

SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Mónica Molner

Lorena Viñuela

Ana Sola

ÍNDICE

1. ADOLESCENCIA: ESE PUNTO DE INFLEXIÓN EN LA VIDA	3
2. “CÓMO ESTÁ EL PATIO”	4
2.1. Cambios generacionales	4
2.2. Modelos a imitar	6
2.3. Nuevas conductas	7
3. ¿POR QUÉ HABLAR DE SEXUALIDAD?.....	10
3.1. Pero, ¿De qué hablamos cuando hablamos de sexualidad? Conceptos	10
3.2. Desarrollo psicosexual en la adolescencia	15
4. EVOLUCIÓN EN ANTICONCEPCIÓN	25
4.1. Actualización métodos	25
4.2. La importancia de los LARC	26
4.3. DIU en nulíparas	29
4.4. DIU: Pros y contras.....	32
4.4. Consentimiento informado	34
5. REALIDAD ASISTENCIAL:	37
5.1. ¿Para qué vienen los jóvenes a nuestras consultas?	37
6. CONSECUENCIAS	39
6.1. Infecciones de transmisión sexual (ITS)	39
6.2. Embarazos no deseados	48
6.3. Otros riesgos de la sexualidad relacional	50
7. CONCLUSIONES PRÁCTICAS EN CONSULTA.....	54
7.1. Cuestiones legales	54
7.2. Puntos de apoyo para vuestras consultas	55
7.3. Recomendaciones para pediatras y adolescentes.	56

8. ANEXOS	57
8.1. Anexo I: Documento Consentimiento Informado: Para la inserción de un Dispositivo Intrauterino (DIU) Hormonal	57
8.2. Anexo II: Documento Consentimiento Informado: Para la inserción de un Dispositivo Intrauterino (DIU-Cu)	60
8.3. Anexo III: IVE	62

1. ADOLESCENCIA: ESE PUNTO DE INFLEXIÓN EN LA VIDA

Según el diccionario: *“Período de la vida de la persona comprendido entre la aparición de la pubertad, que marca el final de la infancia, y el inicio de la edad adulta, momento en que se ha completado el desarrollo del organismo”.*

Según realidad asistencial:

- Momento de **desaparición** de vuestras consultas de pediatría (revisión a los 11 y 14 años)
- Momento de empezar a visitar nuestras unidades de salud sexual y reproductiva.
- Caracterizada por cambios físicos y psíquicos y como etapa de transición, llena de dudas, desajustes y rechazo ante lo aceptado hasta ese momento.
- Actitud de confrontación ante los padres, los maestros y ante el mundo en general.

2. “CÓMO ESTÁ EL PATIO”

2.1. Cambios generacionales

Quienes fuimos adolescentes en los años 80-90 tuvimos apoyos que ahora escasean o simplemente no se ven:

- * Programas de tv divulgativos (ciencia, salud, historia,..): Barrio Sésamo, Un dos tres; 3, 2,1 contacto; Más vale prevenir, La bola de cristal, Erase una vez el hombre,...

- * Series que transmitían valores como la superación y la amistad en Fama o la importancia de la comunicación y el apoyo de la familia en Padres forzosos o La hora de Bill Cosby (aunque tristemente años después descubrimos que ese padre ideal fue condenado por abusos sexuales en la vida real).

- * Teníamos programas musicales como Aplauso, Tocata o Séptimo de caballería, sustituidos ahora por otros donde se compite por ser el mejor para luego ser lanzado a la fama con unos moldes demasiados estancos como Got talent, Operación Triunfo o La voz.

¿Hasta dónde puede ser beneficioso para un joven un nivel de exigencia y unas pruebas selectivas con unos veredictos de jurados, a veces demasiado implacables, ante miles de espectadores? Luchas de egos en edades donde la imagen es el valor que los define. Quienes triunfan se suben al cohete que los lleva a ser admirados por quienes serán sus imitadores y seguidores hasta que salga un nueva estrella.

Podemos comprobar cómo en general, la cultura musical de nuestros jóvenes dista mucho de la nuestra cuando el acceso a ella lo tienen al alcance de sus manos.

En el cine veíamos escenas como éstas:



Ahora lo habitual es ver esto:



En nuestras pandillas nos comunicábamos por medio del lenguaje hablado y gestual, sólo mirando la cara de nuestra amiga podíamos saber que le pasaba algo y entonces nos interesábamos por preguntarle qué le pasaba.

Ahora la comunicación se entabla principalmente con sus pantallas (tablets, móviles,..) de forma individual y ha caído drásticamente el uso de la conversación. Con los primeros móviles que tuvimos, había que pagar para enviar mensajes, ahora usamos emoticonos para hablar y el lenguaje escrito con frecuencia contiene faltas ortográficas por el poco uso que le dan, tan simplificado con abreviaturas imposibles que sin la lectura como referente habitual seguirán con lagunas gramaticales difícilmente rellenables. Basta con ir en el metro para ver cómo va lleno de autómatas, jóvenes y mayores, abducidos por sus (nuestros) móviles. Salas de espera y bancos ocupados por “pandillas” que hablan por medio de mensajes en sus móviles sin ni siquiera mirarse a los ojos.

<https://diario16.com/telefonos-inteligentes-para-mentes-que-dejaron-de-serlo/>

2.2. Modelos a imitar

En los últimos años han ido surgiendo unos referentes inexistentes para nosotros, son los YouTubers. Si os queréis deprimir aquí tenéis un resumen de los 10 más famosos en España en un vídeo de 12 minutos donde podéis comprobar cómo puedes ser un líder teniendo a 33 millones de suscriptores que siguen tus tonterías sin filtro.

<https://www.youtube.com/watch?v=phJlluu4WAs>

La Tv demuestra lo peor como ejemplos a seguir: “Famosillos” sin nada que aportar a la humanidad (programas como Sálvame; Hombres, mujeres y viceversa y similares), series juveniles cortadas por el mismo patrón con los gestos y miradas que luego imitan (Jessie,...)

Referentes de la “música” cuyas canciones y estéticas ensalzan la genitalidad y el machismo por encima de todo: Maluma, Anuel AA, Ozuna, Miley Cyrus, Ariana Grande,...



Estereotipos de belleza y moda que gustan de la provocación

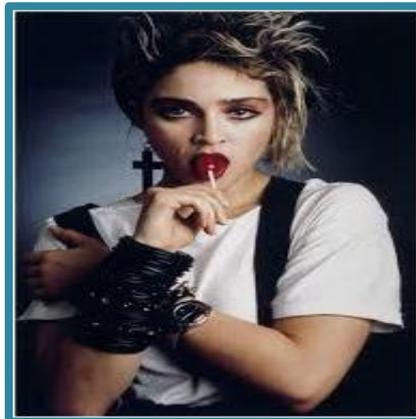
En los 80 era habitual encontrar tribus urbanas diferentes: Heavies, Mods, Rockers, New Romantics, Góticos, Punkies, Pijos, Hippies,... incluso era posible tener gustos variados sin ir vestido de una forma particular.

Aunque aún queden reductos de todo aquello, lo más frecuente es encontrarte rodeado por IGUALES. Si te pido que por un momento cierres los ojos y pienses en grupos de jóvenes, no creo que sea muy diferente a esto:

Ellas: melenas largas y planchadas, vaqueros cortísimos, tops o sudaderas cortas, tangas visibles asomando por encima del vaquero, pendientes de aro y el móvil en la mano.

Ellos: aspecto de raperos con cabezas rapadas, pantalones vaqueros que dejan ver ropa interior y móvil también en la mano. <https://diario16.com/africa/>

Siglo
XX



Act
uali
da
d



2.3. Nuevas conductas

- Exposición imagen en redes sociales tanto para exhibir físicos (Instagram) como conductas temerarias, incluso delictivas (YouTube).



- Adicciones nuevas a los juegos de pantalla o a las redes sociales.
<https://diario16.com/hola-mi-nombre-es-monica-y-llevo-1-dia-sin-meterme-en-twitter/>
- Adelanto de la “edad del pavo” y del inicio de las relaciones sexuales coitales sin apenas información. La edad media de inicio de las relaciones sexuales con penetración está en los 16 años (3ª Encuesta de Sexualidad y Anticoncepción de la juventud española del año 2009)
- Persisten los viejos “mitos” de la anticoncepción: “descansos” de la píldora, esterilidad posterior a la toma de la misma, la píldora de emergencia como “bomba hormonal”, diu sólo si ha parido antes,... Los siguientes datos son de la última encuesta de 2007 aunque no han variado mucho en los últimos años por lo que vemos en consulta: 7ª Encuesta de Anticoncepción de las mujeres españolas de año 2011 y del Estudio sobre la ive y los métodos anticonceptivos en jóvenes. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.

25 % de los jóvenes entrevistados manifestaron tener “**vergüenza**” a la hora de pedirlo.

17.7% de los jóvenes (14.4% de los chicos y 21.6% de las chicas) pensaban que el **preservativo** es eficaz aunque se coloque **tras la penetración**.

26% pensaban que prácticas como los **lavados vaginales o la marcha atrás** eran métodos eficaces.

- Acceso demasiado fácil a la pornografía pensando que dichas actitudes son las “normales”, películas y vídeos donde se visibilizan principalmente relaciones heterosexuales, satisfactorias, con orgasmos simultáneos, ellas siempre estupendas y depiladas, ellos son los que llevan la iniciativa, posición del misionero o ella “empotrada” contra la pared, curiosamente siempre tienen ganas ambos y es complicado ver alguna referencia a método anticonceptivo o a preservativos que ni aparecen habitualmente en escena.

<https://www.huffingtonpost.es/entry/educacion-sesual-es-5d8ba89ae4b08f48f4ae73d9>

- Anuncios que esconden, no siempre, la idea de la supremacía del macho sobre la hembra, la posibilidad de obtener lo que quieren cuando quieren, la mujer es un objeto a utilizar.

https://elpais.com/sociedad/2007/03/07/actualidad/1173222001_850215.html

3. ¿POR QUÉ HABLAR DE SEXUALIDAD?

La sexualidad es una característica inherente al ser humano. Mediatiza todo nuestro ser, nos sentimos y vivimos según nuestra sexualidad. Por ello, es importante cuidarla y vivirla de forma saludable, es decir, tener una buena salud sexual.

“La Salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos”

OMS, 2002

3.1. Pero, ¿De qué hablamos cuando hablamos de sexualidad?

Conceptos

Como ya hemos comentado anteriormente, la sexualidad es una característica inherente al ser humano. Nadie puede afirmar que no tiene sexualidad, así como tampoco puede decir que es asexuado. Partimos de la premisa de que todos somos seres sexuados, todos tenemos sexo. No se trata de conducta o práctica, sino de nuestra condición humana.

Es conveniente que establezcamos de qué hablamos cuando hablamos de sexualidad, concepto difícil de definir por su complejidad. Para ello vamos a utilizar el modelo explicativo propuesto por E. Amezúa.



Las columnas que aparecen en el eje de ordenadas corresponden a los Campos Conceptuales y las que aparecen en el eje de abscisas se refieren a los planos de individuación. Definamos los conceptos que aparecen en la figura y que conforman el Hecho Sexual Humano.

- **Sexuación:** proceso que, a través de elementos tanto biológicos como psicológicos y sociales, determina las estructuras sexuadas de cada sujeto a lo largo del ciclo vital. Así, la sexuación no es sólo biológica, sino que se trata de un proceso bio-psico-social.

En este punto es conveniente aclarar que el sexo biológico considerado como dicotómico (hombre/mujer) no es suficiente para explicar la realidad sexuada de todas las personas. Muchas presentan diferencias del desarrollo sexual o variaciones intersexuales como, por ejemplo, el síndrome de Klinefelter, el síndrome de Turner, el síndrome de Insensibilidad Completa a los Andrógenos, micropene, hipospadias, etc. Este conjunto de síndromes es más frecuente de lo que pensamos y se estima que 1 de cada 2.000 nacimientos presenta alguna forma de intersexualidad.

- Sexualidad: es la manera en que cada persona vive el hecho de ser sexuado, y existen tantas formas de vivir la sexuación, como personas. Por ello, deberíamos hablar de “sexualidades”. Es la manera propia de vivirse, de sentirse como sexuado, y es a través de esta vivencia como nos integramos y relacionamos con el mundo.

La sexualidad es la que estructura nuestra identidad sexual, es decir la vivencia que tiene el sujeto de reconocerse de uno u otro sexo. Cuando la identidad sexual propia no es coherente con la identidad sexual que el resto nos asigna estamos hablando de transexualidad.

En este punto, podríamos hablar de la Identidad de Género, que hace referencia a la identificación del sujeto sexuado (hombre o mujer) con lo que socialmente corresponde por su sexo (masculino/femenino).

Tanto una como la otra, siguen un proceso de adquisición y desarrollo. Como explica Anna Freixas (2012), “a medida que el niño o niña crece va adquiriendo una identidad sexual (soy niño o soy niña) en función de su cuerpo y de sus peculiaridades biológicas (diferencia en los genitales) y, a la vez, adquiere una identidad de género que supone la asimilación de los roles que se derivan de cada uno de los sexos en la sociedad en que se encuentra el sujeto. Esta identidad tiene una caracterización fundamentalmente social y cultural y cambia a lo largo del ciclo vital en cuanto a sus contenidos”.

- Erótica: es la expresión, a través del gesto y del deseo, del hecho sexual humano. Tiene poder de vincular, facilita la búsqueda de contacto con los otros. Se experimenta desde uno mismo, configurando el propio mapa personal de cosas placenteras o desagradables y que nos lleva a relacionarnos con unos y a evitar a otros.

Así, estamos hablando de deseo, deseo de vincularnos. Estos deseos también vienen canalizados por la cultura y sociedad donde se desarrolle el sujeto. De ahí, por ejemplo que se aprecien diferencias de género en los deseos de ambos sexos. Los hombres han sido los sujetos deseantes y las mujeres deseaban ser deseadas. Es decir, los primeros se reafirmaban desde sí mismos y las segundas, a través del reconocimiento de los

varones. Actualmente, esto ha ido cambiando y la mujer también se muestra deseante con más frecuencia y no como excepción.

- Amatoria (columna que no aparece en la gráfica, añadida por el autor posteriormente): se refiere a la conducta interrelacional entre los sexos, las relaciones íntimas. Ahora bien, es conveniente tener en cuenta que las conductas sexuales no son una sucesión de coitos y orgasmos, aunque en nuestra cultura todavía estamos “sometidos” a un modelo de desempeño y claramente coitocéntrico.

En cuanto al otro eje de la figura, encontramos los modos, matices y peculiaridades, es decir, los planos de individuación. Son los aspectos que hacen que los campos conceptuales antes descritos y comunes a todos los individuos sean singulares para cada persona.

- Los modos (masculino-femenino): constituyen los dos modos de ser de los sujetos sexuados, recordando que no se trata de una dicotomía sino de un continuo. Se trata de identidades y éstas se construyen de forma biográfica, a través de un lento y complejo proceso de sexuación en el que intervienen procesos bio-fisiológicos, procesos cognitivos, emocionales o afectivos, factores sociales y culturales y la experiencia individual. Así, como Simone de Beauvoir dijo, “la mujer no nace mujer, se hace”, podemos decir también que “el hombre no nace hombre, se hace”.
- Los matices (hetero-homo): se explican a partir de la Erótica, de la construcción de los deseos de los sujetos y sus orientaciones, tiene que ver con la dirección que toma el deseo erótico en cuanto al sexo de la persona deseada. La orientación no está condicionada por la identidad sexual; las personas se sienten mujeres u hombres independientemente de vivirse homosexual, heterosexual o bisexual. Así, por ejemplo, un homosexual masculino es tan hombre como un heterosexual masculino.
- Las peculiaridades (...ismos): algunas, históricamente, han sido negadas o patologizadas, de hecho existe un buen número de parafilias. Pero, ¿cuándo dejan de ser peculiaridades y pasan a ser trastornos? Cuando en

lugar de contribuir a sentirse bien, contribuyen a sentirse mal o hacer sentir mal a otros.

Resumiendo...

SEXO se es, proceso de SEXUACIÓN

SEXUALIDAD se siente, VIVENCIAS

IDENTIDAD me identifico, SOY

ERÓTICA se desea, DESEOS

ORIENTACIÓN deseo, DIRECCIÓN

AMATORIA se hace, CONDUCTAS

Bibliografía:

- Arnaiz A. Sobre el Hecho Sexual Humano. La construcción sexual de la realidad. Cap. XII El Hecho Sexual Humano. Revista Española de Sexología. ISSN 1136-548X, nº 111-112. 2002. Págs 167-183
- Amezúa E. El sexo: historia de una idea. Segunda Parte: Propuestas. Revista de Sexología. ISSN 1136-548X Nº 115-116.2003. Págs 95-131
- Freixas A. La adquisición del género: el lugar de la educación en el desarrollo de la Identidad Sexual. Apuntes de Psicología. 2012;30(1-3):155-164
- Cabral M., Benzur G. Cuando digo intersex. Un diálogo introductorio a la intersexualidad. Cad. Pagu nº 24 Campinas Jan/june 2005.
- http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-83332005000100013&script=sci_arttext&lng=pt

3.2. Desarrollo psicosexual en la adolescencia

La pubertad y adolescencia se trata de una etapa marcada por cambios de tipo biológico y psicosocial. Respecto a los cambios biológicos, ya suficientemente conocidos, sólo mencionar que no se inician en todos los adolescentes en un mismo momento y puede ser motivo de preocupación para ellos y, por otro lado, el desfase puede ser motivo de burlas y bromas. Así, los adolescentes son sensibles a alusiones sobre su aspecto físico y apariencia pues la aceptación de su imagen corporal es uno de los aspectos más críticos de esta etapa.

3.2.1.- Aspectos psicosociales

La adolescencia es un periodo de cambios mentales. Se adquiere mayor capacidad para manejar conceptos abstractos, aparece el pensamiento hipotético-deductivo. Son frecuentes las discusiones intelectuales, su postura idealista con respecto al mundo y al comportamiento humano, así como, los juicios radicales y posturas extremas. Estas confrontaciones con adultos le sirven en su proceso de autoafirmación. Son críticos con la situación social y, sin embargo, convencionales y nada críticos con las influencias de los medios, grupos de iguales, modas,...

Otra característica del pensamiento adolescente es el egocentrismo. Por un lado, cuidan su aspecto físico, su indumentaria, en la creencia de que van a ser observados por todos (audiencia imaginaria) y, por otro lado, tienen una idea de invulnerabilidad (fabulación personal) que les lleva a realizar conductas de riesgo.

En cuanto a la adquisición de autonomía personal, el adolescente cambia el estilo de relación familiar, aunque su papel es mucho más importante de lo que se cree, el vínculo de apego con los padres sigue siendo decisivo pues proporciona una seguridad emocional incondicional. Los vínculos de amistad van a adquirir más importancia pues el grupo de iguales les ayudan a construir su identidad, confidencias, experiencias,... su función es el aprendizaje de comportamientos definidos como adultos.

3.2.2. - Aspectos psicosexuales

Aprendizaje del propio cuerpo, sus respuestas y necesidades sexuales:

Al producirse los cambios corporales, el adolescente ha de aprender cosas nuevas sobre su cuerpo, normalmente mediante la exploración física. Este aprendizaje lleva finalmente a intentos más deliberados de conseguir excitación sexual.

Desarrollo de la identidad sexual:

La adquisición de la identidad sexual e identidad de género, o deberíamos hablar de identidad personal, es un proceso largo y complejo que se inicia en la infancia, adquiere gran importancia en la adolescencia y continúa a lo largo de la vida. Es resultado de tres procesos: biológico, psicológico y social (Erikson, 1968).

Existen diferentes teorías psicológicas que explican su desarrollo Teoría Psicodinámica, Aprendizaje Social, Teoría Cognitiva, Teoría Multifactorial de la Identidad de Género. Brevemente, explicaremos cómo se adquiere. Cuando nacemos, incluso antes, los adultos que nos reciben nos nombran y nos dan nuestras primeras señas de identidad, ya que al nombrarnos, lo hacen en masculino o en femenino, es más, nos hablan, nos cogen, nos estimulan de diferente forma según el sexo del bebé (audiovisual “La mente en pañales <https://www.youtube.com/watch?v=7hBX7YUx2I>).



Figura 2: Gerar Coll-Planas y Marina Vidal (2013) *Dibujando el género*

Según Guidano y Liotti (1983), existen tres etapas básicas en la adquisición de la identidad personal.

- Primera infancia y edad preescolar (2 años y medio hasta los 5): se consolidan los cimientos de la identidad. A los 2 años empieza a distinguir su yo del resto, aunque en inicio, la diferencia sexual (genitales) la equipara con diferentes roles físicos como, por ejemplo, tener pene y no llevar falda o tener vulva y llevar pendientes. Posteriormente, adquiere la idea de género y llega a comprender que es un rasgo invariable de la persona, independiente de peinados y vestidos.
- Segunda infancia – niñez – hasta la pubertad: rigidez en la idea de género. Pueden observarse claramente diferencias entre niños y niñas.
- Adolescencia (hasta los 18 años): plena asunción de los correspondientes roles adultos. Es durante la adolescencia cuando más se aferran a los roles de masculinidad y feminidad puesto que, es en esta etapa cuando se consolida la identidad y los roles sexuales tradicionales. Siguen los mandatos y reglas sociales para no diferenciarse del grupo, especialmente los chicos, pues no se puede dudar de su masculinidad, que se construye en términos negativos, sobre lo que no se es: no homosexual, no femenino, no niño.

Aparición del Deseo Sexual

El adolescente deja atrás el núcleo fusional familiar y descubre la alteridad. Aparece el deseo, se produce un investimento erótico del "otro". El objeto de deseo puede ser variable, y en la adolescencia, el deseo sexual, además de hacerse específico y diferenciado de otros sentimientos, comienza a tener una orientación determinada.

Dados los estereotipos de masculinidad, el adolescente con una orientación homosexual tiene un proceso evolutivo más conflictivo que el heterosexual por tres factores: conciencia de algo que no se podía esperar, el entorno tiene peor aceptación y, por último, son minoría, por lo cual, tienen menos modelos de conducta y más dificultades para encontrar pareja.

El deseo sexual, además, también tiene una perspectiva de género y hay diferenciación entre sexos. Los chicos se educan para desear, se espera de ellos iniciativa y disposición, en cambio, las chicas son educadas para ser deseadas.

Aprendizaje de las relaciones sexuales y románticas

Al principio de la adolescencia se inicia este aprendizaje con la práctica de habilidades sociales en el grupo. Aparecen las pandillas mixtas, se realizan fiestas, tienen citas,... y, el grado de compromiso emocional e intimidad sexual aumenta a medida que crecen.

A pesar de que actualmente los roles sexuales han experimentado cambios y se ha adoptado un modelo más igualitario respecto a la experimentación sexual, algunos chicos ven la intimidad sexual como un triunfo, mientras que las chicas la ven como una forma de obtener afecto y atención.

3.2.3.- Prácticas sexuales

- La masturbación: Es una de las principales actividades sexuales de esta etapa y provoca en el adolescente una gran excitación generalmente asociada con fantasías eróticas.

A pesar de las falsas creencias que se le han atribuido a esta práctica, en realidad tiene efectos positivos como el alivio de la tensión sexual, la mejora del

autoconocimiento erótico y autoconfianza en el desempeño sexual así como facilita una experimentación sexual sin riesgos.

- Las caricias o petting: Es una práctica sexual que consiste en tocamientos para conseguir excitación erótica sin realizar el coito.
- Sexo oral: Se trata de una práctica sexual alternativa al coito que no conlleva riesgo de embarazo, aunque sí es una conducta de riesgo en la transmisión de infecciones. Psicológicamente, también la consideran segura pues permite contactos íntimos muy placenteros, sin perder la virginidad. Esto se entiende desde un concepto de relaciones sexuales que sólo lo son si se practica el coito.
- El coito: La primera experiencia coital puede originar inquietud, decepción o culpa, siendo, en ocasiones, la causa de la aparición de disfunciones sexuales, frecuentes durante la adolescencia.

En los últimos 40 años ha ido disminuyendo la edad del primer coito. Según la última Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Anticoncepción entre los Jóvenes españoles de la SEC (septiembre 2019), edad media de inicio de relaciones coitales sería 16,4 años. Por grupos de edad, entre los/as jóvenes de 16 a 18 años sería de 15,66 años, entre los 19 y 21 años sería de 16,73 años y, por último, entre los 22 a 25 años iniciarían las relaciones a los 17,53 años. Visto así, observamos que cuanto más jóvenes, antes inician las relaciones coitales.

Este hecho se debe a diferentes cambios:

- sociedad más permisiva
- medios de comunicación y redes sociales que alientan la expresión sexual
- modelos familiares no tan rígidos
- descenso de la edad de menarquia
- retraso de la edad de casamiento

Bibliografía:

- Arnaiz A. Sobre el Hecho Sexual Humano. La construcción sexual de la realidad. Cap. XIV Cómo se forma la Identidad Sexual. Revista Española de Sexología. ISSN 1136-548X, nº 111-112. 2002. Págs 195-217
- López F, Oroz A. Para comprender la vida sexual del adolescente. Pamplona: Editorial Verbo Divino, 1999.
- Castells P., Silver TJ. Guía práctica de la salud y psicología del adolescente. Ed. Planeta. Barcelona, 1998.
- Rocha T E. Desarrollo de la Identidad de Género desde una Perspectiva Psico-Socio-Cultural: Un Recorrido Conceptual. Revista interamericana de Psicología- 2009, Vol. 43, Num. 2 pp 250-259
- Jayme M. Revista de Psicoterapia ISSN 1130-5142, ISSN-e 2339-7950. Vol. 10. Nº 40. 1999. Págs. 5-22
- <https://es.scribd.com/document/293759725/identidad-de-genero-2-pdf>
- <http://sec.es/encuesta-nacional-sobre-sexualidad-y-anticoncepcion->

3.2.4.- Cuando no me identifico con mi género. Menores trans

Abordaremos este apartado según la división existente en cuanto a la definición del concepto y en cuanto al abordaje de su tratamiento.

Las personas trans son aquellas que se identifican con un género diferente o se expresan de manera diferente al género que se les asignó con el nacimiento.

Tradicionalmente, la transexualidad se ha patologizado, y, además de considerarse un trastorno, el sexo sentido debe corresponderse, según el binarismo imperante, con masculino o femenino. Sin embargo, el término trans recoge múltiples formas de identidad y expresión de género como transexual, transgénero, variantes de género, queer, o personas de género diferenciado.

Respecto a su consideración como trastorno, en el DSM IV o Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales aparece denominado

como trastorno de la identidad sexual. A partir del DSM-V, es recategorizado como disforia de género. En el CIE-10 se sigue denominando trastorno de identidad de género y en el CIE-11, todavía no en vigor, incluirá la transexualidad en el apartado de comportamientos sexuales y, por tanto, se eliminará como trastorno mental o desorden de la identidad de género.

La discordancia personal entre el sexo asignado al nacimiento y sexo/género sentido no implica que existan otros trastornos mentales, sino que, de haberlos (ansiedad, depresión,...) son reactivos a problemas psicosociales como rechazo familiar, rechazo iguales, acoso, problemas legales, problemas para acceder a tratamientos, etc.

Este tema resulta polémico tanto en su diagnóstico como en su evaluación y tratamiento. Así, existen dos posturas a la hora de abordar el diagnóstico, evaluación y tratamiento de las personas trans, especialmente en el caso de menores.

Desde un punto de vista más biomédico o intervencionista, la evaluación y tratamiento de la disforia de género en niños y adolescentes, según el Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología (GIDSEEN) establece unas recomendaciones. Dada la complejidad de la disforia de género, debe hacerse un manejo multidisciplinar y siempre a través de equipos especializados. Así, el protocolo del proceso transexualizador contempla tres fases importantes en la terapia: psicológica, hormonal y quirúrgica.

Hay diversas publicaciones y estudios que defienden el inicio de terapia hormonal y quirúrgica en la adolescencia si la identidad de género está consolidada.

Dado que en la actualidad no disponemos de pruebas objetivas para realizar el diagnóstico (se utilizan entrevistas clínicas con el consiguiente sesgo), teniendo en cuenta que existe una tasa significativa de prepúberes que dicen ser trans en la infancia pero que no siguen experimentando disforia de género en la adolescencia y el tratamiento consiste en intervenciones con resultados irreversibles total o parcialmente, es necesario realizar un diagnóstico y

evaluación muy exhaustiva e individualizada en Unidades especializadas junto con un seguimiento riguroso del menor y su familia.

Algunos de estos argumentos son expuestos en contra de intervenir tempranamente, además de considerar que personas trans llegan a identificarse congruentemente con su cuerpo, con pequeños cambios, en diferentes grados, sin necesidad de llegar a cirugía.

En cualquier caso, el papel del pediatra de Atención Primaria es fundamental. Es el profesional que puede detectar una identidad trans o al que consultan los padres por ese tema. De su escucha, actitud e información a menores y familias depende que la aceptación y apoyo faciliten una transición tranquila o, por el contrario, que suponga un sufrimiento y riesgo para los menores.

Bibliografía:

- Ley 8/2017, de 7 de abril, integral del reconocimiento del derecho a la identidad y a la expresión de género en la Comunitat Valenciana. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2017/BOE-A-2017-5118-consolidado.pdf>
- Decreto 102/108, de 27 de julio, del Consell, de desarrollo de la Ley 8/2017, integral del reconocimiento del derecho a la identidad y a la expresión de género en la Comunitat Valenciana [2018/8139] http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?L=1&sig=008170%2F2018
- Ley 23/2018, de 29 de noviembre, de la Generalitat, de igualdad de las personas LGTBI. https://www.dogv.gva.es/datos/2018/12/03/pdf/2018_11252.pdf
- Hurtado-Murillo F. Disforia de género en infancia y adolescencia: Guía práctica clínica. Rev Esp Endocrinol Pediatr, 2015; 6 (Suppl), págs. 45-52. <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/GPC%20Disforia%20de%20genero.pdf>
- Esteva I et al. Documento de posicionamiento: Disforia de Género en la infancia y la adolescencia. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN). Rev Esp Endocrinol Pediatr 2015; Volumen 6 Núm 1. <http://endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E15/P1-E15-S590-A275.pdf>
- Curso Actualización Pediatría, 2017. Mesa Redonda: Infancias y adolescencias trans: herramientas y conocimientos para mejorar su abordaje. https://www.aepap.org/sites/default/files/019-026_infancias_y_adolescencias_trans.pdf
- Mas Grau J. Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. Revista Internacional de Sociología. Vol 75. Nº 2. 2017. <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/articulo/view/673/825>

- Audiovisual: Real life test – Test de la vida real.
https://www.youtube.com/watch?v=yrgRZ0R_-3U
- <http://catalunyaplural.cat/es/la-transexualidad-ha-pasado-de-reivindicar-el-derecho-a-operarse-a-casi-reivindicar-el-derecho-a-no-hacerlo/>
- Chrysallis. Asociación de Familias de Menores Transexuales. “Disforia” no es sinónimo de “transexualidad”.
<https://chrysallis.org.es/disforia-no-es-sinonimo-de-transexualidad/>
- <https://www.diariomedico.com/normativa/pediatria-impulsa-la-mejora-de-la-atencion-a-la-diversidad-sexual.html>

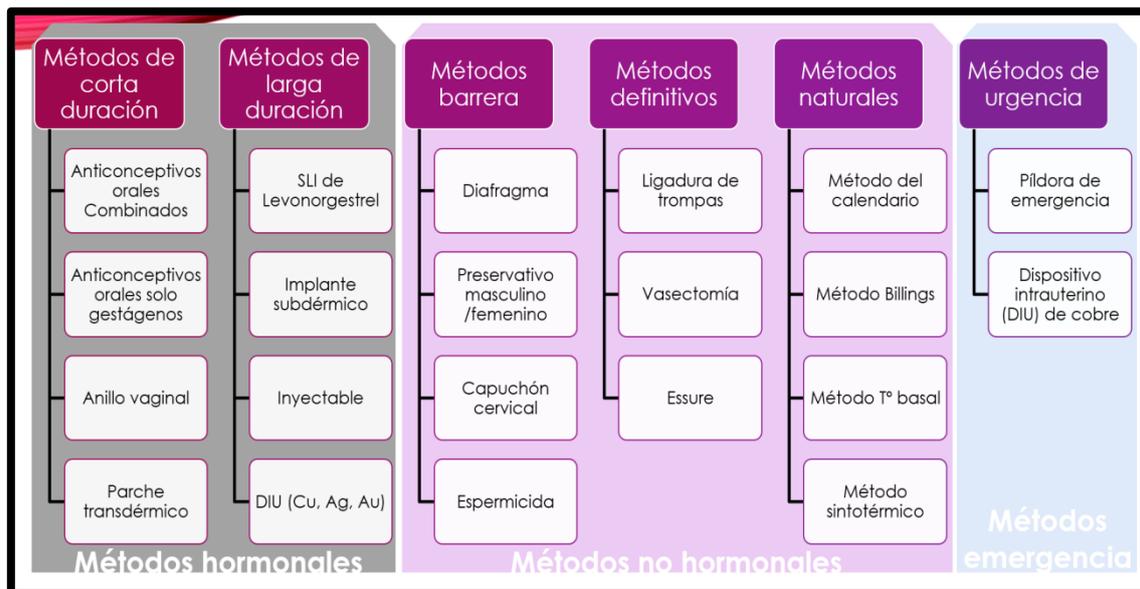
4. EVOLUCIÓN EN ANTICONCEPCIÓN

4.1. Actualización métodos

En la medida en que las tasas de fecundidad se han reducido de manera drástica en la mayor parte de los países, en paralelo se ha producido un descenso de la edad media a la primera relación sexual. Con una adecuada protección anticonceptiva esto no tiene por qué traducirse necesariamente en un mayor número de nacimientos.

Se aprecia que los grupos de edad donde se registran los porcentajes más elevados de embarazos finalizando en aborto son los de menor edad, concretamente se concentran entre las adolescentes y las mujeres de 20-24 años.

Visión global de los métodos anticonceptivos



Eficacia de los métodos:

Método anticonceptivo	Tasa	Método anticonceptivo	Tasa
 Implante subdérmico	0-0,08	 Anillo vaginal	0,25-1,23
 DIU hormonal	0,1	 Parche transdérmico	0,71-1,24
 DIU de cobre	0,8	 Píldora	0-2,18
 Inyectable	0	 Preservativo	15

Índice de Pearl: el nº de embarazos que presentarían teóricamente 100 mujeres que utilizaran el mismo método anticonceptivo durante 1 año.

4.2. La importancia de los LARC

Los anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC) son métodos de elevada eficacia anticonceptiva. Son aquellos métodos sin necesidad de adherencia activa una vez iniciados y que no requieren de una atención frecuente.

Se caracterizan por un bajo índice de fallo y altos índices de continuidad. El 9,8% de las mujeres utilizan estos métodos debido a que el correcto cumplimiento de su uso no recae en la usuaria, además de que la mujer puede decidir el momento de su retirada con la consiguiente recuperación de la fertilidad.

Gran parte de los embarazos no deseados se deben a un uso incorrecto de los métodos anticonceptivos.

El **47%** de los embarazos son **no deseados** en los países más desarrollados

Un **54%** de los embarazos no deseados terminan en **aborto** en los países más desarrollados.

Tipos de LARC's

Inyectable trimestral



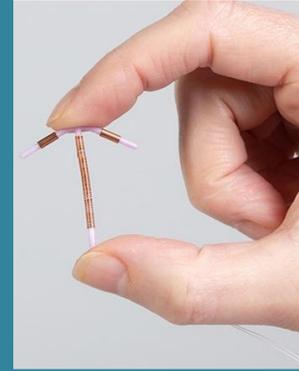
Características	Duración	Índice de Pearl
Compuesto por una sola hormona similar a la progesterona natural que producen los ovarios (progestágeno). Su eficacia se basa en que suprime la ovulación y espesa el tapón de moco del cuello del útero.	12 semanas	<1%

Implante subcutáneo



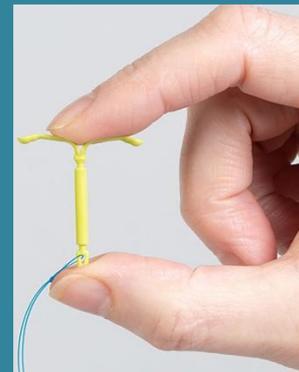
Características	Duración	Índice de Pearl
Libera una dosis baja y regular de una hormona progestacional para engrosar la mucosa del cuello del útero y afinar el revestimiento del útero (endometrio). Los implantes anticonceptivos también suelen inhibir la ovulación.	3-5 años	0,04%

DIU cobre (DIU-Cu)



Características	Duración	Índice de Pearl
Es una estructura de plástico en forma de T que se inserta en el útero. El cable de cobre en espiral alrededor del dispositivo produce una reacción inflamatoria que es tóxica para el esperma y para los óvulos (huevos), lo que previene el embarazo.	4,5 o 10 años	0,8%

DIU Levonorgestrel (DIU-LNG)



Características	Duración	Índice de Pearl
Es una estructura de plástico en forma de T que se inserta en el útero. El cable de cobre en espiral alrededor del dispositivo produce una reacción inflamatoria que es tóxica para el esperma y para los óvulos (huevos), lo que previene el embarazo.	5 años	0,13%

4.3. DIU en nulíparas

La Sociedad Española de Contracepción (SEC) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) se han posicionado sobre el uso de los LARC, considerando que deben incluirse dentro del asesoramiento anticonceptivo de mujeres de cualquier edad reproductiva, incluidas las adolescentes y jóvenes.

El DIU es un método seguro y eficaz en la población adolescente (GRADO C).

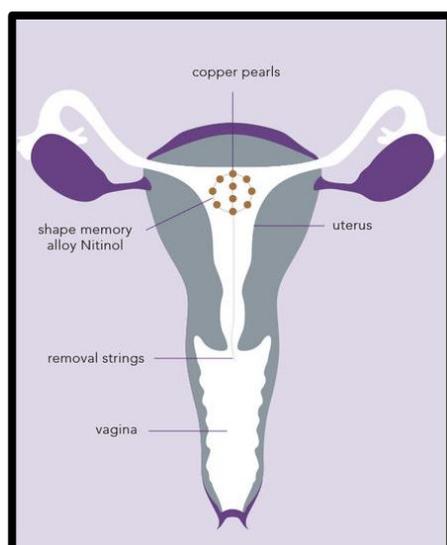
La FDA, en el 2005, incluye a las adolescentes de 16 o más años, como posibles candidatas al DIU, ya que las adolescentes (15 a 19 años) tienen una tasa más alta de fallos anticonceptivos que las adultas (20-49 años) y tasas más altas de discontinuación después de un año de uso.

Tipos de DIUs y características

Es recomendable elegir el tipo de DIU que ofrezca una eficacia anticonceptiva de mayor duración pues así se reducirán los riesgos asociados al proceso de reinscripción (infección, perforación y expulsión).

DIU-Cu:

El dispositivo intrauterino IUB Ballerine es un DIU de cobre en forma de esfera que mide aproximadamente 15 mm de diámetro. No tiene forma de “T” sino que al colocarlo toma la forma de una bola tridimensional, con 17 perlas de cobre insertadas en una estructura de nítinol.



La efectividad anticonceptiva se basa en el aceptado mecanismo de acción de los dispositivos intrauterinos de cobre, en los que el cobre ha demostrado tener propiedades espermicidas, evitando así la fertilización.

Es menos frecuente que aparezca dolor menstrual, menos frecuente el aumento del sangrado menstrual y menor tasa de expulsión.

Fácil inserción, la técnica de colocación del IUB™ es similar a la utilizada para otros DIUs pero el BIU a medida que se va introduciendo adquiere poco a poco su forma esférica.

DIU-LNG:

Características físicas y dimensiones:

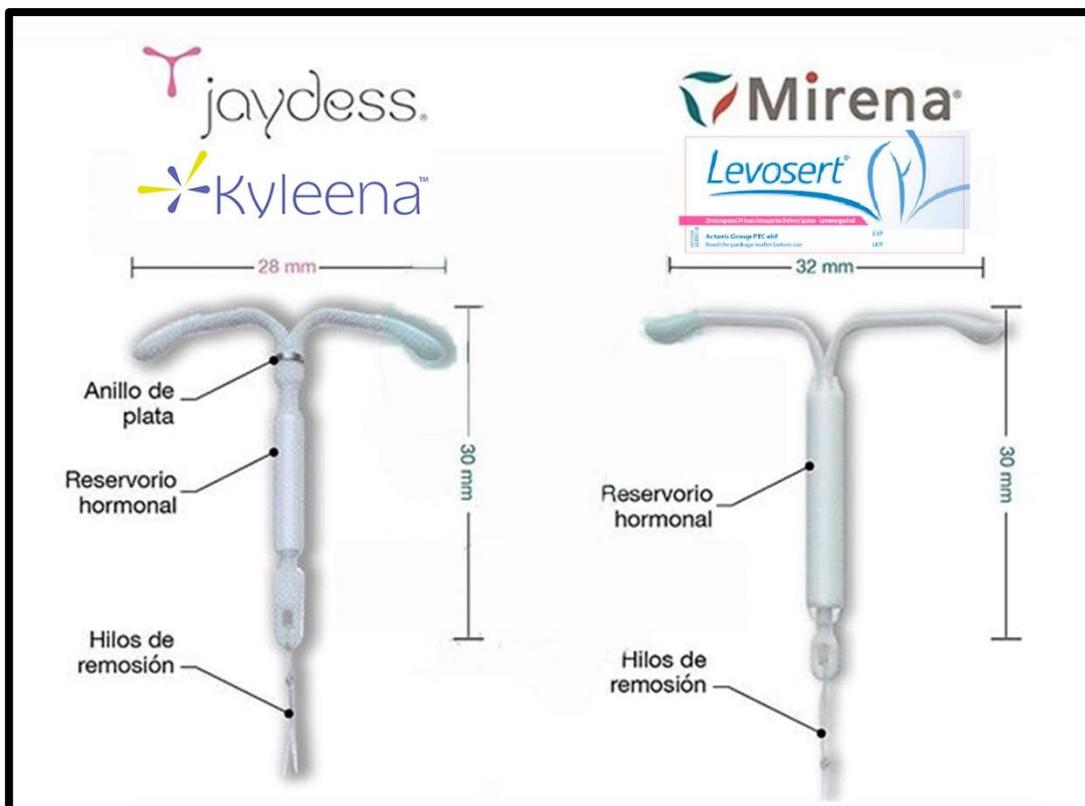


Tabla comparativa entre DIUs-LNG:

	Mirena	Levosert	Kyleena	Jaydess
Indicación	Anticoncepción hasta 5 años+SMA	Anticoncepción hasta 5 años+SMA	Anticoncepción hasta 5 años	Anticoncepción hasta 3 años
Eficacia (Índice de Pearl)	0,11%	0,15%	0,29%	0,33
Duración máxima de uso	5 años	5 años	5 años	3 años
Contenido total de LNG	52mg	52mg	19,5mg	13,5mg
Cambios en el patrón de sangrado menstrual después de la inserción	Amenorrea: 16% Sangrado infrecuente: 57%	Amenorrea: 20% Sangrado infrecuente: 10%	Amenorrea: 12% Sangrado infrecuente: 26%	Amenorrea: 6% Sangrado infrecuente: 20%
Tasa diaria media de liberación de LNG (durante el primer año)	20µg/24h	20µg/24h	12µg/24h	8µg/24h
Tasa diaria media de liberación de LNG	14µg/día	12µg/día	9µg/día	6µg/día
Dimensiones de la estructura en T (mm)	32 x32x2,8	32X32X 2,8	28x30x1,55	28x30x1,55
Diametro del tubo de insercion	4,4mm	4,4mm	3,8mm	3,8mm
Anillo de plata	No	No	Sí	Sí
Color de los hilos monofilamentos	Marrón	Azul	Azul	Marrón

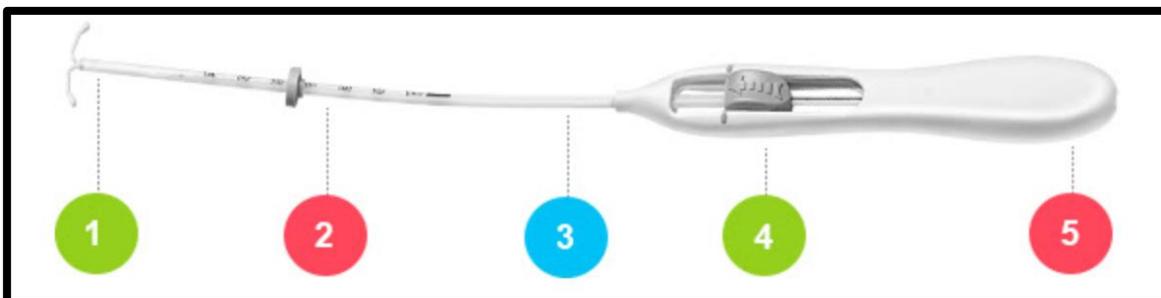
¿Cómo se coloca?

Debido a que la mujer joven probablemente será nulípara y/o nuligesta, es aconsejable elegir cualquier día del sangrado menstrual para proceder a la inserción del DIU. Tras la anamnesis cuidadosa y exploración ginecológica pertinente, se debe elegir el modelo de DIU que se considere más adecuado a las características de la joven (historia menstrual, tamaño uterino...).

Se procederá a asepsia del cérvix, pinzamiento (opcional), histerometría (opcional) e inserción del DIU elegido según la técnica específica para cada

modelo. Se introduce mediante un aplicador fino y flexible que posteriormente se desecha, quedando el DIU en el fondo del útero. No precisa anestesia, ni local ni general, ya que la inserción es muy rápida y poco molesta.

Ejemplo de Evolnserter, dispositivo de inserción para profesionales sanitarios:



1. Cuerpo en forma de T precargado en la posición correcta.
2. Escala de centímetros por ambos lados del tubo de inserción, que permite su visibilidad incluso durante una inserción del dispositivo en un útero en retroversión.
3. Carga simple mediante un solo paso.
4. Inserción del DIU con una sola mano.
5. Los hilos están dentro del mango del dispositivo de inserción, por lo que no es necesario manipularlos durante la colocación.

4.4. DIU: Pros y contras

Ventajas de DIU levonorgestrel

- Su elevada eficacia: Se trata de un método de larga duración, reversible e independiente del coito, que no interfiere con el ciclo menstrual (los DIUs de cobre), es de fácil cumplimiento y es relativamente barato.
- Sangrado menstrual abundante (SMA): En mujeres que sufren SMA, el uso de un sistema intrauterino de levonorgestrel es a menudo terapéutico. Los resultados de numerosos estudios heterogéneos prospectivos muestran una disminución en la medición de pérdida estimada de sangre menstrual, estimada en 74%, a 97%; y una reducción en el número de días de sangrado en 50%.

- Endometriosis: Reducción en la dismenorrea y el dolor pélvico. Aunque no hay suficientes datos, las mujeres que desean anticoncepción y que tienen dolor por endometriosis pueden ser candidatas razonables para el DIU-LNG.

Contras de DIU levonorgestrel

- El principal efecto secundario, que no tiene repercusión clínica pero si interfiere en la satisfacción y continuidad de uso es el sangrado intermenstrual, más frecuente en los tres primeros meses y que a posterior va disminuyendo. Un 20% de las usuarias entran en amenorrea u oligomenorrea después de los seis meses de uso. No aconsejables para jóvenes con metrorragias juveniles, anemia persistente o hipermenorreas.
- La cefalea es otro de los efectos secundarios que refieren las usuarias de dispositivos intrauterinos pero en menor medida (8,5%).
- Efectos adversos comunes tales como: cambios en el peso (20,7%), mastalgia (9,1%), cambios de humor, pueden producir quistes foliculares asintomáticos...
- No ofrece protección frente a ETS.
- Precisa de la intervención del profesional médico que lo inserte y revise.
- No apto para la primera relación sexual.

Conclusión

El DIU no parece ser el método de primera elección en la adolescencia, pero en determinadas condiciones puede constituir una buena opción contraceptiva. Las principales ventajas del DIU son su elevada eficacia y fácil cumplimiento, además de su larga duración, reversibilidad e independencia del coito. Sus principales desventajas, especialmente para la mujer joven, son la falta de protección frente a ETS y que precisa de la intervención del profesional médico que lo inserte y revise.

4.4. Consentimiento informado

Previamente a la inserción del DIU, la paciente debe firmar una hoja de consentimiento informado:

1. Documento Consentimiento Informado: Para la inserción de un Dispositivo Intrauterino (DIU) Hormonal (Anexo I):

DECLARO
Que el Dr./Dra.
Me ha explicado convenientemente la colocación de un dispositivo intrauterino (DIU) hormonal del modelo
El DIU hormonal es un dispositivo de distintos materiales, recubierto de medicación, que se coloca en el interior del útero para evitar el embarazo y/o como tratamiento de algunas alteraciones ginecológicas (metrorragias, miomas, endometriosis...).
La colocación del DIU se realiza en consulta ambulatoria, aunque en algunos casos excepcionales puede ser bajo anestesia general. Me han informado de los controles posteriores, así como de la duración del dispositivo.
La tasa de embarazo con el DIU hormonal es baja, menor del 0,5%.

http://hosting.sec.es/descargas/CONSENTIMIENTO/CON_DIU_hormonal.doc

2. Documento Consentimiento Informado: Para la colocación de un

DECLARO
Que el Dr./Dra.
Me ha explicado convenientemente la colocación de un dispositivo intrauterino (DIU-CU), modelo
El DIU es un dispositivo de distintos materiales, recubierto con metales, que se coloca en el interior del útero para evitar el embarazo.
La colocación del DIU-CU se realiza en consulta ambulatoria, aunque en algunos casos excepcionales puede ser bajo anestesia general.
La tasa de embarazo con el DIU-CU es baja, pero no del 0%. Su duración es de años.

Dispositivo Intrauterino (DIU-Cu) (Anexo II):

Y una parte común en ambos consentimientos:

COMPLICACIONES:

1. En el momento de la inserción:

- Dolor o pre síncope vasovagal
- Perforación uterina (0,1%)
- Infección en un periodo menor de un mes, pasado este periodo de tiempo la infección se debe a otras causas y no al DIU

2. Las complicaciones posteriores pueden ser:

- Embarazo, existiendo más riesgo de aborto y de embarazo ectópico cuando éste se produce.
- Descenso del DIU y expulsión del mismo (4-6%). Más frecuente durante el primer año de uso y en los tres primeros meses post-inserción.
- Alteraciones menstruales: manchado intermenstrual, que con el uso del dispositivo puede producir disminución o ausencia del sangrado menstrual.
- Efectos secundarios de la medicación hormonal según las dosis: acné, dolores de cabeza, tensión mamaria y cambios de humor.
- Migración del DIU a la cavidad abdominal
- Pérdida de referencia de los hilos

3. Las complicaciones en la extracción pueden ser:

- Ausencia de hilos de DIU visibles mediante especuloscopia y no posibilidad de extracción mediante pinza.
- Rotura del DIU con retención de un fragmento

Ambas situaciones precisan de la retirada del dispositivo mediante técnica de histeroscopia.

En caso de producirse alguna de estas complicaciones el ginecólogo me indicará la necesidad de someterme a las pruebas o tratamientos complementarios necesarios, que pueden ser: Extracción si gestación o infección, tratamiento antibiótico, laparoscopia/microlaparotomía si perforación o embarazo ectópico, histeroscopia...

En mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como.....

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Otros documentos de interés:

- Documento Consentimiento Informado: Bloqueo Tubárico

http://hosting.sec.es/descargas/CONSENTIMIENTO/CON_Bloqueo_tubarico.rtf

- Documento Consentimiento Informado: Para la inserción de Implante Anticonceptivo Subcutáneo (IMPLANON)

http://hosting.sec.es/descargas/CONSENTIMIENTO/CON_Implanon.doc

- Documento Consentimiento Informado: Vasectomía

http://hosting.sec.es/descargas/CONSENTIMIENTO/CON_VASECTOMIA.zip

5. REALIDAD ASISTENCIAL:

5.1. ¿Para qué vienen los jóvenes a nuestras consultas?

Mientras algunos padres consideran el tema de la sexualidad de sus hijos como algo que se les va de las manos, encontramos los que se tapan los ojos ante la evidencia mientras otros se anticipan a la actividad de sus pre-adolescentes.

(Salud del adolescente (capitulo XI) Lawrence S. Neinstein, M.D.1.991)

A las consultas de pediatría van a sus últimas revisiones protocolizadas, generalmente acompañadas por sus madres/padres/abuelas/os, donde casi como despedida de esa etapa en la que se les ha estado viendo crecer, llega la visita de los 14 años donde debería ser tan importante tomarles la tensión y pensarles cómo hablarles sobre ese mundo en el que quizás algunas/os ya han tenido experiencias a pesar del desconocimiento de sus familiares. El acceso al tabaco, el alcohol, las drogas o el sexo lo tienen tan fácil, que negar las evidencias puede acabar con muchos problemas.

Esa última revisión debería seguir abriendo las puertas del sistema sanitario, hablándoles sobre otras unidades existentes, además de las/os profesionales que se encargarán de su salud en atención primaria y a cuyos cupos pasarán al cumplir los 15. A estos servicios complementarios, de apoyo, pueden tener acceso si lo necesitan como pueden ser las Unidades de conductas Adictivas o las Unidades de Salud Sexual y Reproductiva.

A éstas últimas nos van a ir llegando:

A) Traídas por sus familiares para:

- Darles la explicación que ellas/os no se atreven/ponerles método
- “Que le hagan caso a alguien” (“demasiado TDAH y demasiadas hijas únicas”)
- Ya tarde, para interrumpir un embarazo

B) Solas:

De urgencias por: alteración del flujo, dolor en relaciones, trastornos del ciclo, “no me baja la regla”, verrugas (ella o la pareja), sospecha ITS o dudas sobre VPH

Con cita para poner un método anticonceptivo

C) Solas o acompañadas en lugar equivocado:

Problemas relacionados con cambios físicos (acné, hirsutismo,...) o con trastornos del ciclo o dismenorreas en chicas que NO tienen actividad sexual: su valoración y tratamientos pertinentes debe realizarlos su pediatra o ser remitidas a endocrinología, dermatología o ginecología.

En el caso de tener alguno de estos problemas siendo activa sexualmente, en las Unidades de Salud Sexual y Reproductiva se les ofrecerá tratamiento anticonceptivo que pueda mejorar de forma secundaria todos ellos sin que sea un requisito imprescindible la realización de exploración ginecológica que muchas veces no nos aportará mucha más información y puede conllevar que rechacen nuevas visitas.

6. CONSECUENCIAS

6.1. Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Según la OMS cada día, más de un millón de personas contraen una ITS. Se estima que en 2016 hubo unos 376 millones de nuevas infecciones de alguna de estas cuatro ITS: clamidiasis (127 millones), gonorrea (87 millones), sífilis (6,3 millones) y tricomoniasis (156 millones). El número de personas con infección genital por el VHS (herpes) supera los 500 millones, y hay más de 300 millones de mujeres infectadas por VPH, la principal causa de cáncer cervicouterino. Cerca de 240 millones de personas padecen hepatitis B crónica y tanto el herpes genital como la hepatitis B se pueden prevenir mediante vacunación.

Factores de riesgo:

Toda persona sexualmente activa está en riesgo de exponerse, en cierto grado, a una infección de transmisión sexual. Los factores que pueden aumentar ese riesgo incluyen:

- Tener relaciones sexuales sin protección, el sexo oral puede ser menos riesgoso, pero aun así las infecciones se pueden transmitir sin el uso de un preservativo de látex o un protector bucal.
- Tener relaciones sexuales con varias parejas.
- Tener antecedentes de ITS.
- El abuso de alcohol o el uso de drogas recreativas, que puede inhibir tu sentido común y predisponerte a tener comportamientos riesgosos.
- La inyección de drogas.
- Ser joven. La mitad de las ITS ocurren en personas de 15 a 24 años.

Síntomas:

Las infecciones de transmisión sexual pueden presentar una diversidad de signos y síntomas, o no manifestarlos. Por ese motivo pueden pasar desapercibidas hasta que ocurre una complicación o se le diagnostica la

infección a la pareja. Entre los signos que podrían indicar la presencia de una ITS:

Síndromes genitales

Síndromes de úlcera genital: Síndrome: Úlcera en el pene, escroto o recto en hombres; en mujeres, úlcera en los labios de la vulva, la vagina o el recto, ambas con adenopatía inguinal o sin ella. Causa por:

- Sífilis.
- Chancroide.
- Linfogranuloma venéreo.
- Granuloma inguinal.
- Virus del herpes simple.

Síndromes de secreción uretral: Síndrome: Secreción uretral con disuria o sin ella.

Causada por:

- Neisseria gonorrhoeae.
- Chlamydia trachomatis.
- Trichomonas vaginalis.
- Ureaplasma urealyticum.
- Mycoplasma spp.

Síndromes de secreción vaginal: Síndrome: La secreción vaginal anormal se reconoce por la cantidad y el olor, puede acompañarse de dolor abdominal, síntomas específicos, factores de riesgo o ninguno de ellos. Causada por:

- Vaginosis bacteriana.
- Candidiasis vulvovaginal.
- Trichomonas vaginalis.
- Chlamydia trachomatis
- Neisseria gonorrhoeae.

Verrugas genitales: Causadas por:

- Condiloma acuminado.
- Molluscum contagiosum.

Síndrome de infección inflamatoria pélvica: Se presenta con dolor abdominal o coito doloroso; al examen se observa flujo vaginal, dolor abdominal inferior al palpar o temperatura superior a 38°C. Causada por:

- Neisseria gonorrhoeae.
- Chlamydia trachomatis.
- Infección anaerobia.

Prurito genital: Causado por:

- Pediculosis pubis (ladillas).
- Escabiosis (sarna).

Síndromes no genitales

- Faringitis.
- Infecciones ano-rectales.
- Afecciones generales (sida).
- Patología genital no venérea.

Los signos y síntomas pueden aparecer a los pocos días después de haber estado expuesto, o pueden pasar años hasta que se presenten los problemas; depende de cada organismo.

Diagnostico:

La mayoría de las veces, la detección de las ITS no es un análisis de rutina en la atención de la salud, se requiere de un análisis de detección:

- Muestras de orina: Algunas infecciones de transmisión sexual se pueden confirmar mediante una muestra de orina.
- Muestras de líquidos. Si hay llagas genitales activas, se pueden analizar los líquidos y muestras de las llagas para diagnosticar el tipo de infección. Cultivo de exudado urtral, vaginal, endocervical, de la cavidad oral y faríngea
- Análisis de sangre: Serología de sífilis y test de despistaje de la infección por VIH.

Infección	Tipo de muestra	Técnica a utilizar
VIH	Análisis de sangre	Test ELISA (tarda 1 semana aprox.) +Test de confirmación, habitualmente Western blot
VHC	Análisis de sangre	Serología: anti-VHC
VHB	Análisis de sangre	Serología: anti-HBs, anti-HBc y HBsAG
VHA	Análisis de sangre	Serología: anti-VHA IgGe + IgM
Chlamydia trachomatis	Secreción uretral o muestra endocervical. Valorar e investigar otras localizaciones según prácticas de riesgo: faringe, rectal. Orina.	Cultivo o PCR o inmunofluorescencia
Treponema pallidum	Análisis de sangre	Prueba treponémica + prueba no treponémica (RPR)
Neisseria gonorrhoeae	Secreción uretral o muestra endocervical. Valorar e investigar otras localizaciones según prácticas de riesgo: faringe, rectal Orina	Microscopia óptica, cultivo o PCR multiplex (gonococo/clamidia)
Trichomonas vaginalis	Mujeres: exudado endocervical o vaginal Hombres: exudado uretral	Microscopia óptica + PCR

Tratamientos:

Actualmente se dispone de tratamientos eficaces contra varias ITS.

- Tres ITS bacterianas (la clamidiosis, la gonorrea y la sífilis) y una parasitaria (la tricomoniasis) se suelen curar con pautas de antibióticos eficaces de los que se administra una sola dosis.
- Los antiviricos más eficaces pueden atenuar la evolución de la sífilis y la infección por el VIH, pero no curarlas.
- En cuanto a la hepatitis B, hay antiviricos que pueden ayudar a luchar contra el virus y retrasar las lesiones hepáticas.

Tratamientos según protocolos clínicos: (MO: mono dosis; vo: vía oral)

Recomendaciones terapéuticas de las uretritis y las cervicitis

Uretritis /cervicitis gonocócica no complicadas

De elección	Ceftriaxona 500 mg IM MD + Azitromicina 1 gr vo MD
Alternativo	-Si no se dispone de cefalosporinas IM: Cefixima 400 mg vo MD + Azitromicina 2 gr vo MD -Si fallo de tratamiento o resistencias detectadas a cefalosporinas: Ceftriaxona 1 gr IM MD + Azitromicina 2 gr vo MD ó Gentamicina 240 mg IM MD + Azitromicina 2 gr vo MD
Alergia a la penicilina	Gentamicina 240mg IM MD + Azitromicina 2 gr vo MD

Uretritis/cervicitis no gonocócica

De elección	Doxiciclina 100 mg /12h 7 días vo
Alternativo	- Azitromicina 1 gr vo MD -Si se aislara M. genitalium : Azitromicina 500 mg vo MD + 250 mg/ 24 h 4 días

Uretritis persistente/recurrente

De elección	- Si se prescribió en un primer momento doxiciclina: Azitromicina 500 mg MD + 250 mg/ 24h vo 4 días - Si se prescribió en un primer momento azitromicina:
--------------------	---

	Moxifloxacino 400 mg/24h vo 7-14 días -Si se trata de pacientes heterosexuales, añadir en ambos casos Metronidazol 400 mg/12h vo 5 días para cobertura de T. vaginalis
Alternativo	-Si se aislara M. genitalium resistente a azitromicina: Moxifloxacino 400 mg/12h 7-14 días vo

Recomendaciones terapéuticas proctitis

Neisseria gonorrhoeae

Recomendado	Ceftriaxona 500 mg IM + Azitromicina 2 gr dosis única oral
Alternativo	Cefixima 400 mg dosis única oral + Azitromicina 2 gr dosis única oral
Alternativo	Gentamicina 240 mg IM + Azitromicina 2 gr dosis única oral
Alternativo	Gemifloxacino 320 mg dosis única oral + Azitromicina 2 gr dosis única ora
Gestación	Ceftriaxona 250 mg IM + Azitromicina 1 gr dosis única oral 2

Chlamydia trachomatis

Recomendado	Doxiciclina 100 mg /12 horas vo durante 7 días
Alternativo	Azitromicina 1 gr dosis oral única
Alternativo	Levofloxacino 500 mg/día durante 7 días
Alternativo	Eritromicina 500 mg/ 6 horas durante 7 días
Gestación	Azitromicina 1 gr dosis única oral

Linfogranuloma venereo

Recomendado	Doxiciclina 100 mg /12 horas vo durante 21 días
Alternativo	Eritromicina 500 mg/ 6 horas vo durante 21 días
Alternativo	Azitromicina 1 gr / oral semana durante 3 semanas
Gestación	Eritromicina 500 mg/6 horas vo durante 21días

Shigella	
Recomendado	Ciprofloxacino 500 mg/12 horas vo durante 3 días o Azitromicina 1 gr dosis única oral
Alternativo	Cotrimoxazol 2 comp cada 12 horas vo durante 3 días
Alternativo	Ceftriaxona 1gr/24 horas iv o Cefixima 400 mg/24 horas, vo durante 5 días.
Alternativo	En inmunodeprimidos, Ciprofloxacino 500 mg/12 horas vo durante 7-10 días.

Tratamiento de la candidiasis

No complicada

	- Clotrimazol: 500mg óvulo vaginal MD / o 200 mg óvulos/24h x 3 días - Clotrimazol crema intravaginal al 1% 7-14 días - Alternativa: Fluconazol 150 mg vo MD
--	--

Complicadas

C. albicans	- Clotrimazol óvulo intravaginal 100 mg 7-14 días - Alternativa : Fluconazol 150 mg vo c/72h x 3 dosis - Si recurrente: Fluconazol 150 mg vo c/72h x 3 dosis + 150mg 1comp/semana 6 meses
C. NO albicans	- Candida glabrata: Itraconazol 100 mg 2 comp/día 3 días o ácido bórico cápsulas 600 mg 1 caps/día /14días - Candida krusei: Clotrimazol 100 mg óvulos/24h 7-14 días - Resto especies: Fluconazol 150 mg, 1 comprimido vo c/72h 3 dosis
(Según antibiograma)	- Si recurrente: Se recomiendan dosis de mantenimiento prolongadas según antibiograma
Mujeres gestantes	- Clotrimazol 100 mg óvulos 1 óvulo/día por 7 días

Tratamiento de orquiepididimitis aguda

Infección de transmisión sexual

Tratamiento	-Sindrómico: Ceftriaxona 500 mg IM MD*+
-------------	--

	Doxiciclina 100 mg, 1comp/12 h /10-14 días -Por Mycoplasma genitalium 2 (poco frecuente) Azitromicina 500 mg vo. MD+ 250 mg/24h/4 días
Alergia cefalosporinas/tetraciclinas	Ofloxacino 200 mg, 1 comp/12h/ 14 días
Infección vías urinarias/sospecha de organismos entéricos	
Tratamiento	Ciprofloxacino 500 mg, 1 comp/12h 10 días

Tratamiento enfermedad inflamatoria pélvica

Tratamiento ambulatorio

Recomendado	Ceftriaxona 500 mg IM Ceftriaxona (500 mg IM dosis única) más doxiciclina (100 mg/12 horas, 14 días, v.o) +/- metronidazol (500 mg/12 horas, 14 días, v.o).
Alternativo	Cefotaxima (1 g, IM, dosis única) o Ceftizoxima (1 g, IM, dosis única) más doxiciclina (100 mg/12 horas, 14 días, vo) +/- metronidazol (500 mg/12 horas, 14 días, v.o)
Alergia a la penicilina	Levofloxacino (500 mg vo/24 h, 14 días) o doxiciclina (100 mg/12 horas, 14 días, vo) más una dosis única de azitromicina (2g v.o) en ambos casos.

Tratamiento en pacientes hospitalizadas

Recomendado	Cefoxitina (2 g IV/6 horas) o cefotetán (2 g IV/12 horas) más doxiciclina (100 mg/12 horas, vo hasta completar 14 días de tratamiento).
Alternativo	Clindamicina (900 mg IV/8 horas) más gentamicina (1.5 mg/kg peso/8 horas). La gentamicina se puede administrar en dosis única, más doxiciclina (100 mg/12 horas, vo hasta completar 14 días de tratamiento).

Tratamiento herpes vaginal

	Población No VIH	Población No VIH
Infección grave	Aciclovir IV 5-10 mg/kg/8 h 5-10 días	

1er episodio	Aciclovir vo 400 mg/8h 7-10 días	Aciclovir vo 400 mg/8h, 7 a 10 días
	Famciclovir vo 250 mg/8h, 7-10 días	Famciclovir vo 500 mg/12h, 7-10 días
	Valaciclovir vo 500 mg 12h, 7-10 días	Valaciclovir vo 1 gr/12h, 7-10 días
Recurrencias	Aciclovir vo 400 mg/8h, 5 días ó Aciclovir vo 800 mg/12h, 5 días ó Aciclovir vo 800 mg/8h, 2 días	Aciclovir 400 vo mg/8h, 5-10 días
	Famciclovir vo 1g/12h, 1 día.	Famciclovir vo 500 m g/12h, 5-10 días
	Valaciclovir vo 500 mg/12 h, 3 días. ó Valaciclovir vo 1g/día, 5 días	Valaciclovir vo 1 g/12 h, 5-10 días
Supresivo	Aciclovir vo 400 mg/12h 6-12 meses	Aciclovir vo 400-800 mg/12h u 8h, 6-12 meses
	Famciclovir vo 250 mg/12h	Famciclovir vo 500 mg/12h
	Valaciclovir vo 500 mg/día	Valaciclovir vo 500 mg/12h
	GESTANTES	
	Aciclovir vo 400 mg/8h	
	Valaciclovir vo 500 mg/12h	
		Si gestantes VIH con serología positiva pero sin lesiones genitales, no se recomienda tratamiento
Alternativo (Sospecha de resistencia a Aciclovir)	Foscarnet IV 40 mg/Kg/8h, 14-21 días	Foscarnet IV 60 mg/Kg/día hasta respuesta clínica
	Foscarnet IV 60 mg/Kg/12h, 14-21 días	
	Cidofovir 5 mg IV/Kg/semanal	
	Cidofovir 1% gel: 1 aplicación/día, 5 días	

Recomendaciones terapéuticas para el tratamiento y seguimiento de la sífilis

Sífilis primaria, secundaria o sífilis latente precoz

Tratamiento de Penicilina G benzatina 2.4 millones de UI I.Men dosis

elección	única
Tratamiento alternativo	- Doxiciclina (100 mg/12h durante 2 semanas) - Azitromicina (2 g en dosis única) 2,5,6
Seguimiento	- Control clínicos y serológicos (pruebas no treponémicas) a los 6 y 12 meses - En los pacientes con sífilis latente las pruebas no treponémicas se harán a los 6, 12 y 24 meses
Sífilis latente tardía, sífilis de duración desconocida, sífilis terciaria latente tardía, sífilis de duración desconocida, sífilis terciaria	
Tratamiento de elección	Penicilina benzatina 2.4 millones de UI I.M./semana durante 3 semanas (días 0, 7 y 14)
Tratamiento alternativo	Doxiciclina (100 mg/12h durante 4 semanas) 7
Seguimiento	Control serológicos (pruebas no treponémicas) a los 6, 12, y 24 meses
Neurosífilis y sífilis oftálmica y ótica	
Tratamiento de elección	Penicilina G sódica 3-4 millones UI (I.V cada 4 horas o 18-24 millones en infusión continua, ambas durante 10-14 días
Tratamiento alternativo	- Penicilina G procaina 2.4 millones de UI I.M al día más probenecid (500 mg/6 horas) durante 10-14 días. - En los alérgico a la penicilina se recomienda la desensibilización y posterior tratamiento con penicilina - Ceftriaxona (2 g I.V. al día durante 10-14 días)
Seguimiento	Evaluación del LCR cada 6 meses hasta lograr la total normalidad del LCR

6.2. Embarazos no deseados

Según datos del INE, en España, el 35% de las gestaciones son no planificadas y la mitad acaba en aborto.

El 31% de las mujeres eran adolescentes, menores de 15 a 24 años.

Métodos anticonceptivos	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44	TOTAL
Naturales	14	330	623	735	686	540	280	15	3.223
Barrera	110	2.867	4.701	4.706	4.439	3.726	1.504	126	22.179
Mecánicos	2	33	129	173	177	178	63	7	762
Hormonales	6	894	2.969	3.307	2.881	1.999	523	39	12.618
Otros Métodos	1	32	52	77	84	94	39	4	383

No Consta	70	2.012	4.164	4.247	4.295	3.965	1.602	138	20.493
No Utiliza	203	3.207	6.315	6.842	7.222	6.543	2.832	309	33.473

Un 34% de éstas adolescente no utilizaba método de contracepción. Fueron el 92% de las adolescentes las que planificaron la irrupción del embarazo a voluntad propia.

Aunque estos datos se han ido reduciendo en los últimos años, en términos de salud ciudadana y salud pública se debe plantear una mejora en la pronta educación sexual para seguir mejorando las cifras. La importancia del asesoramiento y la formación.

El coste de los embarazos no deseados en España es elevado, 292 millones anuales, por lo que es más barato financiar los anticonceptivos que la irrupción voluntaria del embarazo.

Interrupción del embarazo

La Ley Orgánica 2/2010 de 4 de marzo en su artículo 17 establece que todas las mujeres que manifiesten su intención de someterse a una interrupción voluntaria del embarazo, recibirán información sobre los distintos métodos de IVE, información que deberá recibir la mujer de forma verbal y por escrito, pudiendo solicitar cuanta aclaración desee sobre el particular y, tras lo cual, la mujer decidirá según su criterio y mediante la firma de un consentimiento informado, sobre el método que prefiere utilizar.

Los instrumentales: Las técnicas instrumentales, dilatación y aspiración, utilizan las aperturas naturales del cuerpo para vaciar el contenido uterino, por tanto no son métodos quirúrgicos.

Los farmacológicos: Se denominan técnicas farmacológicas cuando se utilizan fármacos para conseguir una evacuación uterina completa, sin ninguna técnica instrumental complementaria.

6.3. Otros riesgos de la sexualidad relacional

6.3.1. Disfunciones e insatisfacción

Como ya hemos mencionado al comentar el inicio de las relaciones coitales, este momento puede ser determinante en la aparición de disfunciones sexuales e insatisfacción. Desde el modelo exigente y de desempeño de las relaciones sexuales imperante en nuestra sociedad, muchos y muchas adolescentes lo viven con miedo y ansiedad. Los chicos pueden presentar eyaculación precoz o dificultad para obtener o mantener la erección. Las chicas, por otro lado, pueden tener dificultades para excitarse y presentar dispareunia y dificultades para alcanzar el orgasmo.

En la mayoría de los casos, estas disfunciones son reflejo de miedos (al embarazo, a ser descubiertos, conflictos de valores, mantener relaciones por presión, etc.), que habitualmente se solucionan resolviendo esas situaciones puntuales, de ahí la importancia de poder acceder a profesionales con los que puedan comentar sus dificultades, pues aunque Internet es una vía de información para resolver dudas o problemas de esta naturaleza (lo utilizan como vía de información sexual casi uno de cada tres adolescentes), lo cierto que no todas las páginas donde hacerlo son fiables.

6.3.2. Exposición a contenidos pornográficos

Actualmente, la pornografía es gratuita, tiene una oferta ilimitada, de fácil acceso y con diferentes niveles de interacción. Muestra una visión a menudo degradante de la mujer y de las relaciones sexuales (con frecuentes expresiones de violencia o de dominio), puede afectar negativamente a la socialización y a la percepción de las relaciones sexuales de los menores pues aprenden no desde la realidad, sino desde la hiperrealidad.

Según la “Guía para padres. Ayudándoles a evitar riesgos”, las visitas a páginas web con contenido pornográfico y erótico es una actividad minoritaria entre los adolescentes y jóvenes de 15 a 25 años (el 91% de las chicas y el 60,3% de los chicos afirman no haberlas visitado nunca).

En el caso de los menores de 9 a 16 años un 13% afirma haber visto imágenes con contenidos sexuales explícitos en el último año, tanto online como en otros soportes, siendo Internet, televisión y las películas la forma más frecuente de acceso a los mismos. El visionado de este tipo de imágenes aumenta con la edad y es mayor en el caso de los chicos. El 11% de los menores vio imágenes sexuales explícitas en Internet y un 3% afirmó haberse sentido molesto/a con esas imágenes.

1. Casi uno de cada tres menores (el 32%) que ha visto imágenes sexuales explícitas en Internet afirma haberse sentido molesto/a con esas imágenes.
2. El 3% de los menores de entre 9 y 16 años (27% de los menores que han visto imágenes sexuales online) se encontraron con imágenes sexuales que aparecieron por accidente (a través de ventanas que surgen de repente en la pantalla del ordenador)".

Otros datos los ofrece la plataforma ciudadana "Dale la vuelta" y son, quizás más preocupantes. Así, indican que la edad media para iniciar el consumo de pornografía es a los 11 años, uno de cada 10 consumidores tiene menos de 10 años, uno de cada 3 niños entre 10 y 14 años visitan estas páginas con alguna frecuencia, el 81% de los niños entre 13 y 18 años afirman haber observado pornografía como conducta normal y el 96% de los hombres y el 63% de las mujeres afirman haber sido expuestos o haber consumido pornografía durante la adolescencia.

6.3.3. Las redes sociales e Internet

Los y las adolescentes no solamente están expuestos a contenidos inadecuados e incluso dañinos con el acceso a Internet. También pueden ser víctimas de delitos on line y/o sufrir ciberadicciones. Enunciamos algunos de ellos:

- Sexting: consiste en enviar mensajes/fotografías explícitos de contenido erótico o sexual. Al hacerlo, quedan en riesgo de que el receptor utilice ese material.

¿Por qué lo hacen? Por su despertar sexual, como prueba de confianza en la pareja o por flirtear y atraer a alguien, por pertenencia al grupo de

iguales, por su tendencia a minimizar los riesgos (invulnerabilidad), la tendencia actual a exponerse y mostrar la intimidad y por la impulsividad y falta de reflexión.

- Sextorsión: es una forma de chantaje sexual en la cual, los cibercriminales obtienen contenido privado de sus víctimas y les amenazan con hacerlo público.
- Pornografía infantil: es delito la realización, la posesión de material y, por supuesto, su difusión.
- Grooming: es una modalidad delictiva en la que adultos se hacen pasar por menores a través de Internet o intentan establecer un contacto con niños y adolescentes que dé pie a una relación de confianza, pasando después al control emocional y, finalmente al chantaje con fines sexuales.
- Juegos-retos como la Ballena Azul, Momo, Olivia, que en ocasiones llegan incluso a incitar al suicidio.
- Cyberbullying: consiste en acosar, intimidar o humillar a un compañero/a a través de las redes sociales, email, chat o teléfono móvil, de forma reiterada y prolongada en el tiempo.
- Redes sociales: sitios de Internet que nos permiten interactuar y conectar con amigos, realizar nuevas amistades, compartir contenidos... En España, no es legal su uso para los menores de 14 años y está prohibido que se registren sin el consentimiento previo de sus tutores legales.
- Desconocimiento de situaciones que pueden ser delictivas como compartir archivos (fotos, vídeos,...) ilegales o entrar en páginas como las pornográficas o de otro tipo y que consiguen megadatos que son vendidos a grandes empresas.

Bibliografía:

- LOS ADOLESCENTES Y LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC) Guía para padres Ayudándoles a evitar riesgos

<http://digital.csic.es/bitstream/10261/132633/1/TICPadres.pdf>

- Arab LE, Díaz GA. Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos. Rev. Med Clin Condes. 2015; 26(1) 07-13

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-impacto-las-redes-sociales-e-S0716864015000048>

- <https://www.daleunavuelta.org>

7. CONCLUSIONES PRÁCTICAS EN CONSULTA

7.1. Cuestiones legales

1) Edad inicio relaciones sexuales, anticoncepción (pautada o de emergencia), abortos, cambios de identidad.

MAYORÍA DE EDAD 18 años: pueden votar

MAYORÍA DE EDAD MÉDICA 16 años se la considera madura
Edad de consentimiento para RRSS (Ley 41/2002)

Excepciones:

- Que el menor con 16 ya cumplidos, no sea capaz emocional ni intelectualmente de comprender el alcance de la actuación.
- Que tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en sentencia.
- Ante una actuación de grave riesgo para la salud o la vida del menor, según el criterio del facultativo.
- En casos de Ensayos clínicos, Técnicas de Reproducción asistida o Interrupciones de embarazo.
- 12-16 años edad conflictiva à Derecho a ser oídos pero...
Consentimiento por Representante legal

* < 16 años médico responsable valorará capacidad y gravedad riesgo (descartar Abuso)

* "Apreciación capacidad intelectual y emocional" del menor

El derecho a la intimidad en los menores

.Ley de Protección Jurídica del Menor:

- Art. 4.1: Los menores tienen derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. Este derecho comprende también la inviolabilidad del domicilio familiar y de la correspondencia, así como del secreto de las comunicaciones

.Art. 197 Código Penal: (Descubrimiento y revelación de secretos)

-5. Igualmente, cuando los hechos descritos en los apartados anteriores afecten a datos de carácter personal que revelen la ideología, religión, creencias, salud, origen racial o vida sexual, o la víctima fuere un menor de edad o un incapaz, se impondrán las penas previstas en su mitad superior.

2) Recomendaciones en consulta para inicio anticoncepción/ píldora de urgencia:

- Considerar al Menor como maduro para la intervención
- Ante una menor que mantiene rrss, es nuestro deber con el fin de protegerla, el descartar que no se trate de una situación de abuso sexual.
- No contraindicación médica tratamiento.
- Se aconseja informar a sus padres.

(El menor maduro ante la salud reproductiva y la anticoncepción de emergencia. M. Amarilla Gudín)

7.2. Puntos de apoyo para vuestras consultas

- Familia
- Pediatra / Médico de Familia
- Unidades de Salud Sexual y Reproductiva
- Unidades de Identidad de Género (una de referencia por provincia)
- Trabajadora social
- Educadoras (las acompañan a la consulta)
- ONG que trabajan con ellas
- Centros de terapia donde acuden
- CIPS (Centro de Información y Prevención del Sida)
- Redes sociales: páginas fiables donde dirigirlas

7.3. Recomendaciones para pediatras y adolescentes.

PADRES:

- **Comunicación** más fluida con sus hijos, evitar lecciones o invasión de su intimidad y ayudando al adolescente en su proceso de toma de decisiones.
- Considerar la sexualidad como algo Natural desde el nacimiento para poder **acompañar** en el proceso de crecimiento.
- Evitar bromas que aumentan la incomodidad que el joven ya tiene y Reconocer la propia, aumentando así la confianza, ya que la **honestidad** es muy valorada por ellos.
- Recursos: **Aprovechar** todo lo que esté a su alcance para mejorar la educación en el tema.

COMUNIDAD:

- Educación sexual**, integrada en las demás asignaturas, en ciencias o como asignatura.
- Centros de Planificación Familiar (USSyR) los suficientes como para poder disponer tiempo de consulta y permitir las salidas para informar a la comunidad.
- Fácil acceso** a los jóvenes: Tarde joven
- Formación profesional** para el abordaje de los problemas que pueda tener el adolescente con respecto a su sexualidad y los recursos de ayuda disponibles.
- Información** adecuada en medios comunicación, acudir a páginas fiables (SEC,SEGO,..)

8. ANEXOS

8.1. Anexo I: Documento Consentimiento Informado: Para la inserción de un Dispositivo Intrauterino (DIU) Hormonal

Doña..... con D.N.I. Nº.....

DECLARO

Que el Dr./Dra.

Me ha explicado convenientemente la colocación de un dispositivo intrauterino (DIU) hormonal del modelo

El DIU hormonal es un dispositivo de distintos materiales, recubierto de medicación, que se coloca en el interior del útero para evitar el embarazo y/o como tratamiento de algunas alteraciones ginecológicas (metrorragias, miomas, endometriosis...).

La colocación del DIU se realiza en consulta ambulatoria, aunque en algunos casos excepcionales puede ser bajo anestesia general. Me han informado de los controles posteriores, así como de la duración del dispositivo.

La tasa de embarazo con el DIU hormonal es baja, menor del 0,5%.

COMPLICACIONES:

1. En el momento de la inserción:

- Dolor o pre síncope vasovagal
- Perforación uterina (0,1%)
- Infección en un periodo menor de un mes, pasado este periodo de tiempo la infección se debe a otras causas y no al DIU

2. Las complicaciones posteriores pueden ser:

- Embarazo, existiendo más riesgo de aborto y de embarazo ectópico cuando éste se produce.

- Descenso del DIU y expulsión del mismo (4-6%). Más frecuente durante el primer año de uso y en los tres primeros meses post-inserción.
- Alteraciones menstruales: manchado intermenstrual, que con el uso del dispositivo puede producir disminución o ausencia del sangrado menstrual.
- Efectos secundarios de la medicación hormonal según las dosis: acné, dolores de cabeza, tensión mamaria y cambios de humor.
- Migración del DIU a la cavidad abdominal
- Pérdida de referencia de los hilos

3. Las complicaciones en la extracción pueden ser:

- Ausencia de hilos de DIU visibles mediante especuloscopia y no posibilidad de extracción mediante pinza.
- Rotura del DIU con retención de un fragmento

Ambas situaciones precisan de la retirada del dispositivo mediante técnica de histeroscopia.

En caso de producirse alguna de estas complicaciones el ginecólogo me indicará la necesidad de someterme a las pruebas o tratamientos complementarios necesarios, que pueden ser: Extracción si gestación o infección, tratamiento antibiótico, laparoscopia/microlaparotomía si perforación o embarazo ectópico, histeroscopia...

En mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como.....

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me inserte un Dispositivo Intrauterino hormonal

En

(LUGAR Y FECHA)

Fdo.: EL/LA MÉDICO

Fdo.: LA PACIENTE

Fdo.: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

REVOCACIÓN

Doña..... con D.N.I. Nº.....

REVOCO el consentimiento prestado en fecha.....y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(LUGAR Y FECHA)

Fdo.: EL/LA MÉDICO

Fdo.: LA PACIENTE

Fdo.: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

8.2. Anexo II: Documento Consentimiento Informado: Para la inserción de un Dispositivo Intrauterino (DIU-Cu)

Doña

de años de edad y con D.N.I. nº

DECLARO

Que el Dr./Dra.

Me ha explicado convenientemente la colocación de un dispositivo intrauterino (DIU-CU), modelo

El DIU es un dispositivo de distintos materiales, recubierto con metales, que se coloca en el interior del útero para evitar el embarazo.

La colocación del DIU-CU se realiza en consulta ambulatoria, aunque en algunos casos excepcionales puede ser bajo anestesia general.

La tasa de embarazo con el DIU-CU es baja, pero no del 0%. Su duración es de años.

Las complicaciones del DIU en el momento de su colocación pueden ser:

- Dolor y/o lipotimia
- Muy excepcionalmente puede haber perforación uterina
- Infección en el período de menos de un mes. Pasado este tiempo la infección se debe a otras causas.

Las complicaciones posteriores pueden ser:

- Embarazo, existiendo algo más riesgo de aborto y de embarazo ectópico cuando éste se produce.
- Descenso y expulsión.
- Alteraciones menstruales: aumento de la cantidad y/o duración del sangrado menstrual, manchado intermenstrual.
- Dolor, dismenorrea
- Migración del DIU a la cavidad abdominal
- Infecciones a nivel de las trompas y de los ovarios, que pueden causar esterilidad. Estas complicaciones son más frecuentes en caso de otras relaciones sexuales por parte de los miembros de la pareja. Esta complicación no se debe al DIU sino a los hábitos sexuales
- Pérdida de referencia de los hilos.

Las complicaciones en la extracción pueden ser:

- Rotura del DIU con retención de un fragmento.

He comprendido las explicaciones que me han facilitado y el médico ha aclarado mis dudas.

CONSIENTO en la colocación de un dispositivo intrauterino.

FIRMA DE LA USUARIA

FIRMA DEL MÉDICO

En Fecha

8.3. Anexo III: IVE



Orden de Servicio INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

CÓDIGO CENTRO CRC		CENTRO	
2349		CS GRAN VIA	

PEGAR ETIQUETA CON CÓDIGO DE BARRAS O RELLENAR

Apellido 1			
Apellido 2			
Nombre			
Teléfono		Nº Hª Clínica	
Número SIP		Fecha Nacimiento	- - - -

Servicio clínico	
CSSYR COF III	
Tipología Situaciones Facturables	
(Especificar)	

Médico Solicitante	
D.N.I.	
Nº Colegiado	
Fecha	- - - -
Nombre y firma	

Validación Propuesta	
Fecha	- - - -
Responsable de la propuesta (Nombre y firma):	

Autorización Gerencia del Departamento	
Fecha	- - - -
Responsable de la autorización (Nombre, firma y sello):	

Aceptación del paciente	
Fecha	- - - -
Firma del paciente o su representante aceptando la derivación y solicitando que la prestación sea financiada por la AVS (Nombre y firma):	

Datos clínicos	
Diagnóstico	
Fecha última regla	- - - -
Dímetro bi-parietal	
Datos ecografía	
Tratamiento (o prueba) requerido	
Consulta para valoración I.V.E. y su procedimiento	
Centro propuesto / Servicio	
Justificación clínica	
<input type="checkbox"/>	Hasta 14 semanas de gestación
<input type="checkbox"/>	De 15 a 22 semanas de gestación con grave riesgo para la embarazada
<input type="checkbox"/>	De 15 a 22 semanas de gestación con riesgo de graves anomalías en el feto
<input type="checkbox"/>	Más de 22 semanas de gestación. A valorar y resolver por el comité clínico
2º Médico que realiza la valoración	
D.N.I.	
Nº Colegiado	
Nombre y firma	

Observaciones	
<p>La paciente declara que ha recibido el sobre que contiene la información establecida en el artículo 17.3 de la Ley Orgánica 2/2010 referente a la I.V.E. en la fecha indicada en el recuadro de aceptación del paciente.</p> <p>La paciente solicita la interrupción voluntaria de su actual gestación, acogiéndose al artículo 14 de la ley orgánica 2/2010 declarando que ha sido previamente informada tanto de las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la prosecución del embarazo como de su interrupción, de la existencia de medidas de asistencia social y de orientación familiar que pueden ayudarla, y de los requisitos que le son exigibles.</p>	
Firma del padre/madre, tutor o representante legal en caso de que fuera necesario según el artículo 13 de la Ley Orgánica 2/2010.	
D.N.I.	
Nombre y firma	