito.

Se consideró conductas de riesgo en sexualidad: Petting III y coito no protegido, por asociarse la primera a inicio de actividad coital no protegida, y ambas a riesgo de embarazo e ITS.

Por otra parte, se consideró actividad sexual protegida al uso consistente de condón y/o método anticonceptivo hormonal o dispositivo intrauterino (DIU).

Se registraron además, otras conductas consideradas de riesgo en adolescentes por sus consecuencias negativas: consumo o abuso de sustancias y/o alcohol (OH) según criterios DSM-IV⁷, deserción escolar y abandono de hogar.

Se realizó análisis estadístico descriptivo, con test t para comparar promedios, y prueba χ^2 para comparar proporciones independientes, considerándose significativo un valor $p < 0,05$, el que correspondió a un valor crítico de $\chi^2 > 3,841$. Para el análisis de las diferencias del grupo en estudio con la población consultante a SERJOVEN, se utilizó base de datos disponible en el centro, de adolescentes ingresados entre mayo 1999 y octubre 2003 ($n = 1,391$).

RESULTADOS

En el período en estudio, fueron derivados a consejería en sexualidad 198 adolescentes, correspondientes al 14,2% del total de asistentes a SERJOVEN hasta esa fecha, de los cuales 159 (80%) asistieron a la primera consulta de consejería. Un 10% de los adolescentes que asistieron a consejería en sexualidad solicitó la actividad en forma espontánea, siendo el resto derivados por su pediatra tratante.

Los asistentes tuvieron una edad promedio de $15,6 \pm 2,5$ años, y 76 adolescentes (47%) eran sexualmente activos según la clasifi-

cación convencional. La tabla 1 muestra la descripción de los asistentes a consejería en sexualidad.

Los motivos de consulta a SERJOVEN de los asistentes a consejería en sexualidad fueron: biomédicos o control de salud (31%), problemas emocionales (19%), problemas de conducta escolar (12%), disfunción familiar (11%), problemas ginecológicos (5%), búsqueda de información en sexualidad (6%), búsqueda de información en métodos anticonceptivos (7%), recomendación de amigos (3%).

Entre los diagnósticos de ingreso de los adolescentes asistentes a consejería en sexualidad, cabe destacar que un 36% presentaba conducta sexual de riesgo (coito no protegido o Petting III), y un 30% otro riesgo asociado, como consumo o abuso de sustancias y/o OH, deserción escolar, abandono de hogar.

Adolescentes sexualmente activos: Entre los adolescentes sexualmente activos, 12 (16%) presentaban antecedente de coito único, 42 (55%) tenían pareja única y 22 (29%) tenían múltiples parejas (de 2 a 60

parejas). Un adolescente presentaba conducta bisexual.

La edad promedio de inicio de coito vaginal fue de $15,64 \pm 1,5$ años (rango 12 a 19 años), siendo esta edad similar en adolescentes hombres y mujeres asistentes a consejería. La edad promedio de inicio de coito vaginal fue significativamente menor en adolescentes que tenían parejas múltiples al comparar con adolescentes con antecedentes de coito único y/o pareja única ($14,7 \pm 1,5$ años vs $16,0 \pm 1,4$ años respectivamente, $p = 0,0004$).

Se diagnosticó actividad sexual protegida en 18 (23%) de los adolescentes sexualmente activos.

Un 25% de los adolescentes con antecedente de coito único, utilizó algún método anticonceptivo.

De los 76 adolescentes sexualmente activos según la clasificación convencional, 21 (28%) declararon abstinencia actual.

Según se observa en la figura 1, la incidencia de otras conductas de riesgo fue significativamente superior entre los adolescentes sexualmente activos al compararlos

Tabla 1. Distribución por edad y sexo de asistentes a consejería en sexualidad según clasificación convencional de actividad sexual

Actividad sexual	n	Mujeres		n	Hombres	
		Edad ($\bar{x} \pm DS$)	Rango edad		Edad (años $\pm DS$)	Rango edad
Sexualmente inactivos	54	$14,15 \pm 2,4$	10 - 20	29	$14,17 \pm 2,5$	10 - 18
Sexualmente activos	62	$17,16 \pm 1,3$	15 - 19	14	$17,37 \pm 1,3$	14 - 19
Total	116			43		

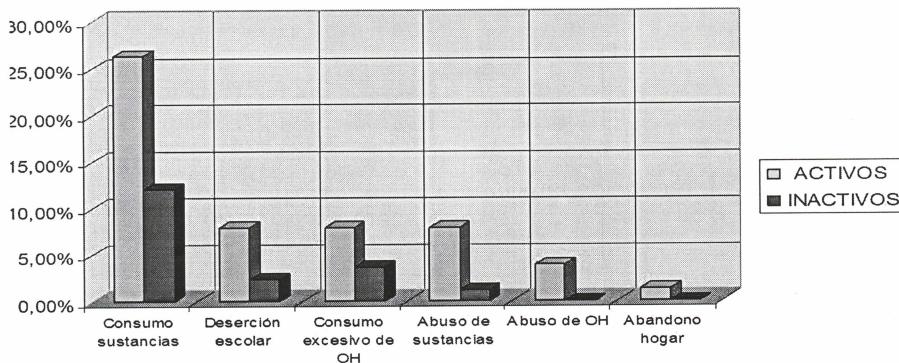


Figura 1. Incidencia de conductas de riesgo en adolescentes asistentes a consejería en sexualidad según presencia de actividad sexual.

con aquellos sexualmente inactivos (55% vs 19% respectivamente, $p < 0,001$). Esta diferencia estuvo presente en todas las conductas de riesgo analizadas, siendo de mayor magnitud en el consumo o abuso de sustancias.

Al analizar las conductas de riesgo según número de parejas (figura 2), se observó que el grupo de adolescentes con parejas múltiples presenta una mayor incidencia, pero no estadísticamente significativa, de otras conductas de riesgo al compararlo con los adolescentes con coito único y/o pareja única (63 vs 51% respectivamente, NS).

La incidencia de conductas de riesgo descritas entre agosto 2000 y octubre 2003 en la población total consultante a SERJOVEN fue: 15% de actividad sexual de riesgo, 12% de consumo de sustancias y/o consumo excesivo de alcohol, y 9% deserción escolar.

Adolescentes sexualmente inactivos: Entre los asistentes a consejería en sexualidad, un 66% refirieron ser postergadores y 31%

anticipadores. Las mujeres tenían intención de conducta predominantemente postergadora, en cambio los hombres se distribuyeron aproximadamente en mitad anticipadores y mitad postergadores (tabla 2).

Al comparar la conducta sexual con la intención de conducta al momento de la consejería, 20 adolescentes vírgenes (24%) reconocieron Petting III, siendo 2/3 de ellos anticipadores. Llama la atención que 6 adolescentes que refirieron ser postergadores, reconocieron conducta sexual Petting III. La figura 3 muestra la relación entre conducta sexual e intención de conducta de adolescentes vírgenes al momento de asistir a consejería en sexualidad.

Cabe destacar que entre los adolescentes inasistentes a consejería en sexualidad ($n = 39$, promedio de edad 16 años, 14 hombres), y que fueron derivados por su pediatra tratante, un 62% eran sexualmente activos y 36% presentaban otra conducta de riesgo descrita previamente, cifras que son superiores al grupo asistente a consejería.

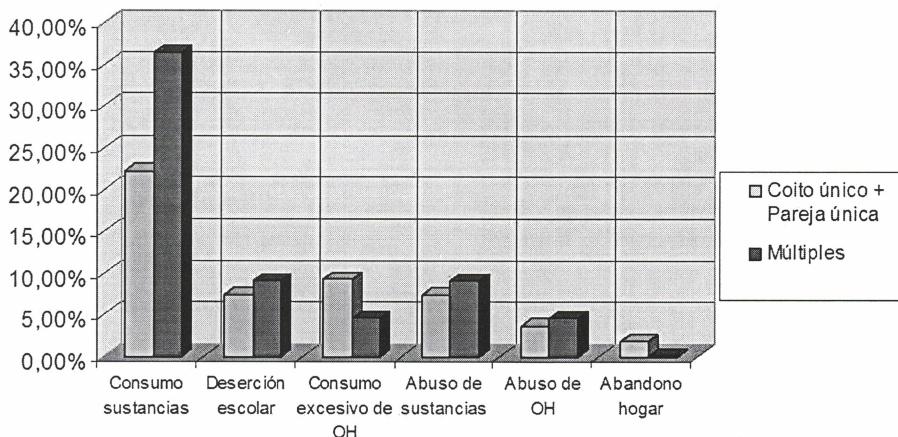


Figura 2. Incidencia de conductas de riesgo en adolescentes sexualmente activos según número de parejas.

Tabla 2. Intención de conducta de adolescentes sexualmente inactivos asistentes a consejería en sexualidad

Intención de conducta	Hombres (n)	Mujeres (n)	Total (%)
Anticipadores	14	12	26 (31)
Postergadores	15	40	55 (66)
No está seguro(a)	0	2	2 (2)
Total	29	54	83 (100)

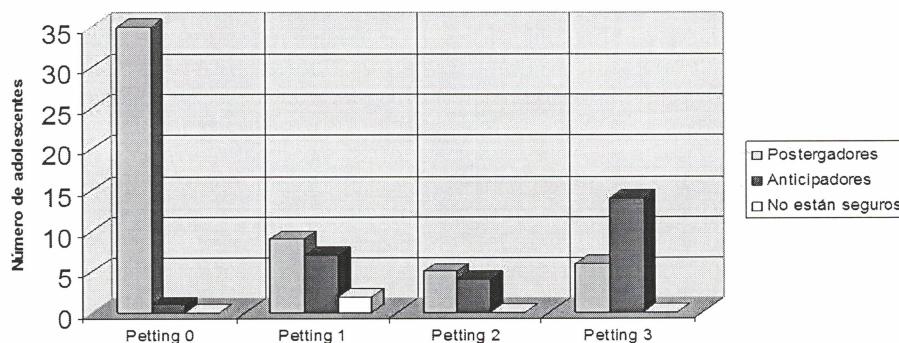


Figura 3. Relación entre conducta sexual (Petting) e intención de conducta (anticipadores, postergadores) en adolescentes vírgenes.

DISCUSIÓN

A pesar de presentar conductas de riesgo o dudas en la esfera de la sexualidad, un bajo porcentaje de adolescentes consulta por primera vez en SERJOVEN por esa causa (13%). Este aspecto otorga al pediatra una posición privilegiada y quizás única para detectar factores y conductas de riesgo en esta esfera en el contexto de los controles de salud.

Aunque la consejería es una actividad poco conocida por los adolescentes de SERJOVEN, la mayoría de los que fueron derivados asistió a ella cuando fue motivado por su pediatra (80%). No se observan diferencias significativas en edad entre el grupo de adolescentes asistentes e inasistentes a consejería en sexualidad. Sin embargo, existen diferencias en los niveles de riesgo: un 62% de los inasistentes presentaba conductas de riesgo en sexualidad y un 36% tenía asociadas otras conductas de riesgo. Al comparar con el grupo de asistentes a consejería, un 36% presentaba conductas de riesgo en sexualidad, y un 30% otras conductas de riesgo asociadas. Es muy importante, por lo tanto, tener presente que aquellos adolescentes con mayor riesgo requieren mejores estrategias de motivación por parte del pediatra al realizar la derivación a consejería, de manera que la derivación sea efectiva.

Se observó que la incidencia de otras conductas de riesgo fue significativamente superior entre los adolescentes de SERJOVEN sexualmente activos al compararlos con aquellos sexualmente inactivos (55% vs 19% respectivamente). Sin embargo, es necesario

considerar que el grupo de adolescentes sexualmente activos tiene un rango de edad mayor, lo cual probablemente influye en que presenten otras conductas de riesgo asociadas a la actividad sexual.

Los adolescentes asistentes a consejería en sexualidad en SERJOVEN, presentan diversas conductas sexuales, las cuales no siempre son incluidas en la clasificación tradicional de sexualmente activo o sexualmente inactivo. La nomenclatura utilizada, que además considera la intención de conducta sexual, permite calificar la situación individual del adolescente, pudiendo así aplicar intervenciones específicas para cada caso en particular.

El grupo de adolescentes consultantes en SERJOVEN considerado tradicionalmente como sexualmente inactivo, no es homogéneo en conducta sexual e intención de conducta. Por lo general, este grupo es considerado sin riesgo, lo que sería un error según nuestros resultados. Aproximadamente un tercio de los adolescentes sexualmente inactivos presentaron conducta sexual de riesgo (Petting III) y/o intención de conducta anticipadora, lo que se asocia a riesgo de inicio de actividad coital a corto plazo, embarazo y/o ITS. Cabe destacar las diferencias de género observadas en cuanto a intención de conducta: las mujeres se reconocieron en su mayoría como postergadoras y los hombres reconocieron con mayor facilidad su intención anticipadora. Sin embargo, no se aprecian diferencias significativas en las edades de inicio de coito entre ambos géneros.

A través de la consejería se pudo identificar a aquellos adolescentes que no fueron

congruentes entre la conducta sexual actual y su intención de conducta. En nuestro estudio, esto correspondió a 10% de los adolescentes postergadores que reconoció conducta Petting III, la mayoría mujeres (83%).

Estos aspectos apuntan a las dificultades que los adolescentes pueden presentar para reconocerse sexualmente activos o reconocer que podrían serlo en un futuro muy cercano, siendo un objetivo de la consejería apoyar la toma de decisiones en un contexto realista; entre los adolescentes postergadores de SERJOVEN, trabajar el reconocimiento del retraso de la actividad coital como protector; en los que ya son anticipadores, el inicio protegido de la actividad coital. Este grupo, que recibe consejería antes de haber iniciado actividad coital resultará interesante a seguir en el tiempo, de manera de evaluar como se comportan en el futuro: ¿Adoptarán conductas protectoras? ¿Solicitarán consejería en forma espontánea? ¿Solicitarán método anticonceptivo?.

El grupo de adolescentes de SERJOVEN que ya inició actividad coital tampoco presenta conductas sexuales homogéneas. Prácticamente el 75% de ellos ha tenido relaciones sexuales no protegidas, lo cual hace necesario aplicar estrategias que les permitan asumir sexualmente activos, adoptar conductas protectoras y con ellas disminuir el riesgo de embarazo, ITS, etc.

Cabe destacar además, que existe un porcentaje no menor de adolescentes (28%) que habiendo iniciado actividad coital se encuentra en abstinencia, lo cual hace necesario trabajar con ellos la decisión a futuro que contempla las dos alternativas posibles: mantenerse abstinentes o el re-inicio protegido de la actividad sexual.

Un 16% de los adolescentes de SERJOVEN clasificados como sexualmente activos según la clasificación tradicional, presentaba el antecedente de haber tenido un coito único, el cual ocurrió sin utilizar protección en el 25% de los casos. Con este grupo se debe apoyar la toma de decisiones a futuro, y el uso de prácticas de sexo seguro en caso de decidir mantener la actividad coital.

En un estudio extranjero⁶, que incluyó 907 adolescentes de enseñanza media de EE.UU. con edades entre 14 y 16 años, encuestados como parte del FARBCS (Family Adolescent Risk Behavior and Communication Study),

60% refirió ser sexualmente inactivos, porcentaje mayor al de los adolescentes de SERJOVEN. Sin embargo, la intención de conducta anticipadora y postergadora fue similar a nuestro estudio. Entre los adolescentes sexualmente activos de EE.UU., la proporción de adolescentes con parejas múltiples se incrementa al doble (13,8% en SERJOVEN vs 28% del total de adolescentes encuestados en EE.UU.), lo que también se asoció a mayor frecuencia de otras conductas de riesgo en esos adolescentes.

CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos describen la diversidad de conductas sexuales que los adolescentes pueden presentar, lo cual orienta a los pediatras en la supervisión de el crecimiento y desarrollo de los jóvenes, aplicando modelos de intervención específicos para cada caso en particular, con mensajes que sean sentidos por los jóvenes como apropiados a su realidad y además, respetuosos de sus decisiones, contribuyendo así a través de la consejería al rol preventivo del pediatra general en sexualidad de adolescentes.

REFERENCIAS

- 1.- Cuarta Encuesta Nacional de Juventud. Resultados Generales. Instituto Nacional de la Juventud. 2003.
- 2.- Schuster M: The Sexual Practices of Adolescent Virgins: Genital Sexual Activities of High School Students Who Have Never Had Vaginal Intercourse. American Journal of Public Health 1996; 86: 1570-6.
- 3.- Neinstein L, Anderson M: Adolescent Sexuality. En: Neinstein L. Adolescent Health Care: A Practical Guide. 2002: 767-92.
- 4.- Miller K, Clark L: Adolescent Heterosexual Experience: A New Tipology. Journal of Adolescent Health 1997; 20: 179-86.
- 5.- Counselling Skills Training in Adolescent Sexuality and Reproductive Health. A Facilitator's Guide. Adolescent Health Programme. Division of Family Health. World Health Organization. 1993.
- 6.- Molina R: Nivel de Conocimientos y Práctica de Sexualidad en Adolescentes. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 1996; 51: 293-302.
- 7.- Pincus HA, Wise T: Consumo problemático de sustancias. En: DSM-IV Atención Primaria, Masson SA. 1997; 4: 92-102.