



EL COMPORTAMIENTO SEXUAL EN ADOLESCENTES, ¿UNA ASIGNATURA PENDIENTE PARA LA ENFERMERÍA?

Sexual behavior in adolescents, a subject pending for nursing?

**TRABAJO FIN DE GRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

Autora: Elena Mollinedo Ceballos

Directora: María Yolanda Martín Seco

Curso académico: 2018/2019

Grado en Enfermería



Anexo II: AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros.

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN	Página 1
ABSTRACT	Página 1
1.INTRODUCCIÓN	Página 2
1.1 Objetivos generales y específicos	Página 4
1.2 Metodología	Página 5
1.3 Descripción breve de cada capítulo	Página 5
2.PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO	Página 6
2.1 Inicio temprano de las relaciones sexuales	Página 6
2.2 Sexo asociado a drogas y alcohol	Página 8
2.3 Juegos sexuales de riesgo	Página 10
2.3.1 Juego del muelle o ruleta sexual	Página 10
2.3.2 Bareback	Página 10
2.3.3 Stealthing	Página 11
2.3.4 Chemsex	Página 11
2.3.5 Serosorting	Página 12
2.3.6 Fuck of death	Página 12
3.RIESGOS Y CONSECUENCIAS	Página 13
3.1 Infecciones de transmisión sexual	Página 13
3.1.1 Sífilis	Página 13
3.1.2 Gonorrea	Página 14
3.1.3 Clamidiasis	Página 15
3.1.4 Tricomoniasis	Página 15
3.1.5 VIH	Página 16
3.1.6 VPH	Página 17
3.1.7 Hepatitis B	Página 18
3.1.8 Hepatitis C	Página 18
3.2 Embarazos no deseados	Página 19
3.3 Violencia de género	Página 20
3.4 Baja autoestima y alteración de la imagen corporal	Página 22
4.PREVENCIÓN	Página 23
4.1 Uso del preservativo	Página 23
4.2 Vacuna VPH	Página 24
4.3 Anticoncepción postcoital	Página 25
4.4 Educación afectivo-sexual	Página 25
5.RECURSOS DISPONIBLES EN CANTABRIA	Página 27
6.CONCLUSIÓN	Página 28
7.BIBLIOGRAFÍA	Página 30

RESUMEN

En la actualidad, los jóvenes de nuestro país comienzan a mantener relaciones sexuales cada vez más temprano. Aunque nos encontramos en una época en la que abunda tanto la información, como los recursos destinados a llevar a cabo una sexualidad saludable, se observan comportamientos sexuales de riesgo que lejos de disminuir, aumentan año tras año entre los adolescentes. El desarrollo de estas conductas, trae consigo distintas afecciones consideradas un problema de salud pública a nivel mundial. El hecho de que los jóvenes inicien las primeras relaciones sexuales entorno a los 16 años de edad, conlleva una mayor posibilidad de contraer infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados, entre otras patologías. Además, la afectación de la autoestima y la violencia de género, unidas a la falta de madurez, pueden considerarse consecuencias del mantenimiento de tales conductas perjudiciales.

Toda esta problemática, pone de manifiesto la necesidad de garantizar una correcta educación afectivo-sexual orientada hacia un comportamiento más saludable en este terreno, mejorando así la calidad de vida de los adolescentes. En todo ello, el papel de la enfermería es clave, puesto que desde el ámbito sanitario pueden realizarse tanto actividades de promoción de la salud, como asesoramiento sobre prácticas sexuales sanas.

Palabras clave: *adolescentes, relaciones sexuales, conducta sexual de riesgo, educación sexual, enfermería.*

ABSTRACT

Nowadays, young people in our country have sex increasingly early. Despite we being in a time when information abounds, as well as the resources destined to carry out a healthy sexuality, risky sexual behaviors are observed that, far from diminishing, increase year after year among the adolescents of our society. The development of this type of behavior, brings with it a series of conditions considered a public health problem worldwide. The fact that young people initiate sexual relations around 16 years of age, makes the number of sexual partners throughout their lives is increased, which leads to a greater possibility of contracting sexually transmitted infections or pregnancies unwanted, among other pathologies. In addition, the affectation of self-esteem and gender violence, together with the lack of maturity, can be considered consequences of the maintenance of harmful sexual behaviors.

All this problem, shows the need to ensure a proper affective-sexual education that leads to healthier behavior in this area, thus improving the quality of life of adolescents. In all this, the role of nursing is key, since from the health field can carry out both health promotion activities and advice on healthy sexual behaviors.

Key words: *adolescents, sexual intercourse, risky sexual behavior, sex education, nursing.*

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como *el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años*. (1) Se trata de una etapa caracterizada por grandes cambios físicos, psicológicos o sociales, entre otros. Además, durante su transcurso los individuos adquieren la identidad sexual y pueden empezar a llevar a cabo las primeras relaciones sexuales. (2)

Actualmente, está científicamente demostrado que los jóvenes de nuestro país comienzan a mantener relaciones sexuales cada vez más temprano. (3) A pesar de que vivimos en una sociedad en la que abundan los sistemas de información y los recursos destinados a la ampliación de conocimientos sobre cómo llevar a cabo una vida saludable, se observan comportamientos y prácticas sexuales de riesgo que lejos de disminuir, aumentan cada año. (4)

Según la Sociedad Española de Contracepción (SEC), en la encuesta nacional de 2018 sobre anticoncepción en España, la edad media de inicio de las relaciones sexuales ha descendido en nuestro país a los 16,37 años en mujeres de entre 15 y 19. Mientras que el 91,3% de las mujeres que afirman haber mantenido relaciones sexuales alegan haber utilizado algún método anticonceptivo en su primera práctica sexual, el 7,6% declara no haber utilizado ninguno de ellos. Además, el 38% de las mujeres cuyas edades comprenden entre 25 y 34 años, comenta haber tenido que recurrir en el último año al uso de anticonceptivos de urgencia (píldora del “día después”). (3) En el caso de los hombres, según el barómetro publicado por Control en 2017, el 5,50% de los encuestados manifestaron haber mantenido relaciones sexuales antes de los 14 años y el 43% entre los 14 y los 17. El método anticonceptivo escogido por este colectivo es el preservativo masculino, según el 74,60%. Entre los motivos para rechazar el uso de métodos anticonceptivos de barrera, 3 de cada 10 hombres afirman que la principal causa para no hacerlo es la pérdida de sensibilidad al mantener relaciones sexuales. (5)

El hecho de que los adolescentes comiencen a mantener relaciones sexuales en torno a los 16 años de edad, hace que el número total de parejas sexuales a lo largo de su vida se vea incrementado. Por otro lado, la menor utilización del preservativo, el existente consumo de alcohol y drogas previo a realizar el acto sexual o la falta de riesgo percibida por los jóvenes de nuestra sociedad, conforman las denominadas prácticas sexuales de riesgo. (6) Se define la práctica sexual de riesgo como *la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por infecciones de transmisión sexual, o generar una situación de embarazo no deseado*. (7)

Términos como el “Chemsex” comienzan a ser escuchados en nuestra sociedad, refiriéndose a la utilización de drogas psicoactivas para facilitar la actividad sexual. Dicho término se define como *sexo intencional, principalmente entre hombres que tienen sexo con otros hombres, bajo la influencia de drogas psicoactivas*. (8) Sustancias como la cocaína, el éxtasis, las metanfetaminas o la mefedrona son utilizadas por los jóvenes y adultos de mediana edad, mayoritariamente, para aumentar la resistencia y el placer sexual. A pesar de que el llevar a cabo esta práctica puede traer consigo grandes consecuencias negativas para la salud, a día de hoy todavía no existe suficiente literatura científica sobre el Chemsex, debido a su reciente implantación en España. (8) (9)

Todo lo anteriormente comentado, se encuentra directamente relacionado con un aumento del riesgo tanto de contraer una infección de transmisión sexual (ITS), como de sufrir un embarazo no deseado, entre otras afecciones. (7)

Según el informe sobre interrupción voluntaria del embarazo (IVE) elaborado por el Ministerio de Sanidad correspondiente a 2017, en España, un total de 94.123 mujeres interrumpieron voluntariamente su embarazo durante dicho año, incrementándose esta vez la cifra tras haber descendido paulatinamente en los 5 años anteriores. De estas 94.123 interrupciones voluntarias del embarazo, 29.422 fueron llevadas a cabo por jóvenes menores de 25 años. Según los datos proporcionados por el Ministerio de Sanidad, cerca del 36% de estas mujeres no utilizaba ningún tipo de método anticonceptivo. (10)

En lo que respecta a las infecciones de transmisión sexual, cada día más de un millón de personas se contagia a nivel mundial. Dichas afecciones producen consecuencias muy negativas en la salud sexual y reproductiva de millones de individuos. A día de hoy están consideradas como un problema grave de salud pública en todo el mundo. (11)

A través del informe de vigilancia epidemiológica de infecciones de transmisión sexual 1995-2015 publicado en 2017 por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad, puede observarse como las ITS en nuestro país han aumentado de manera considerable en la última década. Tanto es así, que los adolescentes cuya edad se encuentra comprendida entre los 15 y 19 años, registran incluso más casos de algunas de las infecciones de transmisión sexual, que los mayores de 35 años. (12)

Cabe destacar el importante crecimiento producido en la detección de casos de alguna de las ITS más importantes, como son la sífilis o la infección gonocócica (gonorrea). Por un lado, mientras que en el año 2000 se registraban 700 nuevos casos de sífilis en nuestro país, fueron 3.886 los registrados en 2015. Por otro lado, el incremento también se observa de manera radical en la detección de gonorrea, disparándose de 1.045 nuevos casos en el año 2000 a 5.170 en el año 2015, multiplicándose así por 5. Respecto a las edades de los individuos afectados, los mayores porcentajes de infección se registran en menores de 35 años. (12)

En lo referente al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), según el informe de vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España en 2017, 3.381 nuevos casos fueron diagnosticados en 2017 entre nuestra sociedad. De dicha cifra, 402 casos corresponden a jóvenes de entre 15 y 24 años de edad, representando de esta forma el 11% de los nuevos casos detectados. El 84,6% de las nuevas personas afectadas fueron hombres, mientras que las mujeres constituyeron el 15,4% restante. La transmisión en hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres fue del 54,3%, siendo así la más frecuente. (13)

Si hablamos del virus del papiloma humano (VPH), dicha infección de transmisión sexual está considerada como la más frecuente en ambos sexos. (14) Las conductas sexuales practicadas determinan directamente el riesgo de padecer el virus, así como también influye el número de parejas sexuales que se hayan tenido a lo largo de la vida, incrementándose el riesgo de contraer la infección de un 3% a un 5% por cada nuevo compañero sexual. En nuestro país, la prevalencia actual del VPH en mujeres se sitúa en torno al 14%. La máxima incidencia se registra en las jóvenes de 25 años, alcanzando el 25%. En cuanto a los hombres, la prevalencia está menos estudiada, pero se sitúa entre el 30% y 40% en los varones de mediana edad. (14) (15)

Además, otro factor que produce un notable impacto en este ámbito es la banalización de la conducta sexual. A día de hoy, un tema tan importante como es la sexualidad se trata en muchas

ocasiones de una manera trivial, sin respeto. Este hecho repercute, en muchas ocasiones, sobre el patrón psicológico de los adolescentes, manifestándose consecuencias tales como pérdida de dignidad, frustración o baja autoestima. Los medios de comunicación, al igual que las instituciones sociales emiten en muchas ocasiones información errónea respecto a la sexualidad, haciendo que los jóvenes se impregnen de estereotipos que distan de la realidad. (16)

De toda la problemática citada con anterioridad, surge la necesidad de crear estrategias destinadas a fomentar una sexualidad saludable entre los más jóvenes, previniendo así las futuras conductas sexuales de riesgo y aumentando sus conocimientos para que puedan llegar a tomar decisiones basadas en información veraz. Estas estrategias deben abordar la sexualidad de una manera íntegra, intentando no centrarse únicamente en la posibilidad de contraer una infección de transmisión sexual o en el hecho de disminuir el número de embarazos no deseados. (4) Actualmente y a pesar de la tremenda modernización cultural, se sigue considerando el sexo como un tema tabú en muchos ámbitos de nuestra sociedad. Es por ello que la sexualidad debe de tratarse en la escuela o en el instituto, pero también desde el núcleo familiar. (17)

El papel de los profesionales de la salud, y en especial el de la enfermería es clave para abordar este tipo de situaciones. A través de nuestra profesión se lleva a cabo la promoción y asesoramiento de las conductas sexuales saludables, educando, promoviendo y potenciando aquellos factores de la sexualidad que inciden directamente sobre los adolescentes. (4) (18)

1.1 Objetivo general y específicos

General:

- Proponer estrategias de prevención en relación a las prácticas sexuales de riesgo llevadas a cabo por los adolescentes españoles, a partir del análisis de las consecuencias más frecuentes tras realizar dichas conductas perjudiciales.

Específicos:

- Describir las prácticas sexuales llevadas a cabo por los adolescentes españoles.
- Conocer la actitud de los jóvenes españoles hacia la sexualidad.
- Analizar las distintas variables que están relacionadas con las prácticas sexuales de riesgo.
- Observar las consecuencias que sufren los adolescentes españoles tras realizar prácticas sexuales de riesgo.
- Examinar las estrategias de prevención llevadas a cabo tanto a nivel nacional como de nuestra comunidad autónoma.

1.2 Metodología

Para llevar a cabo la siguiente monografía, se ha realizado una amplia búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Scopus, Dialnet, Scielo, Google académico, PubMed, entre otras. Todas ellas han sido consultadas a través de la biblioteca de la Universidad de Cantabria. Así mismo, se han consultado distintas páginas web de organismos como la Asociación Española de Pediatría (AEP), la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social...

Los criterios de inclusión empleados han sido: ventana temporal del 2014 a la actualidad, artículos publicados en español o inglés, disponibilidad on-line. Por otro lado, los booleanos incluidos han sido "AND" y "OR".

Las palabras clave según los términos MeSH y DeCS se mencionan a continuación:

MeSH: sex, adolescents, sexual intercourse, sexual behavior, risky, sex education, woman, nursing.

DeCS: sexo, adolescentes, relaciones sexuales, conducta sexual, riesgo, educación sexual, mujer, enfermería.

1.3 Descripción breve de cada capítulo

En este apartado se describen brevemente las ideas clave de los capítulos que componen el trabajo.

Capítulo 1: Prácticas sexuales de riesgo

Este primer capítulo incluye las principales prácticas sexuales de riesgo llevadas a cabo por los adolescentes de nuestro entorno. Se mencionan aquellas variables que predisponen a realizar conductas sexuales perjudiciales para la salud, centrándonos en el inicio temprano de las relaciones sexuales, el consumo de alcohol o drogas y los juegos sexuales más populares en la actualidad.

Capítulo 2: Riesgos y consecuencias

Toda conducta nociva para la salud, lleva asociada consigo una serie de riesgos y consecuencias. Es por ello que en el capítulo 2 se exponen aquellos efectos negativos que pueden desencadenarse en los jóvenes tras mantener relaciones sexuales de riesgo. Las principales consecuencias son: infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, violencia de género o afectación de la imagen corporal y autoestima.

Capítulo 3: Prevención

Para abordar la problemática expuesta, es imprescindible analizar las estrategias de prevención que están siendo utilizadas, siendo clave la educación afectivo-sexual impartida por los profesionales de la salud.

Capítulo 4: Recursos disponibles en Cantabria

Finalmente, en el último capítulo quedan reflejados los distintos recursos de los que se dispone en nuestra comunidad autónoma, cuya finalidad se basa en la práctica de una sexualidad saludable entre los más jóvenes.

2. PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO

Como se ha mencionado anteriormente, las prácticas sexuales de riesgo están consideradas actualmente un problema de salud pública a nivel mundial. Dichas prácticas aumentan en gran medida la posibilidad de contraer ITS, concebir embarazos no deseados o repercutir negativamente en el estado psicológico de los jóvenes de nuestra sociedad, entre otros problemas. (4) (6)

Existen diferentes variables que se encuentran estrechamente relacionadas con el hecho de llevar a cabo una conducta sexual de riesgo (4) (19):

- **Biológicas:** que se produzca en las mujeres un adelanto de la menarquia, puede suscitar cierto interés en lo que a la práctica sexual se refiere. Además, una vez llegado ese momento el cuerpo de la mujer se encontraría preparado para desarrollar un posible embarazo.
- **Educación sexual:** influye de manera importante el que exista un déficit de conocimientos en lo que respecta a la sexualidad, lo que podría conllevar una menor percepción de riesgo por parte de los jóvenes.
- **Personales:** rasgos definitorios como el rendimiento académico, la personalidad o el coeficiente intelectual juegan un papel muy importante en el comportamiento sexual de los adolescentes. (4) Por otro lado, cabe destacar la gran cantidad de creencias erróneas que existen entre la población joven, pudiendo poner éstas en peligro la salud sexual, así como disminuir el riesgo percibido por parte de quienes las sostienen.
- **Consumo de alcohol y otras drogas:** el tener una vía de fácil acceso a estas sustancias y el producirse su consumo con la finalidad de mejorar la resistencia o el placer durante el acto sexual, traen consigo una serie de graves consecuencias para la salud. Además, estos actos pueden conllevar una pérdida de control de la situación, así como la posibilidad de desencadenarse una posterior adicción a sustancias nocivas.
- **Valores morales y creencias religiosas:** la progresiva pérdida de valores religiosos que se ha ido produciendo entre las generaciones más jóvenes, ha influido en el hecho de que actualmente las relaciones sexuales se inicien a edades más precoces.

Debido a que todas las variables anteriores se encuentran relacionadas entre sí, es importante abordar los diferentes problemas (consumo de alcohol y drogas, inicio sexual precoz, falta de educación sexual, creencias sexuales erróneas...) que conforman las prácticas sexuales de riesgo, de manera conjunta, para así poder orientar y ayudar a los jóvenes de una forma más adecuada. (19)

2.1 Inicio temprano de las relaciones sexuales

En los últimos años se ha producido un aumento de la precocidad con la que los adolescentes mantienen sus primeras relaciones sexuales. (19) El que exista un inicio temprano de dichas relaciones, se encuentra estrechamente relacionado con un menor uso del preservativo, tener un mayor número de parejas sexuales o padecer alguna infección de transmisión sexual. (20)

Así mismo, el embarazo no deseado está considerado como otro de los posibles riesgos a los que se enfrentan los jóvenes al mantener relaciones sexuales tan precozmente. Sólo en el año 2017, se practicaron en nuestro país 94.123 interrupciones voluntarias del embarazo, de las

cuales 29.422 fueron llevadas a cabo en mujeres menores de 25 años. Se produjo así un aumento notable de esta cifra tras el descenso paulatino registrado en los años anteriores. (10)

Un estudio realizado por profesionales de la salud del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid (19), a 1289 estudiantes de 2º y 3º de Educación Secundaria Obligatoria, pone de manifiesto, al igual que en la mayoría de publicaciones referentes a la sexualidad (5), que los chicos son más precoces que las chicas a la hora de practicar sexo.

Resultados	Chicos	Chicas	Total
Sí	114 (20,2%)	112 (15,4%)	226
No	448 (79,6%)	609 (83,9%)	1057
No contesta	1	5	6
Total	563	726	1289

Tabla 1. Encuestados que han tenido relaciones sexuales coitales según sexo. Fuente: revista pediatría de Atención Primaria. (19)

Generalmente, los hombres suelen tener un mayor número de parejas sexuales, además de mostrarse más activos de cara a la búsqueda de relaciones, por lo que en muchas ocasiones adoptan un mayor riesgo en lo que a conductas sexuales se refiere. En cambio, la mayoría del colectivo femenino ha manifestado siempre la importancia de la confianza y el amor de cara a mantener relaciones sexuales, aunque en los últimos años estas diferencias de pensamiento entre sexos están desapareciendo. Este hecho se debe, principalmente, a la evolución cultural y al cambio en la forma de pensar por parte de las nuevas generaciones. En la actualidad, las mujeres también toman la iniciativa de las relaciones sexuales sin verse coaccionadas, además de no estar considerada a día de hoy la práctica sexual con la única finalidad de concebir un hijo. (19) (20)

Un factor de riesgo importante de precocidad sexual es el consumo de alcohol y drogas. Actualmente, los jóvenes utilizan estas sustancias porque, según ellos afirman, les ayudan a mantener relaciones sexuales con mayor facilidad. El consumo de alcohol, cannabis, cocaína o éxtasis en un periodo anterior a los 16 años, está relacionado con un inicio más precoz de las relaciones sexuales. Además, se ha podido observar una clara relación entre el consumo de drogas y la utilización de anticonceptivos de emergencia. (19)

Por otro lado, algunos adolescentes activos sexualmente, cuyas edades comprenden entre 12 y 14 años creen que lo que saben sobre sexualidad es suficiente. Esta falsa creencia conlleva la realización de prácticas sexuales de riesgo, aumentándose de este modo las infecciones de transmisión sexual o los embarazos no deseados entre los más jóvenes. (19)

En el estudio anteriormente mencionado, se comprueba que aquellos estudiantes que tienen una peor relación con su familia, y los hijos de padres separados, inician sus relaciones sexuales más precozmente. La mala comunicación familiar, el hecho de que sus padres les hayan concebido siendo adolescentes y el no convivir con ambos progenitores son factores de riesgo para que se puedan desencadenar este tipo de situaciones. Por todo ello, se considera importante incluir a los tutores legales en la educación sexual y en programas de prevención frente a ITS o embarazos no deseados.

Respecto a los resultados observados en otro reciente estudio llevado a cabo en varias universidades de México (21), cabe destacar que, a pesar de haber entrevistado a estudiantes universitarios del área de ciencias de la salud (en comparación con estudiantes de otras áreas), no se observan diferencias significativas en cuanto a una menor práctica de conductas sexuales

de riesgo. Aunque es cierto que estudiantes de medicina o enfermería poseen mejores conocimientos y deberían encontrarse mejor formados en temas como la sexualidad o la importancia de mantener una vida saludable, es sorprendente la semejanza que existe a la hora de manifestar las prácticas sexuales perjudiciales mantenidas.

Además, el inicio temprano de las relaciones sexuales se asocia a un menor rendimiento académico o incluso a una menor aspiración de cursar estudios superiores. (22)

Finalmente, se comprueba que los adolescentes que pertenecen a un sector socioeconómico más bajo tienden a practicar sexo más pronto y pasan más tiempo con su pareja que aquellos jóvenes de un nivel socioeconómico mayor. (22)

2.2 Sexo asociado a drogas y alcohol

En las últimas décadas, el consumo de drogas y alcohol ha aumentado considerablemente entre los jóvenes de nuestro país. Según una reciente encuesta realizada por el Observatorio de las Drogas y las Adicciones (OEDA), los adolescentes comienzan su relación con el mundo de los tóxicos cada vez más pronto. El tabaco, el alcohol o el cannabis son las sustancias elegidas por los más jóvenes, cuyas edades comprenden los 16-18 años. (23)

Resultados	Hombres	Mujeres
Tabaco	16,3	16,8
Alcohol	15,9	17,3
Cannabis	18,0	19,1
Inhalables volátiles	20,2	19,8
Anfetaminas	20,4	20,4
Alucinógenos	20,4	22,1
Cocaína en polvo	20,8	21,7
Éxtasis	21,0	21,4
GHB	22,8	20,7
Heroína	22,7	22,4
Metanfetaminas	23,0	23,5

Tabla 2. Edad media en el inicio de consumo de distintas drogas psicoactivas entre la población de 15-64 años. España, 2017. Fuente: OEDA. (23)

En el año 2017, el 91,2% de la población española de 15 a 64 años declaró haber consumido bebidas alcohólicas durante al menos una vez en la vida. La edad media establecida como punto de partida en cuanto al consumo de alcohol son los 16,6 años, siendo por lo general más precoz en hombres. Mientras que el 84% de los varones de entre 24 y 35 años declararon haber consumido bebidas alcohólicas en el último mes, el colectivo femenino redujo con sus respuestas este porcentaje a un 69,2%. (23)

Por detrás del alcohol, el tabaco es la sustancia psicoactiva más consumida en nuestra sociedad. Un 69,7% de la población manifestó haber fumado tabaco al menos una vez en la vida. Aproximadamente 390.000 personas comenzaron a fumar en el último año en nuestro país, siendo significativo el porcentaje de inicio producido entre los más jóvenes (18%). Aquellos individuos que han consumido tabaco en los últimos 30 días, han fumado unos 12,5 cigarrillos de media al día. (23)

En lo que respecta a las sustancias ilegales, el cannabis es la droga con mayor prevalencia en la población española de entre 15 y 64 años de edad. Un 35,2% confirma haber consumido dicha sustancia, aumentando considerablemente año tras año esta cifra desde 2013. La edad media de inicio de consumo se sitúa en los 18,4 años, manteniéndose similar a lo largo de todas las mediciones. (23)

El consumo de dichas drogas puede conllevar la pérdida de control por parte de su consumidor, así como la aparición de graves adicciones o distintas enfermedades. Afecta también al ámbito de la sexualidad, facilitando el desarrollo de una práctica sexual más permisiva, en la que los jóvenes ni utilizan medidas de protección, ni son conscientes de las posibles consecuencias que pueden desencadenarse. Si los adolescentes consideraran que el consumo de sustancias nocivas conlleva un riesgo, esto podría suponer un freno para dicho consumo. A pesar de que ciertas drogas como la cocaína o la heroína suscitan un mayor respeto que las mencionadas anteriormente, su consumo también se ha visto incrementado respecto al del año anterior. El 54,4% de los individuos que consumieron cocaína en el último año, declararon haberla consumido también el último mes. Esta cifra se corresponde con la más alta desde 2012. (23)

Distintos estudios muestran que el alcohol es consumido para favorecer así, el mantenimiento de relaciones sexuales. Por otro lado, gran parte de las personas encuestadas alegan que el consumo de cannabis aumenta la excitación sexual y mejora las sensaciones al practicar sexo. (6) (24)

Cabe destacar, la relación existente entre la edad de debut sexual y el sexo bajo los efectos del alcohol o las drogas durante la adolescencia. Un estudio que ha evaluado la actividad sexual (activo o no activo, según edad) y la práctica de relaciones sexuales bajo los efectos de las drogas, muestra que aquellos adolescentes que mantienen prácticas sexuales antes de los 15 años (temprano), suelen tener más posibilidades de encontrarse bajo los efectos del alcohol o las drogas, que el resto (promedio, tardío). (25)

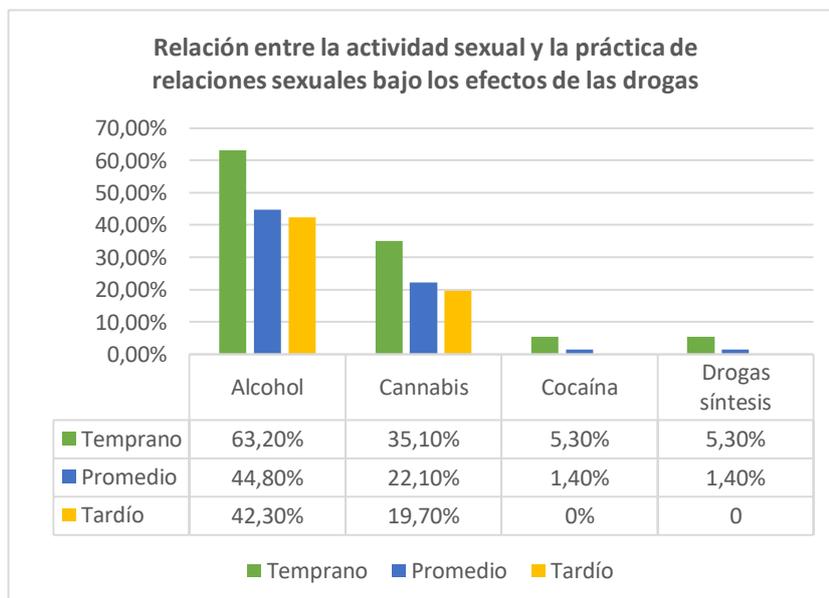


Tabla 3. Fuente: revista Española de Drogodependencia. (25)

Según las personas encuestadas, aunque la cocaína está muy bien valorada porque permite prolongar el acto sexual, los adolescentes prefieren el alcohol para facilitar así el encuentro sexual y aumentar la excitación. (25)

2.3 Juegos sexuales de riesgo

Cada vez es mayor el número de adolescentes que admite practicar relaciones sexuales que incluyan un componente extra de riesgo, para aumentar así el placer sexual y sentir un “subidón de adrenalina”. Estas conductas sexuales son adoptadas por los jóvenes a pesar de la multitud de recomendaciones sanitarias existentes o incluso dejando de lado su propio sentido común. (4)

Dichas prácticas pueden ser compartidas posteriormente a través de las redes sociales e incluso existen plataformas donde los adolescentes se aconsejan unos a otros sobre cómo hacer que sus relaciones sean más placenteras y emocionantes. (4)

Al tratarse de prácticas sexuales de reciente aparición, se disponen de muy pocas publicaciones científicas que aborden tal problemática. No existen datos fiables del número de usuarios que las practican ni detalles sobre el perfil de los mismos. Se han encontrado limitaciones a la hora de hallar estudios referentes a nuestra sociedad, así como ha resultado más dificultoso obtener información sobre individuos heterosexuales, puesto que muchos de los artículos publicados se limitan a detallar las conductas sexuales de riesgo llevadas a cabo por el colectivo homosexual.

2.3.1 Juego del muelle o ruleta sexual

Durante el transcurso de esta práctica sexual, varios jóvenes se sientan desnudos en el suelo formando un amplio círculo. Las chicas, también sin ropa, rotan colocándose encima de cada adolescente durante un máximo de 30 segundos, produciéndose varias penetraciones sin preservativo. Se considera ganador del juego sexual al joven que eyacula el último. Según el psicólogo y sexólogo Roberto Sanz, aún no se ha demostrado que sea una moda que afecte a un importante número de individuos de nuestra sociedad, pero varios grupos de jóvenes fueron diagnosticados de importantes infecciones de transmisión sexual durante 2017 y 2018 tras someterse a dicha práctica sexual de riesgo. (26)

Por otro lado, María Luz García, responsable del servicio de pediatría del Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés, comenta que el *juego del muelle* es especialmente peligroso para las chicas, debido a que las jóvenes van rotando de adolescente en adolescente y aunque se utilice preservativo, entran en contacto con las secreciones del resto de compañeras. Además, es habitual que posteriormente sufran vaginitis, desgarros o heridas. (27)

2.3.2 Bareback

Dicho termino hace referencia al mantenimiento de relaciones sexuales sin preservativo. Aunque antiguamente sólo se utilizaba para catalogar las prácticas entre homosexuales, a día de hoy sirve para definir cualquier tipo de acto sexual con penetración en el que no sea utilizado condón. (28)

Diferentes investigadores y profesionales de la salud han intentado dar explicación a este comportamiento. Mientras unos consideran que quienes practican esta conducta tienen como única finalidad experimentar el máximo placer sexual, otros afirman que el individuo que la practica posee ignorancia y una enorme falta de sensibilización ante la gran cantidad de infecciones de transmisión sexual detectadas hoy en día. (29)

Actualmente, se ha podido conocer que el tipo de pareja también influye en la realización de prácticas sexuales de riesgo. Según algunas fuentes, existe una mayor probabilidad de llevar a

cabo sexo desprotegido si se tiene una pareja estable, o si las relaciones se mantienen con un amigo/a de confianza. (28)

Un reciente estudio descriptivo, centrado en analizar el fenómeno *bareback* entre individuos homosexuales europeos (28), consideró 601 personas cuyas edades comprendían entre 16 y 69 años de edad. El 46% de los encuestados, afirmó practicar sexo anal sin preservativo habitualmente, siendo mayoritario el grupo de jóvenes menores de 24 años. Por orden de preferencia, la persona elegida para mantener relaciones sexuales de riesgo es en primer lugar la pareja estable, seguida del grupo de amigos, parejas ocasionales y parejas ocasionales conocidas a través de internet.

2.3.3 Stealthing

El *stealthing* se produce cuando una de las personas implicadas en la relación sexual (mayoritariamente el hombre) retira de manera intencionada el preservativo durante el coito, sin que su pareja sexual lo sepa o haya dado su consentimiento para realizar tal acción. De esta forma, se vulnera por completo la libertad sexual de la víctima, además de exponerla a diversos riesgos. (30) Se genera así un acto de violencia sexual que atenta contra la propia libertad del individuo y la toma de decisiones reproductivas responsables. (31)

Esta práctica tan peligrosa comienza a ganar popularidad entre los adolescentes, debido a la gran cantidad de información que circula sobre ella en foros juveniles o redes sociales.

En nuestro país, el *stealthing* está considerado por el Código Penal como una forma de abuso sexual. Según recoge la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, en el Artículo 181 del Capítulo II: “El que, sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento, realizare actos que atenten contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona, será castigado, como responsable de abuso sexual, con la pena de prisión de uno a tres años o multa de dieciocho a veinticuatro meses”. (32)

Según el estudio realizado por la profesora Alexandra Brodsky y publicado en el Columbia Journal of Gender and Law (33), las víctimas de este tipo de abuso sexual suelen manifestar miedo, angustia y preocupación tanto por sufrir un embarazo no deseado como por contraer una infección de transmisión sexual. Además, en lo que refiere a los abusadores, pocas veces comentan sentirse arrepentidos, alegando que se quitan el preservativo para alcanzar un placer sexual mayor.

2.3.4 Chemsex

El *chemsex* fue detectado en Reino Unido a mediados de 2012, y ha ido extendiéndose por varios países de Europa hasta llegar a España. Este fenómeno es definido como el sexo consentido, mayoritariamente entre homosexuales, bajo la influencia de drogas psicoactivas. (8)

En esta práctica sexual se utilizan nuevas sustancias como GHB, mefedrona, cristal o metanfetaminas, drogas que producen un mayor placer sexual o desinhibición, proporcionando además un aumento de la resistencia física a quienes las consumen. (8) (9)

Los individuos que llevan a cabo esta peligrosa conducta, utilizan aplicaciones basadas en la geolocalización para contactar con las distintas parejas sexuales. Las sesiones de *chemsex* tienen una duración variada, pudiendo comprender desde las 24 a las 72 horas. Se puede llegar a practicar sexo con una media de hasta 5 personas, estando restringido el uso de preservativo en la mayoría de ocasiones. (8)

Un estudio realizado en nuestro país a finales de 2016 (8), permitió obtener información sobre dicho fenómeno de reciente implantación. La muestra ascendía a 486 hombres, los cuales habían tenido contacto sexual con otros hombres, en los últimos 12 meses. Las comunidades autónomas que registraron más casos fueron Madrid (46,9%) y Cataluña (42,2%). En lo que respecta a las edades de los participantes, el mayor registro se obtuvo en el grupo de individuos cuyas edades comprendían los 25-35 años. Entre las principales motivaciones que llevan a practicar *chemsex* destacan aumentar el deseo de placer en las relaciones sexuales (77,4%), obtener mayor resistencia física (43,4%) o sentir mayor confianza durante el acto sexual (26,1%). De la muestra analizada, el 48,1% de los hombres obtuvo resultado positivo en la prueba de VIH, encontrándose el 96,1% en tratamiento con antirretrovirales.

Por otro lado, el estudio demostró que existe una relación verdaderamente estrecha entre la utilización de las sustancias psicoactivas anteriormente mencionadas y este imprudente comportamiento sexual. La falta de riesgo percibida por parte de quienes practican el *chemsex*, unida a la pérdida de control, trae consigo importantes consecuencias para la salud. Es frecuente experimentar daños psicológicos, tales como: ataques de ansiedad, alucinaciones visuales y auditivas, brotes psicóticos... Además, la sobredosis secundaria al consumo de drogas (especialmente el GHB), produce graves daños físicos, pudiendo llegar a ocasionar la muerte. (9) (34)

2.3.5 Serosorting

El *serosorting* o selección serológica, define a la situación en la que un individuo elige una pareja sexual en función de poseer ésta su mismo estado serológico respecto al VIH. (35) De esta manera, una persona que sea portadora de VIH escogerá a otra que también se encuentre infectada. Quienes practican el *serosorting*, realizan la acción con la principal finalidad de no tener que utilizar preservativo durante las relaciones sexuales.

Escasos trabajos científicos han evaluado esta conducta de cara a prevenir la infección por VIH. De hecho, según un estudio llevado a cabo por la OMS (36), la selección serológica ha sido relacionada con un incremento del 79% en la transmisión del VIH y un aumento del 61% en el contagio de ITS, si ambos se comparan con el uso ininterrumpido del profiláctico.

2.3.6 Fuck of death

Dicha práctica es considerada como una de las más peligrosas hoy en día. Se utiliza el término *fuck of death* para hacer referencia a aquellas situaciones en las que una persona no infectada por VIH (especialmente varones), busca mantener relaciones sexuales sin preservativo con un individuo seropositivo, para ser contagiado con el virus deliberadamente. (37)

3. RIESGOS Y CONSECUENCIAS

3.1 Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Se define la infección de transmisión sexual (ITS) como aquella que se contagia, principalmente, de una persona a otra a través de las relaciones sexuales. Estas relaciones pueden ser vaginales, anales u orales. (38) Dichas infecciones son producidas por virus, bacterias o parásitos, existiendo una gran variedad de los mismos. (11)

Las ITS provocan un fuerte impacto sobre la salud sexual y reproductiva a nivel mundial, encontrándose entre una de las principales causas por las que las personas buscan atención sanitaria. (11) Cada día más de un millón de personas se contagia de una infección de transmisión sexual, diagnosticándose anualmente 357 millones de nuevos casos de gonorrea, clamidiasis, sífilis o tricomoniasis en todo el mundo. Por otro lado, 290 millones de mujeres están actualmente infectadas por el virus del papiloma humano (VPH). (11)

El inicio de las relaciones sexuales a una edad temprana, la falta de uso de métodos barrera o un elevado número de parejas sexuales, son la causa de la alta prevalencia de ITS entre la población adolescente. Además, como ya hemos mencionado anteriormente, influye tanto el tipo de conducta sexual practicada como el consumo de alcohol o drogas durante el acto sexual. (39)

Debido a la elevada morbilidad y a la posibilidad de secuelas (a corto y medio plazo) tras ser diagnosticado de una ITS, es fundamental que los distintos profesionales de la salud obtengan unos buenos conocimientos para realizar un correcto tratamiento de estas afecciones. Es de gran importancia una buena prevención, así como un diagnóstico y seguimiento adecuados. El abordaje de esta problemática debe ser integral, teniendo en cuenta las vacunaciones recomendadas, citologías si están indicadas, métodos anticonceptivos... (39) (40)

3.1.1 Sífilis

La sífilis es una infección de transmisión sexual producida por la bacteria *Treponema Pallidum*. Se trata de una enfermedad sistémica, cuya forma de contagio se produce a través del contacto íntimo con lesiones sifilíticas o de manera vertical durante la gestación. Afecta principalmente a hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, siendo el sexo oral un mecanismo de transmisión importante. (40)

Según el informe de vigilancia epidemiológica de infecciones de transmisión sexual 1995-2015 publicado en 2017 por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad (12), en el año 2015 se diagnosticaron en nuestro país 3.886 casos nuevos de sífilis. Desde el año 2001 la tasa de contagio ha aumentado paulatinamente, registrándose un mayor número de casos en las comunidades autónomas de Cataluña (18,02%) y Andalucía (9,55%). En lo que respecta a las diferencias por sexo, el 87% de los nuevos diagnósticos fueron llevados a cabo entre el colectivo masculino. La media de edad del total de los afectados fue de 36 años, estando incluidos el 61% de los nuevos casos en el grupo de edades comprendidas entre los 25 y 44 años.

Se obtuvo información individualizada de 2.144 diagnósticos de los 3.886 registrados en el año 2015, observándose los resultados que se presentan en la siguiente tabla:

Número de casos y porcentaje de casos de sífilis por edad y sexo, 2015			
Grupos de edad	Hombre N (%)	Mujer N (%)	Total N (%)
<15 años	2 (0,1%)	1 (0,4%)	3 (0,1%)
15-19 años	54 (2,9%)	11 (4,0%)	65 (3,0%)
20-24 años	170 (9,1%)	16 (5,8%)	186 (8,7%)
25-34 años	608 (32,6%)	89 (32,1%)	697 (32,5%)
35-44 años	526 (28,2%)	80 (28,9%)	606 (28,3%)
45 o más años	507 (27,2%)	80 (28,9%)	587 (27,4%)
TOTAL	1.867 (100%)	277 (100%)	2.144 (100%)

Tabla 4. Fuente: informe de vigilancia epidemiológica de ITS 1995-2015 (12)

En lo que respecta a las consecuencias de padecer esta infección de transmisión sexual, estas variarán en función de la rapidez del diagnóstico y de la fase en la que se encuentre el paciente. Durante la *primera fase*, puede observarse una única llaga o varias en el lugar por donde la sífilis penetró en el cuerpo. En la *fase secundaria*, son frecuentes los sarpullidos en la piel o membranas mucosas, cefaleas, dolores de garganta o incluso la pérdida parcial del cabello. Finalmente, la *fase terciaria* es la más peligrosa, pudiendo verse afectados órganos como el corazón, el cerebro o el sistema nervioso, llegando a producirse en algunos casos la muerte. (40) (41)

3.1.2 Gonorrea

La infección gonocócica o gonorrea está producida por la bacteria *Neisseria Gonorrhoeae*. La transmisión de la enfermedad se produce a través del mantenimiento de relaciones sexuales con una persona que padece la infección. Las principales zonas corporales afectadas son los genitales, el recto y la garganta. Dicha ITS afecta tanto a hombres como mujeres, siendo especialmente común en la población joven de entre 15 y 24 años de edad. (42)

Según el informe epidemiológico anteriormente mencionado, en el año 2015 se notificaron en España 5.170 nuevos episodios de gonorrea. Se dispuso de información individualizada de 2.869 casos, siendo el 88% de los afectados hombres y correspondiendo un 12% de los diagnósticos al colectivo femenino. En la población comprendida entre los 25 y 34 años de edad, se observó la tasa de gonorrea más alta.

Se obtuvieron los siguientes datos:

Número de casos y porcentaje de casos de gonorrea por edad y sexo, 2015			
Grupos de edad	Hombre N (%)	Mujer N (%)	Total N (%)
<15 años	6 (0,2%)	2 (0,6%)	8 (0,2%)
15-19 años	165(6,5%)	39 (11,6%)	204 (7,1%)
20-24 años	472 (18,7%)	69 (20,5%)	541 (18,9%)
25-34 años	1.071 (42,4%)	110 (32,6%)	1,181 (41,3%)
35-44 años	548 (21,7%)	62 (18,4%)	610 (21,3%)
45 o más años	263 (10,4%)	55 (16,3%)	318 (11,1%)
TOTAL	2.525 (100%)	337 (100%)	2.862 (100%)

Tabla 5. Fuente: informe de vigilancia epidemiológica de ITS 1995-2015 (12)

Si no se lleva a cabo un correcto tratamiento frente a la infección gonocócica, pueden desencadenarse graves problemas de salud tanto en hombres como en mujeres. En el grupo femenino cabe la posibilidad de producirse enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), causándose de esta manera dolor pélvico crónico o infertilidad. En los hombres, puede aparecer un fuerte

dolor en los tubos seminíferos, produciéndose también en una minoría de casos infertilidad. (42) (43)

3.1.3 Clamidiasis

La clamidiasis es una infección de transmisión sexual producida por la bacteria *Chlamydia Trachomatis*. Al igual que en los dos casos anteriores, una persona puede contagiarse de la enfermedad al tener relaciones sexuales vaginales, anales u orales con otra persona que tenga la infección. Es una de las ITS más extendidas entre los países industrializados, registrándose la mayor incidencia en mujeres de 18 a 24 años de edad. Se considera la enfermedad de tipo bacteriano más frecuente entre la población joven. (38) (40)

En 2015 se registraron en nuestro país 3.563 casos de clamidiasis. Del total, 2.030 casos (57,1%) fueron diagnósticos llevados a cabo en mujeres. La media de edad entre los afectados fue de 28 años. (12)

Se contó con una muestra de 3.549 casos para realizar el estudio epidemiológico de manera individualizada, ya que 14 diagnósticos de los anteriormente mencionados tuvieron que suprimirse por falta de datos sobre edad o sexo.

Pudieron observarse los siguientes resultados:

Número de casos y porcentaje de casos de clamidiasis por edad y sexo, 2015			
Grupos de edad	Hombre N (%)	Mujer N (%)	Total N (%)
<15 años	1 (0,1%)	9 (0,4%)	10 (0,3%)
15-19 años	59(3,9%)	333 (16,4%)	392 (11,0%)
20-24 años	298 (19,6%)	574 (28,3%)	872 (24,6%)
25-34 años	655 (43,0%)	699 (34,5%)	1.354 (38,2%)
35-44 años	395 (25,9%)	302 (14,9%)	697 (19,6%)
45 o más años	116 (7,6%)	108 (5,3%)	224 (6,3%)
TOTAL	1.524 (100%)	2.025 (100%)	3.549 (100%)

Tabla 6. Fuente: informe de vigilancia epidemiológica de ITS 1995-2015 (12)

Dicha infección no suele desencadenar síntomas, y si éstos aparecen lo hacen entre 7 y 21 días después del contacto sexual. En hombres puede producirse una secreción clara y transparente a través de la uretra, acompañada en la mayoría de las ocasiones de dolor al miccionar. Si hablamos del colectivo femenino, las mujeres infectadas por *Chlamydia Trachomatis* manifiestan un aumento del flujo vaginal, alteraciones en el ciclo menstrual o ligeros sangrados una vez finalizada la relación sexual. (38) (40) (44)

3.1.4 Tricomoniasis

La tricomoniasis es una ITS muy común producida por el parásito *Trichomonas Vaginalis*. Se propaga de una persona a otra mediante el contacto sexual vaginal, por el intercambio de fluidos provenientes de las mucosas. (45)

Afecta en mayor medida al colectivo femenino, manifestando signos o síntomas más del 50% de las mujeres infectadas. El flujo vaginal puede ser espumoso y maloliente, acompañándose de sangrado entre menstruaciones. Además, puede existir picor en la vagina y escozor al orinar. En lo que respecta a los hombres, a pesar de que no suelen presentar manifestaciones de la infección, algunos refieren sentir dolor al miccionar o secreciones uretrales anormales. (38) (46)

3.1.5 Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el *Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)* se define como “aquel que infecta a las células del sistema inmunitario alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, alcanzándose la consiguiente inmunodeficiencia”. (47)

Por otro lado, el *Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)* es “un concepto que hace referencia a las fases más avanzadas de la infección por VIH, y se define por la existencia de una o varias de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH”. (47)

Tanto el VIH como el SIDA, siguen constituyendo a día de hoy un grave problema para la salud pública a nivel mundial, habiéndose cobrado más de 35 millones de vidas a lo largo de la historia. En el año 2016, un millón de individuos fallecieron a consecuencia de dicha patología. Se calcula que tan sólo el 70% de las personas infectadas por el virus son conocedoras de su serología. (48)

El virus de la inmunodeficiencia humana se transmite mediante el intercambio de determinados líquidos corporales con una persona ya infectada, tales como leche materna, sangre, secreciones vaginales o semen. Además, compartir agujas, jeringuillas u otro tipo de materiales destinados al consumo de drogas parenterales, también se considera otra vía importante de acceso al contagio. La transmisión vertical, producida de la madre al bebé en el momento del parto, es actualmente la más controlada en países desarrollados.

Según el último informe de vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA publicado en España (13), en 2017 se declararon en nuestro país 3.381 nuevos casos de VIH, lo cual supuso una tasa de 7,26/100.000 habitantes. Del total de diagnósticos, un 84,6% fue atribuido al colectivo masculino, siendo más frecuente el contagio en hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres (54,3%). El 15,4% de casos restante afectó a la población femenina.

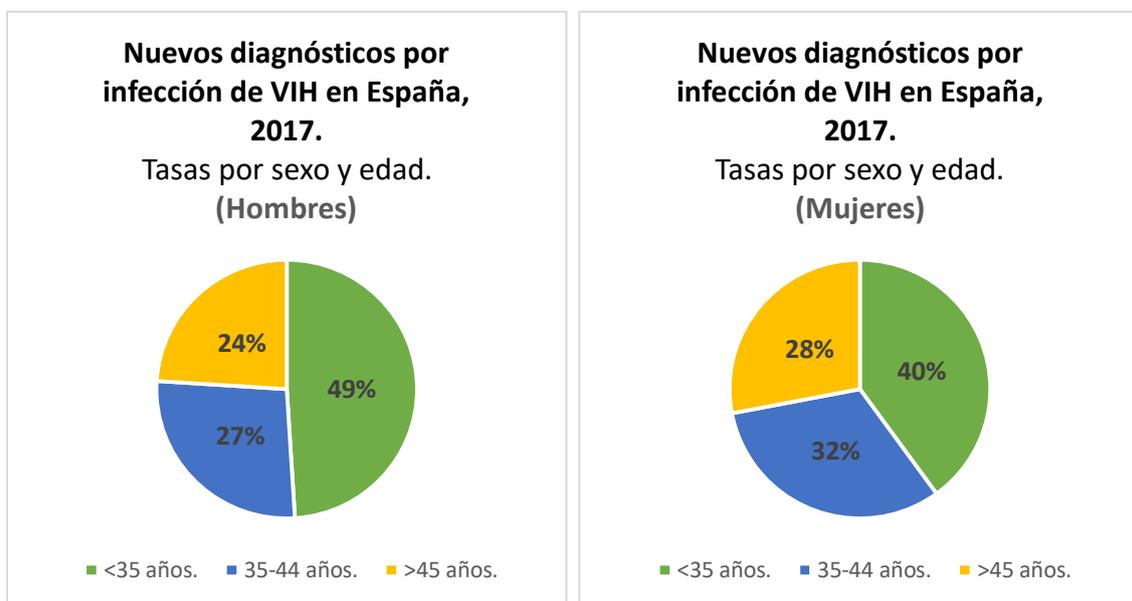


Figura 1. Fuente: informe de vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España, 2017 (13)

La media de edad de los afectados/as fue de 35 años y el 36,1% de los nuevos diagnósticos se produjo en individuos originarios de otros países. Las tasas de registro de VIH en nuestro país, son semejantes a las de otros países de la Unión Europea y Europa Occidental.

En cuanto a los síntomas desencadenados por la infección del VIH, estos variarán en función del estadio en el que se encuentre la enfermedad. Aunque la mayor carga viral se suele producir durante los primeros meses, algunas personas infectadas pasan totalmente desapercibidas al encontrarse asintomáticas. En otras ocasiones se presenta un cuadro gripal con fiebre, dolores de garganta o cefalea. (48)

Si no se lleva a cabo un tratamiento adecuado, cabe la posibilidad de que aparezcan infecciones bacterianas graves, tuberculosis, meningitis criptocócica o cánceres como linfomas, entre otros. En función de cada individuo, el VIH puede evolucionar a su fase más avanzada, SIDA, entre 2 y 15 años después de producirse la primoinfección. (48)

Asociadas al VIH, aparecen conductas sexuales de riesgo que ponen en peligro la salud de aquellas personas que las llevan a cabo. Se define el “*bugchasing*” como la práctica en la que algunos hombres, llamados “*bugchasers*”, se reúnen para mantener relaciones sexuales sin preservativo. Todos los miembros del grupo son concedores de que, entre ellos, un individuo es seropositivo, pero no saben quién es. La finalidad de dicha práctica consiste en infectarse con el VIH y, por lo tanto, se considera ganador al individuo que lo consigue. (49)

3.1.6 Virus del Papiloma Humano (VPH)

El *Virus del Papiloma Humano (VPH)* se considera la infección de transmisión sexual más prevalente en ambos sexos (masculino y femenino). El VPH es capaz de infectar tanto la piel (VPH cutáneos), como las mucosas (VPH mucosales). A día de hoy, se han descubierto más de 200 tipos distintos, y de estos unos 40 son responsables de infectar la mucosa genital y anal en hombres y mujeres. (14) (15)

Los VPH pueden dividirse en dos grandes grupos, los de alto riesgo u oncogénicos y los de bajo riesgo (50):

- Los primeros se denominan así debido a su capacidad para producir lesiones precancerosas. Dentro de esta categoría los tipos 16 y 18 son responsables de más del 70% de neoplasias de cérvix. El cáncer de cuello de útero se encuentra actualmente en el cuarto puesto entre los tipos de cánceres más comunes que afectan a mujer. (50)
- Los segundos no tienen una relación directa con el cáncer, pero los tipos 6 y 11 producen lesiones benignas como condilomas acuminados o verrugas genitales.

En nuestro país, la prevalencia del VPH entre el colectivo femenino es del 14%. Varía entre comunidades, siendo mayor en Baleares o La Rioja e inferior en Cantabria y Asturias. La tasa de infección se produce con mayor frecuencia en chicas menores de 25 años sexualmente activas, estimándose que el 30% de las mujeres menores de 30 años de edad son portadoras del virus a nivel mundial. En el caso de los hombres, la prevalencia se sitúa alrededor del 25% en aquellos individuos de mediana edad. (14)

La transmisión del virus se lleva a cabo, mayoritariamente, por vía sexual (anal, vaginal, oral). Incluso sin llegar a existir penetración, puede producirse el contagio de la ITS al entrar en contacto la mucosa genital con la de una persona ya afectada por el VPH.

En lo que respecta a las repercusiones para la salud asociadas al colectivo masculino, es infrecuente que los hombres afectados refieran algún tipo de síntoma, aunque en algunas situaciones pueden aparecer verrugas en el pene, escroto o ano. Además, en una minoría de casos, el VPH puede causar cáncer en el aparato reproductor masculino o en el recto. (14)

Por otro lado, la mayoría de mujeres infectadas también se encuentran asintomáticas y son capaces de eliminar el virus por completo, sin que éste produzca riesgo alguno para su salud. Cabe la posibilidad de que un pequeño porcentaje de estas mujeres experimente dispareunia, sangrado entre periodos menstruales o aparición de verrugas genitales. En cambio, en un 15% de los casos la infección persistirá en el tiempo pudiendo llegar a producir lesiones premalignas, que tal vez en un futuro evolucionen hacia un cáncer cervical, vulvar o vaginal. (50) (51)

3.1.7 Hepatitis B

La *hepatitis B* es una infección vírica, que afecta al hígado, producida por el virus de la hepatitis B (VHB). Según la OMS, está considerada un problema de salud grave en todo el mundo, estimándose que un 1,6% de la población europea padece dicha enfermedad. (52)

En España, se declaró en el año 2015 a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) la existencia de 690 diagnósticos nuevos, lo cual supuso una tasa de incidencia de 1,48 casos por cada 100.000 habitantes. (53)

A pesar de que en los países menos desarrollados el principal modo de transmisión es el vertical (madre-hijo), en nuestra sociedad el contagio se produce mayoritariamente por vía sexual (a través del contacto con fluidos vaginales, menstruales o semen), afectando principalmente a individuos homosexuales.

Con frecuencia, las personas portadoras del virus no manifiestan síntomas durante la primera fase de la infección, aunque en algunas ocasiones puede presentarse un cuadro similar al producido por la gripe, lo cual conlleva a la pérdida de apetito, fiebre y dolor articular o abdominal. Además, la ictericia o la fatiga severa son signos característicos de esta enfermedad. En las situaciones más extremas, la hepatitis B puede desencadenar en una cirrosis hepática o cáncer de hígado. (52)

3.1.8 Hepatitis C

Al igual que en el caso anterior, la *hepatitis C* es una enfermedad hepática producida por el virus de la hepatitis C (VHC). Alrededor de 71 millones de individuos a nivel mundial se encuentran infectados de manera crónica por dicho virus. (53) En Europa la prevalencia es del 1,5%.

La hepatitis C se transmite generalmente a través de la sangre, por ejemplo, es frecuente entre los adictos a drogas por vía parenteral. Aun así, el virus también puede contagiarse a través del mantenimiento de prácticas sexuales con una persona ya infectada, entrando en contacto con los fluidos vaginales o el semen. (54)

La incubación del virus comprende un periodo muy variable, pudiendo desarrollarse desde las 2 semanas hasta los 6 meses. Inicialmente, cerca de un 80% de los afectados no presenta síntomas y el 20% restante refiere sentir náuseas, vómitos, astenia, fiebre o dolores articulares. En un 15-45% de los casos, los individuos afectados son capaces de eliminar el virus gracias a su sistema inmunitario. El 60-80% restante derivará en una infección crónica, aumentando de esta manera el riesgo de padecer cirrosis hepática, cáncer de hígado o una muerte prematura. (54) (55)

3.2 Embarazos no deseados

A través de datos proporcionados por la OMS (56), se conoce que alrededor de 16 millones de adolescentes cuyas edades comprenden los 15 y 19 años, dan a luz anualmente en todo el mundo. La mayor parte de estos nacimientos se producen en países cuyo nivel económico se considera medio-bajo. Las complicaciones producidas durante la gestación y el parto están consideradas como la segunda causa de mortalidad materno-infantil entre las jóvenes de estas edades.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), 7.839 adolescentes siguieron adelante con su embarazo durante el año 2017, en España. (57) Estas 7.839 jóvenes que dieron a luz, representaron un 1,99% del total de madres españolas, que fueron 393.181 durante ese mismo año.

Las franjas de edad de las mujeres implicadas, en relación con el número de nacimientos fueron las siguientes:

Nacimientos por edad de la madre y sexo del nacido, 2017			
Grupos de edad	R.N sexo masculino	R.N sexo femenino	Total
<15 años	61	53	114
15 años	147	142	289
16 años	392	369	761
17 años	701	722	1.423
18 años	1.119	1.013	2.132
19 años	1.586	1.534	3.120
TOTAL	4.006	3.833	7.839

Tabla 7. Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Nacimientos ocurridos en España, 2017 (57)

Cuando la adolescente conoce que está embarazada, el hecho de seguir adelante con la gestación o, por el contrario, de interrumpir el embarazo, dependerá mucho del entorno en el que se encuentre. Tanto la pareja, como la propia familia (especialmente los padres) se consideran una pieza clave a la hora de abordar dicha situación. Además, factores como la ideología, religión o condiciones socioeconómicas desempeñan un papel importante en el momento de tomar la decisión final.

En España, la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) se encuentra regulada en el Código Penal por la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. (58) El último informe sobre IVE publicado en 2017 por el Ministerio de Sanidad (10), revela que ese mismo año 94.123 mujeres decidieron no seguir adelante con su embarazo en nuestro país. Del total de interrupciones, 345 fueron llevadas a cabo en menores de 15 años, 9.410 en adolescentes de entre 15-19 años y 19.667 en jóvenes cuyas edades comprendían los 20-24 años. Las tasas de IVE más altas se produjeron en Cataluña (18.650 casos), Andalucía (17.258 casos) y Madrid (16.652 casos). Por el contrario, Soria (122 casos), Melilla (104 casos) y Ceuta (11 casos) registraron un menor número de interrupciones.

Del total de mujeres afectadas, 33.688 manifestaron no utilizar ningún método anticonceptivo y 22.974 refirieron haber llevado a cabo una interrupción voluntaria del embarazo previa.

El embarazo no deseado constituye una importante amenaza para el desarrollo integral de la población adolescente, debido a que esta situación puede ocasionar cambios negativos en la salud de la mujer, así como atrasar los procesos que la capacitan para llevar a cabo una vida

productiva. (59) El riesgo se considera mayor, cuanto menor es la edad de la gestante; influyendo también el panorama académico o laboral, y factores como la propia autoestima o asertividad.

Centrándonos en las consecuencias para la salud, el embarazo en la adolescencia está relacionado con una diversidad de problemas biológicos, psicológicos y sociales tanto para la madre, como para su hijo. Según la OMS, los bebés de mujeres menores de 20 años, se enfrentan a un 50% más de posibilidades de sufrir muerte prenatal o fallecer en el primer mes de vida, que aquellos recién nacidos cuyas madres oscilan entre los 20 y 29 años de edad. (56) Existe también una mayor probabilidad de que los bebés registren bajo peso al nacer, con todas las consecuencias que eso conlleva. Además, la preeclampsia o la anemia junto con una nutrición insuficiente, aumentan en gran medida la morbilidad y mortalidad maternas. (59)

Por otro lado, cabe destacar la importancia de las repercusiones económicas y sociales derivadas de una gestación durante la adolescencia. Un porcentaje de las jóvenes que se quedan embarazadas se ven obligadas a dejar los estudios, lo cual influye negativamente a la hora de buscar oportunidades de trabajo posteriores. Este hecho puede afectar de manera indirecta a la economía del país, perdiéndose los ingresos anuales que hubiera ganado una mujer joven a lo largo de su vida profesional, de no haber tenido un hijo a una edad excesivamente temprana. (56) Atendiendo a la esfera psicosocial, para una madre adolescente pueden verse reducidas diferentes alternativas de vida, así como aparecer con mayor facilidad conflictos familiares o sentimientos compatibles con insatisfacción personal. (59)

3.3 Violencia de género

Durante la adolescencia, los jóvenes están muy interesados en desvincularse en cierto modo de sus padres, pretendiendo encontrar un grupo de referencia y desarrollando así una identidad sexual y moral propia.

Para las generaciones actuales el hecho de encontrar pareja a edades tempranas es algo importante, situándose la media de inicio del noviazgo entorno a los 14 años. Las adolescentes manifiestan tener relaciones más duraderas en comparación con los chicos, quienes refieren llevar a cabo un mayor número de encuentros sexuales esporádicos. (60)

La OMS define la *violencia de género* como “todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la prohibición arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada”. (61) Por otro lado, puede definirse la *violencia entre parejas jóvenes* como “cualquier ataque intencional de tipo físico, psicológico o sexual de un miembro de la pareja al otro en el contexto de una relación afectiva”. (60) A pesar de que la violencia a estas edades suele ser unidireccional, es decir, se produce del sexo masculino al femenino, en determinadas ocasiones se ejerce de manera bidireccional, maltratándose ambos jóvenes o abusando el uno del otro.

Es fundamental la detección de los primeros comportamientos agresivos, ya que se consideran un factor de riesgo de cara a ser víctima de violencia de género durante la etapa adulta. (62) Existen distintas formas de violencia, pudiendo clasificarse de la siguiente manera:

1. **Física:** acción de carácter voluntario, que provoca o puede provocar daño o lesiones físicas sobre la víctima. Por ejemplo, una bofetada.

2. **Psicológica:** cualquier acción o actitud de carácter voluntario, que provoca o puede provocar daño psicológico sobre la víctima. Por ejemplo, insultos o amenazas.
3. **Sexual:** incluye toda práctica sexual involuntaria, forzada a través de violencia física, agresión o abuso. Por ejemplo, acoso sexual o violación.

Cualquiera de las manifestaciones de violencia anteriormente citadas, pueden poner en peligro tanto la vida como la salud de la mujer, desencadenándose en la mayoría de ocasiones afectación emocional crónica, ansiedad o depresión.

A pesar de que no se conoce de manera exacta la frecuencia con la que aparece la violencia de género entre los jóvenes de nuestra sociedad, a través del estudio “Igualdad y prevención de la violencia de género entre la adolescencia y la juventud” (63), realizado en 2012 por el Gobierno de España a estudiantes cuyas edades comprendían los 13 y 18 años, pudo saberse que, de las 2.992 adolescentes encuestadas, un 2,7% afirmó haber sido agredida a manos de su pareja, un 14,4% manifestó haberse sentido ridiculizada e insultada y un 3,6% de las jóvenes fueron obligadas a realizar prácticas sexuales de manera involuntaria. En lo que respecta a los adolescentes que ejercían la violencia, un 9,2% reconoció haber insultado o ridiculizado a su compañera sentimental, mientras que un 1,5% llegó a agredirla físicamente.

Las chicas comentan que las formas de agresión más comunes son el aislamiento social, control psicológico, humillación e insultos. Del mismo modo, los jóvenes que maltratan a su pareja reconocen, principalmente, las mismas formas de violencia. Aunque las respuestas de ambos sexos coinciden, en el estudio se detectan más víctimas que maltratadores, esto puede deberse a la dificultad de reconocer los hechos por parte de los agresores.

Según los datos ofrecidos por el Portal Estadístico de la Delegación del Gobierno para la violencia de género (64), desde el año 2003 y hasta finales de 2017, 40 adolescentes menores de 20 años fallecieron a manos de sus parejas. Se adjuntan los casos según edad de la víctima y agresor a continuación:

Muertes por violencia de género en adolescentes españoles 2003-2017		
Grupos de edad	Víctimas mortales	Tramo de edad del agresor
<16 años	5	0
16-17 años	4	1
18-20 años	31	12
21-30 años	189	114
TOTAL	229	127

Tabla 8. Fuente: Portal estadístico de la Delegación del Gobierno para la Violencia de género (64)

Incluso encontrándonos ante tal problemática, el experto Juan Ignacio Paz, psicólogo de la Junta de Andalucía y responsable de atención a víctimas adolescentes de violencia de género, constata que muchas de las jóvenes víctimas de estas situaciones creen erróneamente que la violencia de género “no es algo de su generación”. (65) Se tienden a normalizar conductas como el control del teléfono móvil, los ataques de celos o el aislamiento de familiares y grupo de amigos. Por todo ello, es imprescindible llevar a cabo una correcta educación desde la infancia, aportando valores aplicados a las relaciones afectivas y previniendo este tipo de violencia.

3.4 Baja autoestima y afectación de la imagen corporal

Como se ha comentado previamente, la adolescencia es un periodo caracterizado por la aparición de grandes cambios, entre ellos la madurez sexual, la adquisición de la identidad sexual individual y el inicio de las primeras relaciones sexuales.

Los jóvenes comienzan a tomar sus propias decisiones, y otorgan más importancia a unos aspectos de su vida, que a otros. Por ejemplo, se genera una gran preocupación por la imagen física, produciéndose una sobrevaloración del cuerpo que, aunque puede afectar a ambos sexos, lo hace en mayor medida entre el colectivo femenino. El hecho de tener una idea negativa sobre el aspecto corporal, es uno de los principales factores que contribuye al desencadenamiento de problemas emocionales en chicas adolescentes. (66) Los cambios producidos en esta esfera, pueden vivirse con miedo, preocupación e incluso vergüenza, si no se ajustan a los establecidos por los medios de comunicación o difieren de las tendencias del momento.

Otro de los pilares fundamentales y tremendamente relacionado con lo anterior, es la autoestima. Este concepto se define como “el sentimiento de aceptación y aprecio hacia uno mismo, estrechamente unido al sentimiento de competencia y valía personal”. (67)

Tener una autoestima adecuada es esencial para llevar a cabo una vida social, laboral o sexual óptima. El comportarse de manera coherente, ser capaz de cuidarse, saber decir no, respetarse y hacerse respetar, aceptar el propio cuerpo y la sexualidad... son cuestiones directamente relacionadas con el nivel de autoestima y que mucho tienen que ver con las conductas sexuales adoptadas.

Durante la adolescencia, la baja autoestima se considera un factor de riesgo asociado al contagio de infecciones de transmisión sexual, embarazos precoces o prácticas sexuales no deseadas, puesto que, en muchas ocasiones, se realizan conductas peligrosas para la salud debido a la inseguridad, el miedo al rechazo o la inmadurez emocional. (67)

La autoestima y el tipo de vida sexual que se lleva a cabo guardan una estrecha relación. Tan sólo si se acepta y valora de manera positiva la propia imagen, aumentará la satisfacción sexual. En cambio, cuanto más presión exista por tener un cuerpo ideal, más se dejarán de lado los sentimientos y el placer. Un estudio realizado por la Universidad de Vigo (68), a estudiantes universitarias cuya media de edad se correspondía con 19,5 años, demostró que cuanto mayor es la insatisfacción corporal, menor es la actividad sexual manifestada. La variable que más se relacionó con el comportamiento sexual de las adolescentes encuestadas fue la autopercepción del atractivo físico. Cuanto más baja es dicha autopercepción, más disminuida se encuentra la práctica sexual y menor es la edad de inicio de las primeras relaciones sexuales. Por otro lado, pudo observarse que el índice de masa corporal que presentaban las jóvenes, no influía en la satisfacción sexual que referían, es decir, no dependía de si la adolescente tenía o no sobrepeso, sino de cómo se valoraba y sentía de atractiva.

Ante tal situación, cabe destacar que todos estos problemas mencionados tienen mucho que ver con la cosificación sexual de la mujer. Según la Real Academia Española (RAE) este término se define como “reducir a la condición de cosa a una persona”. (69) Incluso a día de hoy, sigue existiendo la tendencia de tratar al colectivo femenino como un objeto sexual, dejando a un lado la valoración como individuo o la personalidad, y centrándose la atención en la belleza física. Este hecho, trae consigo un aumento importante de la desigualdad de género, impregnando de esta manera a las nuevas generaciones de adolescentes con estereotipos tradicionales que aún observan en los medios de comunicación, colegios, núcleos familiares... (70) Además, en algunos

casos puede llegar a aparecer la auto-cosificación, produciéndose la interiorización de tal idea por parte de la propia mujer.

Entre las principales consecuencias desencadenadas de este fenómeno, y las cuáles afectan de manera importante a la salud física y psicológica de la mujer, destacan los desórdenes alimenticios, depresión y baja autoestima. Las adolescentes llegan a basar su valor en su apariencia, y si su físico no se ajusta a los estándares de belleza de la sociedad, se aumenta el riesgo de que lleven a cabo una alimentación desordenada. En cuanto a los trastornos depresivos, estos se relacionan de manera directa con la auto-cosificación, provocándose una pérdida de empoderamiento al verse así mismas como un objeto. Todo ello se resume en una menor autoestima por parte del colectivo femenino, llegando a menospreciarse cualidades como la inteligencia, proactividad o responsabilidad. (70) (71)

A pesar de haber querido plasmar en este apartado rasgos importantes como la repercusión que tiene en las adolescentes el hecho de sentirse presionadas tanto por la sociedad, como por su grupo de amigos para comenzar a mantener relaciones sexuales, no ha sido posible encontrar artículos que trataran esta información. Se dispone de poca bibliografía en relación a estas situaciones, y la que existe no está probada científicamente. Bajo mi punto de vista, sería recomendable ampliar las líneas de investigación en este ámbito, puesto que es un tema de gran vigencia y el cual puede repercutir de manera negativa en la salud de las jóvenes de nuestra sociedad.

4. PREVENCIÓN

4.1 Uso del preservativo

A través del barómetro publicado por Control en 2017 (5), pudo conocerse que el método anticonceptivo escogido por el 74,60% del colectivo masculino fue el preservativo. Aun así, 3 de cada 10 hombres afirmaron no utilizarlo, estableciendo como principal causa la pérdida de sensibilidad a la hora de mantener relaciones sexuales.

El uso del preservativo es una conducta que puede asociarse, por parte de los adolescentes, tanto a ventajas como a inconvenientes. Por un lado, algunos manifiestan sentir tranquilidad al encontrarse protegidos frente a embarazos no deseados o ITS, además de poder disfrutar de una relación sexual más duradera. Por otro lado, aquellos jóvenes que están en contra de su uso, refieren experimentar una disminución de la sensación de placer, dificultades en la accesibilidad relacionadas con el valor económico o rechazo por parte de sus parejas. (72) En el caso de que tomen más peso los aspectos positivos, lo más probable es que los adolescentes hagan uso del preservativo, mientras que, si destacan las desventajas, se producirá todo lo contrario.

Del mismo modo, la baja percepción de riesgo se considera una barrera a la hora de utilizar o no dicho método anticonceptivo. En muchas ocasiones, cuando los jóvenes mantienen una relación estable con su pareja no sienten la necesidad de protegerse, lo cual pone constantemente en peligro su salud sexual, aunque ellos no lo crean. (73) Además, la desigualdad de género sigue influyendo en el hecho de no usar preservativo, puesto que algunos hombres tienen la falsa creencia de que “cuidarse es asunto de la mujer”, negándose a tomar medidas de precaución durante la relación sexual.

El uso adecuado y de forma constante del condón, reduce considerablemente el riesgo de contagio frente a infecciones de transmisión sexual, aunque no lo elimina por completo. Este método de barrera proporciona distintos niveles de protección en función del tipo de ITS, siendo más eficaces contra las infecciones transmitidas mediante secreciones genitales y menos en aquellos casos en los que el contagio se produce a través del contacto con úlceras genitales.

En la actualidad, debido al inicio tan precoz de las primeras relaciones sexuales y a la creciente demanda de información por parte de los adolescentes de nuestra sociedad, se considera de vital importancia llevar a cabo una correcta prevención primaria, donde los profesionales de la salud aporten información adecuada sobre prácticas sexuales seguras, tanto en las propias consultas como en las actividades de educación para la salud grupales. (72)

4.2 Vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH)

Alrededor del 90% de los cánceres cervicales se encuentran asociados al virus del papiloma humano (VPH). La inmunización a través de las vacunas profilácticas disponibles a día de hoy, permite reducir en gran medida la aparición de neoplasias de cérvix, vagina, pene, vulva, ano u orofaringe y, por lo tanto, frenar las repercusiones producidas por el VPH a nivel mundial. (51)

En nuestro país se lleva a cabo la vacunación desde el año 2008. En un principio la vacuna se administraba a las jóvenes de 14 años, pero desde 2017 y debido a las recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría (AEP), todas las comunidades autónomas vacunan a las niñas al cumplir los 12 años, a excepción de Asturias que lo hace a los 13. (74)

Actualmente se dispone de 3 vacunas para prevenir la infección por ciertos tipos de VPH. La vacuna bivalente (VPH2) protege frente al VPH-16 y VPH-18, siendo estos dos tipos los causantes del 70% de todas las lesiones pre-cancerígenas y cánceres ya citados. La vacuna tetravalente (VPH4) previene los tipos VPH-6, VPH-11, VPH-16 y VPH-18, causando los dos primeros la mayoría de las verrugas genitales. Y, por último, la vacuna nonavalente (VPH9) hace frente a los anteriormente mencionados y a otros 5 tipos de virus incluidos en la categoría de alto riesgo para desarrollar cáncer de cervix: VPH-31, VPH-33, VPH-45, VPH-52 y VPH-58. Las pautas de vacunación se establecen dependiendo del preparado vacunal. (74) (75)

Según la Asociación Española de Pediatría (AEP), es importante recomendar también la vacunación a los varones al inicio de la adolescencia, ya que de esta manera disminuiría notablemente la prevalencia de dicho virus. (74) Es conveniente que las vacunas se administren antes de que los jóvenes comiencen a mantener las primeras relaciones sexuales, puesto que la profilaxis será mayormente eficaz si se produce antes de la exposición al virus.

Cabe destacar que la vacunación no sustituye a la realización de las pruebas de detección precoz del cáncer de cérvix (citología o examen de Papanicolau), por lo que las jóvenes de 25 y más años deben acudir a los controles periódicos establecidos.

Al igual que con la administración de cualquier otro medicamento, pueden aparecer efectos secundarios tras producirse la vacunación contra el virus del papiloma humano. Estos problemas suelen ser leves o moderados, manifestando 9 de cada 10 personas dolor y enrojecimiento en la zona de inyección, y aproximadamente 1 de cada 10 cefalea o febrícula. (76)

4.3 Anticoncepción postcoital

La anticoncepción postcoital o de emergencia se basa en llevar a cabo determinadas medidas, principalmente farmacológicas, encaminadas a prevenir un posible embarazo no deseado después de haber mantenido relaciones sexuales sin protección o haber fallado el método anticonceptivo elegido. (77)

La anticoncepción hormonal (“píldora del día después”) y el dispositivo intrauterino de cobre (DIU), son los principales sistemas de anticoncepción postcoital. Según la OMS (78), dichos sistemas pueden llegar a prevenir hasta un 95% de los embarazos no deseados si se emplean en un margen máximo de 3 días (en el caso de píldoras que contengan levonorgestrel) o 5 días (si se utilizan las píldoras de acetato de ulipristal o el DIU) tras haber mantenido la relación sexual de riesgo, siendo la eficacia claramente mayor cuanto menos tiempo transcurre desde que se produce el acto sexual. En cualquier caso, es de gran importancia informar a los adolescentes sobre que estos métodos no deben utilizarse como sistema habitual de anticoncepción, puesto que pueden provocar un mayor número de efectos adversos que los anticonceptivos habituales, aunque podrá repetirse su administración en caso de ser necesario, sin perjuicio alguno para la salud de la mujer.

En lo que respecta al mecanismo de acción, las píldoras anticonceptivas de emergencia retrasan la ovulación, dificultando que se produzca el embarazo. Por otro lado, el DIU genera un cambio químico tanto en el óvulo como en el espermatozoide, impidiendo la fertilización. Este último se considera el método postcoital más eficaz para prevenir el embarazo no deseado, además de ser apropiado para aquellas mujeres que pretenden comenzar a utilizar un mecanismo anticonceptivo a largo plazo. (78)

En cuanto a la eficacia, las píldoras anticonceptivas de urgencia cuentan con una tasa de embarazo no deseado de entre el 1,2% y 2,1%, mientras que los dispositivos intrauterinos de cobre, si son insertados dentro de las 120 horas posteriores al contacto sexual de riesgo, tienen una eficacia superior al 99%. Cabe citar que dicha eficacia, es claramente inferior al uso de un método anticonceptivo de manera regular y sistemática, por lo que se debe insistir a los adolescentes en la importancia de establecer un sistema de anticoncepción continuado y no hacer un uso abusivo del tratamiento postcoital. (78)

Ambos métodos pueden desencadenar una serie de efectos secundarios leves, que habitualmente se resuelven en el transcurso de 2 a 3 días de forma natural. Las píldoras anticonceptivas de emergencia producen en ciertos casos náuseas, vómitos, fatiga o un sangrado vaginal inferior al de la menstruación. A los DIU se asocian complicaciones como el dolor pélvico, calambres musculares o sangrado vaginal entre periodos. (77) (78)

4.4 Educación afectivo-sexual

Al conocerse las diferentes prácticas sexuales llevadas a cabo por los adolescentes de nuestra sociedad, y al ser éstas realizadas a edades cada vez más tempranas y ocasionando importantes consecuencias negativas para la salud de los jóvenes, surge la necesidad de crear estrategias encaminadas a fomentar una sexualidad tanto sana, como responsable, previniendo de este modo las conductas de riesgo y las posibles complicaciones futuras.

A día de hoy, la mayoría de intervenciones preventivas dirigidas a los adolescentes se centran únicamente en la importancia de disminuir las infecciones de transmisión sexual o los embarazos

no deseados, dejando a un lado todo el tema afectivo y restringiendo el uso de términos como el amor, autoestima, respeto o compromiso. Por lo tanto, son intervenciones centradas en el sexo y no tanto en la sexualidad. (4)

En nuestro país, se cuenta con un marco legal (Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo, de Educación) que promueve el desarrollo de una adecuada educación sexual en colegios e institutos. (79) A pesar de ello y aunque la legislación considera la educación afectivo-sexual como un derecho universal, la enseñanza depende, en gran medida, de los centros educativos que la imparten, quedando orientada en muchas ocasiones a la anatomía y biología. (4) (80)

Por un lado, es imprescindible que los jóvenes perciban el sistema de salud como un espacio accesible donde poder obtener consejo e información sobre salud sexual y reproductiva, participando los profesionales sanitarios de manera activa en la educación afectivo-sexual. En todo ello, la Enfermería posee un papel diferenciado y de suma importancia, educando desde las propias consultas de atención primaria o bien desde el centro de formación (figura de enfermera escolar), y trabajando sobre aquellos factores de la sexualidad que inciden directamente sobre los adolescentes.

La preparación universitaria de las enfermeras en relación al abordaje e identificación de los problemas relacionados con la sexualidad ha de ser lo más completa posible, ya que de esta forma se podrá garantizar por su parte una correcta educación para la salud, dirigida a los adolescentes, en el futuro. El abordaje de la sexualidad en las diferentes etapas de la vida, las principales disfunciones sexuales en ambos sexos, las infecciones de transmisión sexual, así como los aspectos psico-afectivos, son algunas de las materias incluidas en la formación de dicha profesión. Todo ello deberá individualizarse a la hora de educar a los jóvenes, ya que no debemos olvidar que cada sujeto es único y posee unas características particulares.

Por otro lado, los medios de comunicación se centran en el placer y el coito, obviando aspectos tan serios como el hecho de llevar a cabo una vida afectivo-sexual responsable. Además, cabe citar la falta de igualdad de género transmitida a través de estos medios, lo cual sigue contribuyendo negativamente a la utilización de estereotipos o creencias erróneas sobre la mujer. (80)

Debido a todo esto, conviene llevar a cabo estrategias de educación para la salud planificadas e integrales, apoyadas por las administraciones e instituciones sanitarias y educativas, teniendo en cuenta tanto a los padres/tutores de los adolescentes, como su entorno. Las características ideales de dichas estrategias serían las siguientes (4):

- **Planificadas:** estableciendo objetivos y habilitando sistemas de seguimiento y evaluación bien definidos.
- **Universales:** asegurando la accesibilidad a todos los adolescentes.
- **Coordinadas:** involucrándose tanto los jóvenes y sus familias, como las instituciones que trabajan en el ámbito (educación, sanidad...)
- **Integrales:** abordando de manera clara los factores que influyen en la problemática anteriormente citada: psicológicos, sanitarios, emocionales...
- **Moduladas:** adaptándose a las características individuales y colectivas de los sujetos, así como a los problemas establecidos.

5. RECURSOS DISPONIBLES EN CANTABRIA

Los jóvenes de nuestra comunidad autónoma disponen de múltiples recursos destinados a la atención, información y orientación sexual.

El principal, Centro de Salud Sexual y Reproductiva “La Cagiga”, se encuentra situado en el área de consultas del servicio de ginecología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Este espacio constituye una pieza fundamental de acercamiento a los adolescentes, ya que en La Cagiga se da respuesta a cualquier duda que pueda surgir entorno a la salud sexual, además de prestarse atención asistencial sin cita previa e incluso de manera anónima, sin que el demandante revele su identidad. El equipo de trabajo lo componen un psicosexólogo, ginecóloga y matrona, aunque actualmente se encuentran a expensas de ampliar la plantilla para poder retomar las distintas charlas y formaciones que llevaban a cabo entre los institutos de la comunidad. El Centro de Salud Sexual y Reproductiva ofrece la posibilidad de realizar una serología denominada “despistaje” a aquellas personas que demandan asistencia sanitaria tras haber mantenido relaciones sexuales de riesgo. Esta serología sirve para diagnosticar 3 de las infecciones de transmisión sexual más comunes, VIH, hepatitis B y sífilis. Además, desde este espacio tratan el resto de ITS junto con el servicio de enfermedades infecciosas del hospital. En el caso de los embarazos no deseados, los profesionales sanitarios aportan información y consejo a aquellas personas que desean interrumpir voluntariamente su embarazo, tratándose la situación en función de las circunstancias individuales de cada sujeto. La Cagiga también asesora sobre los distintos métodos anticonceptivos disponibles, dando la oportunidad a las mujeres de proceder a dicha implantación en sus consultas. Finalmente, dispensa la píldora postcoital de manera gratuita.

Por otro lado, la Escuela cántabra de salud (situada en la 5ª planta de la facultad de Enfermería), cuenta con una plataforma digital mediante la cual presta servicios de información, asesoramiento, educación y comunicación en materia de sexualidad y anticoncepción. Ofrece datos de los métodos anticonceptivos más seguros y modernos, a la vez que informa sobre la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Los adolescentes tienen también la oportunidad de participar de manera on-line en talleres más específicos en los que se tratan temas como la disfunción sexual o la maternidad juvenil.

Como otro de los recursos disponibles en nuestro medio, es importante destacar el papel llevado a cabo por la Consulta Joven que se desarrolla en algunos centros de salud de la comunidad. Uno de los más pioneros, el Centro de Salud Saja Cabuérniga, dispone de este espacio desde hace más de 10 años. La Consulta Joven presta sus servicios a los adolescentes de lunes a viernes, en horario de 8 de la mañana a 3 del mediodía, respetando la misma jornada laboral que el propio centro de salud. Situada en un lugar tranquilo y poco transitado del edificio (lo cual favorece que los jóvenes no sientan tanta vergüenza al tener que acudir), es dirigida por la matrona del centro y una enfermera pediátrica. En dicho espacio se trata cualquier tema que preocupe al adolescente demandante del servicio, aunque principalmente se abordan aquellos relacionados con la sexualidad. Se proporcionan desde píldoras postcoitales hasta preservativos, además de implantarse distintos métodos anticonceptivos de larga duración. La matrona responsable de la consulta, acude todos los lunes de 10 de la mañana a 1 del mediodía (fraccionando el tiempo) a los dos institutos situados en las inmediaciones del centro de salud, donde dispone de una consulta en la que atender las demandas de los adolescentes en horario escolar.

A través del ayuntamiento de Santander, se crea la asesoría de Salud y Sexualidad del espacio joven, la cual orienta a los adolescentes en cualquier cuestión relacionada con la sexualidad (ITS, embarazos no deseados, aspectos afectivos y psicológicos...). El trato puede producirse a través de una entrevista personal o mediante la asesoría on-line del portal de juventud.

Diferentes asociaciones de Cantabria, Asociación Ciudadana Antisida (ACCAS), Asociación de Lesbianas y Gays de Cantabria (ALEGA), Centro de Asistencia a Víctimas de Agresiones sexuales de Cantabria (CAVAS) o Centro Interdisciplinar de Psicología y Salud (CIPSA), colaboran también de manera directa prestando apoyo y dando información a aquellos jóvenes que lo requieran.

Cabe citar que cualquier adolescente que piense que su salud sexual ha sido expuesta a algún riesgo y necesite asistencia o información, puede acudir a su centro de salud y concertar una cita tanto con su médico de atención primaria, como con su enfermera o matrona.

En lo que respecta al papel de enfermera escolar en Cantabria, a pesar de haberse realizado hasta el año 2017 un proyecto piloto en cuatro centros educativos de la comunidad con grandes resultados, a día de hoy tan sólo dos centros concertados de la capital continúan dando visibilidad a esta figura. Se espera que, para el próximo año, pueda reanudarse dicha iniciativa permitiéndose la integración de la enfermería en las aulas, contribuyendo de esta manera al control, educación y formación de los jóvenes.

6. CONCLUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo ha sido proponer estrategias de prevención en relación al análisis ejecutado sobre las prácticas sexuales de riesgo mantenidas por los adolescentes de nuestra sociedad, describiéndose las principales consecuencias de llevar a cabo dichas conductas.

Una vez finalizada la revisión bibliográfica oportuna, pueden extraerse varias conclusiones. Es una realidad que las generaciones actuales comienzan a mantener relaciones sexuales cada vez más temprano. A su vez, preocupa el hecho de que a pesar de encontrarnos en una sociedad repleta de información y recursos destinados a que exista una sexualidad saludable, las conductas sexuales de riesgo, lejos de disminuir, aumentan año tras año.

Se ha demostrado que diferentes variables, tales como: educación sexual recibida, valores morales, consumo de alcohol y drogas, creencias religiosas... se encuentran estrechamente relacionadas con el desarrollo de prácticas sexuales peligrosas. Resulta llamativo que incluso entre aquellos jóvenes que poseen conocimientos específicos en materia de salud y sexualidad (estudiantes de enfermería, medicina...) no se ven reducidas las conductas sexuales de riesgo, en comparación con las manifestadas por otros estudiantes. Cabe destacar que, juegos sexuales como el muelle, bareback, chemsex o stealthing comienzan a ganar popularidad entre los adolescentes por el componente extra de riesgo que presentan, describiéndose su práctica como "un subidón de adrenalina".

Todo este panorama se ve reflejado en un crecimiento de la demanda asistencial sanitaria, debido a las graves consecuencias que provoca sobre la salud el desarrollo de tales conductas de riesgo. Nuevos diagnósticos de infecciones de transmisión sexual como la sífilis o la gonorrea, han aumentado de manera considerable durante los últimos años entre la población joven. Además, el VIH registra su mayor tasa de contagio en individuos menores de 35 años.

Por otro lado, tanto el número de embarazos no deseados como las interrupciones voluntarias de los mismos, se han visto también incrementadas en la última década.

En lo que respecta a la violencia de género, diferentes estudios muestran que muchos de los casos de maltrato físico, sexual y psicológico comienzan durante la adolescencia, debutando con formas de agresión como el aislamiento social, humillación e insultos. Resulta escalofriante que, desde el año 2003, 40 menores hayan perdido la vida a mano de sus parejas. A raíz de esta problemática, se desencadena entre las adolescentes la aparición de nuevos diagnósticos como son la ansiedad, trastorno depresivo, baja autoestima y alteración de la imagen corporal. En algunas ocasiones, puede llegar a producirse la cosificación sexual de la mujer, quedando la figura femenina reducida a objeto erótico.

Mencionado todo esto, cabe destacar que el papel de la prevención (uso del preservativo, vacuna del virus del papiloma humano, estrategias informativas...) es clave para abordar la situación planteada, pretendiéndose que las conductas sexuales de riesgo entre los jóvenes no lleguen a producirse.

La educación afectivo-sexual es una pieza fundamental para los niños y adolescentes, la cual debe llevarse a cabo tanto entre las familias y colegios, como en los servicios sanitarios. Dicha educación impartida por los profesionales de la salud a los propios jóvenes, así como mediante asesoramiento a los familiares y educadores, tiene que considerarse el eje central del cambio que se pretende conseguir en la forma de relacionarse sexualmente los adolescentes de nuestra sociedad.

La figura enfermera debe enfrentarse a la realidad de los jóvenes y a su contexto sociocultural, para poder ofrecerles de esta manera una información personalizada. Es necesario que dicha profesión amplíe sus conocimientos en materia de sexualidad y programas de asesoramiento, sin olvidar el tratamiento de temas como la construcción de la identidad sexual, roles de género, autoestima, amor propio, etc. evitando centrarse únicamente en la prevención de ITS o embarazos no deseados.

Finalmente, me gustaría comentar que toda la bibliografía consultada y los diferentes contenidos incluidos en este trabajo, me han permitido ampliar conocimientos en el campo de la sexualidad, despertando en mí el interés de seguir formándome en esta área. Es por ello que, al terminar el grado, me gustaría continuar mi camino profesional cursando el Máster Universitario en Sexología: educación sexual y asesoramiento sexológico, impartido por la Universidad Camilo José Cela de Madrid, el cual tiene en cuenta el factor biológico, psicológico y social de los individuos.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia. 2018. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
2. Cannoni BG, González TMI, Conejero RC, Merino MP, Schulin-Zeuthen PC. Sexualidad en la adolescente: consejería. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2015;26(1):81–7. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864015000139?token=D78ADC12A21DDBB2A00D7DC3A8B1503D5046B88ACDEBB88A5627DA7F39383978BE6BDD57D72312742FD3EF27E6984BC7>
3. Sociedad Española de Contracepción [Internet]. Encuesta Nacional 2018 sobre la Anticoncepción en España; [citado 20 abr 2019]. Disponible en: <http://sec.es/presentada-la-encuesta-nacional-2018-sobre-la-anticoncepcion-en-espana/>
4. García Polanco MD. Las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes españoles. Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA) [Internet]. 2014;2(2):38–61. Disponible en: https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/Primavera%202014/RqR_Primavera2014_ConductasSexuales.pdf
5. Control. Barómetro de Control 2017: los jóvenes y el sexo [Internet]. Disponible en: <http://www.saludsexualparatodos.es/2018/01/02/barometro-de-control-2017-los-jovenes-y-el-sexo/>
6. Moure-Rodríguez L, Doallo S, Juan-Salvadores P, Corral M, Cadaveira F, Caamaño-Isorna F. Consumo intensivo de alcohol y cannabis, y prácticas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios]. Gac Sanit [Internet]. 2016;30(6):438–43. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv30n6/0213-9111-gs-30-06-00438.pdf>
7. García-Vega E, Robledo EM, García PF, Izquierdo MC. Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. Int Jour Psychol Res [Internet]. 2012;5(1):79–87. Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/DialnetSexualidadAnticoncepcionYConductaSexualDeRiesgoEnA-5134684%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/DialnetSexualidadAnticoncepcionYConductaSexualDeRiesgoEnA-5134684%20(1).pdf)
8. Zaro I, Navazo T, Vazquez J, García A, Ibarguchi L. Aproximación Al Chemsex En España. 2016;40. Disponible en: <https://apoyopositivo.org/wp-content/uploads/2017/04/Aproximación-Chemsex-en-España-2016.pdf>
9. Ocón RS. El chemsex y sus vínculos con el uso de aplicaciones de geolocalización entre hombres que tienen sexo con hombres en España: un análisis etnográfico virtual. Monográfico [Internet]. 2017;5(11):8–20. Disponible en: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD43431.pdf>
10. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [Internet]. Interrupción voluntaria del embarazo 2017; [citado 1 may 2019]. Disponible en: https://www.msrebs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2017.pdf
11. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual. 2018. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

12. Centro Nacional de Epidemiología. Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2015. Madrid. [Internet]. 2017. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/Vigilancia ITS 1995 2015_def.pdf
13. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [Internet]. Vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España 2017; [citado 2 may 2019]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/Info_rmeVIH_SIDA_2018_21112018.pdf
14. Asociación Española de Pediatría. Virus del papiloma humano (papilomavirus). Progresos Obstet y Ginecol [Internet]. 2013;44(7):290–1. Disponible en: <https://vacunasaep.org/profesionales/enfermedades/virus-del-papiloma-humano>
15. García S, Domínguez-Gil M, Gayete J. Prevalencia de virus de papiloma humano en mujeres de un programa de cribado poblacional. Rev Española Quimioter Adv [Internet]. 2017;(Cc):1–6. Disponible en: <https://seq.es/wp-content/uploads/2015/02/garcia11feb2017.pdf>
16. Cobo Bedia R. El cuerpo de las mujeres y la sobrecarga de sexualidad. Investig Fem. 2015;6(0):7–19. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/view/51376>
17. Valbuena RL. Educación sexual en la adolescencia: propuestas de intervención desde la educación social [Internet]. Universidad de Valladolid; 2015. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/15985>
18. Luces Lago A.M, Tizón Bouza E, Porto Esteiro M, Fernández Mínguez C. La importancia de la enfermería en la educación sexual plural durante los primeros años de la adolescencia. Revista ENE enfermería [Internet]. 2014; 8 (2). Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/419/educacionsexual>
19. Ruiz PR, Molinero LR, Miguelsanz JMM De, Rodríguez VC. Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescents. Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2015;17(66):127–36. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000300004
20. Teresa A, Vidal F, Geroy A, Galía F, Pérez I, Laura R, et al. Comportamiento sexual de estudiantes de primer año de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos [Internet]. 2018;4–5. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v16n2/ms11216.pdf>
21. González A. E, Molina G T. Relaciones Románticas Tempranas y su asociación con Comportamientos de Riesgo en Salud Durante la Adolescencia. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2018;83(4):368–76. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262018000400368&script=sci_arttext
22. Teresa M, Mendoza H De, López MV, Guadarrama R. Asociación entre múltiples parejas sexuales y el inicio temprano de relaciones sexuales coitales en estudiantes universitarios. Revista Electrónica Nova Scientia [Internet]. 2017;9(19):615-34. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6360314>
23. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe EDADES 2017 [Internet]. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm

24. Gil García E, Martini JG, Porcel-Gálvez AM. Consumo de alcohol y prácticas sexuales de riesgo: el patrón de los estudiantes de Enfermería de una universidad española. Rev Lat Am Enfermería [Internet]. 2013;21(4):941–7. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692013000400941&lng=en&nrm=iso&tIng=es
25. Espada Sánchez JP, Morales Sabuco A, Orgilas Amores M. Relación entre la edad de debut sexual y el sexo bajo los efectos de las drogas en la adolescencia. [Internet]. 2013;38(1):25–35. Disponible en: http://www.aesed.com/descargas/revistas/v38n1_3.pdf
26. D.P. Prácticas sexuales de alto riesgo. 20 minutos [Internet]. 2017 Jun 26; Disponible en: <https://www.20minutos.es/noticia/3031834/0/practicas-sexuales-riesgo/>
27. L.C. Alerta médica en Madrid por el juego sexual del “muelle”. El mundo [Internet]. 2017 Ene 8; Disponible en: <https://www.elmundo.es/madrid/2017/01/08/5870df0fe2704ea2588b458e.html>
28. Gasch Gallén Á, Tomás Aznar C, Rubio Aranda E. Pareja, situaciones socioeconómicas y prácticas de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres. Gac Sanit [Internet]. 2015;29(6):412–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.07.001>
29. González J. Bareback, ruleta rusa sexual. Rev sal y med [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.saludymedicinas.com.mx/hombre/sexualidad/bareback-ruleta-rusa-sexual>
30. Klein H. Generationing, stealthing, and gift giving: the intentional transmission of HIV by HIV-positive men to their HIV-negative sex partners. Heal Psychol Res [Internet]. 2015;2(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4768590/>
31. A.D. Peligro en la cama: ojo con el stealthing. La voz [Internet]. 2019 Ene 30; Disponible en: <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/peligro-en-cama-ojo-con-stealthing>
32. Ley Orgánica del Código Penal. Ley 10/1995, de 23 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 281 (24/11/1995).
33. Brodsky A. “Rape-Adjacent”: Imagining Legal Responses To Non consensual Condom Removal. Columbia J Gend Law [Internet]. 2017;183(2):183–210. Disponible en: <http://perma.cc/F4H2-8UFR>
34. Fernández Dávila P. Generalitat de Catalunya. Escuchando las voces de un grupo de hombres gays y bisexuales de la ciudad de Barcelona que practican ChemSex. 2017; Disponible en: [http://www.cruzroja.es/pls/portal30/docs/PAGE/CRJ/BOLET%CDN%20CRUZ%20ROJA%20JUVENTUD/LISTADO%20BOLETINES%20CRJ2017/BOLET%CDN%20CRUZ%20ROJA%20JUVENTUD%20N%BA%20387/ESTUDIO%20CONSUMO%20DE%20DROGAS%20Y%20SU%20RELACION%20CON%20EL%20SEXO%20\(RESUMEN%20EJECUTIVO\).PDF](http://www.cruzroja.es/pls/portal30/docs/PAGE/CRJ/BOLET%CDN%20CRUZ%20ROJA%20JUVENTUD/LISTADO%20BOLETINES%20CRJ2017/BOLET%CDN%20CRUZ%20ROJA%20JUVENTUD%20N%BA%20387/ESTUDIO%20CONSUMO%20DE%20DROGAS%20Y%20SU%20RELACION%20CON%20EL%20SEXO%20(RESUMEN%20EJECUTIVO).PDF)
35. Serie de Boletines Técnicos. Selección serológica de la pareja sexual (serosorting) y posicionamiento estratégico [Internet]. 2014. p. 1–5. Disponible en: https://msmgf.org/files/msmgf/documents/TechBulletins/SP/05_MSMGF_Serosorting_hr.pdf
36. World Health Organization. Prevention and treatment of hiv and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people [Internet]. 2014. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44619>
37. D. P. Bareback, Chemsex y otras prácticas sexuales de alto riesgo. 20 minutos [Internet]. 2017 Jun 26; Disponible en: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD41957.pdf>

38. Asociación Popular de Universidades Regionales de Extremadura. Fundamentación teórica ITS [Internet]. p.18–48. Disponible en: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd0712.pdf>
39. SEIMC. Documento De Consenso Sobre Diagnóstico Y Tratamiento De Las Infecciones De Transmisión Sexual [Internet]. 2017;(Marzo). Disponible en: <https://seimc.org/contenidos/gruposdeestudio/geits/pcientifica/documentos/geits-dc-ITS-201703.pdf>
40. Adoración Bejarano López M, Común Artieda A. Infecciones de transmisión sexual en el adolescente, lo que el pediatra de Primaria debe saber. 2018;201–7. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/201-207_infecciones_transmision_sexual.pdf
41. Center of Disease Control. Sífilis: Hoja informativa. 2017; Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/spanish/sifilis/Syphilis-FS-Sp-July-2017.pdf>
42. Center of Disease Control. Gonorrea: Hoja informativa. 2014; Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/spanish/gonorrea/gonorrea-factsheet-sp-april-2014.pdf>
43. Cáceres K. Informe Anual 2016 Situación epidemiológica de gonorrea (CIE 10: A54). Rev Chil infectología. 2018;35(4):403–12. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v35n4/0716-1018-rci-35-04-0403.pdf>
44. Center of Disease Control. Chlamydia: Hoja informativa. 2014; Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/spanish/clamidia/chlamydia-factsheet-sp-april-2014.pdf>
45. Generalitat de Catalunya. Infección por Trichomonas. 2016; Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1487/infecio_tricomones_2012_cas.pdf?sequence=2&isAllowed=y
46. Center of Disease Control C. La tricomoniasis. 2015; Disponible en: https://www.cdc.gov/std/spanish/tricomoniasis/sp_trichom_final_508.pdf
47. Organización Mundial de la Salud. VIH/SIDA. 2018. Disponible en: https://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
48. Organización Mundial de la Salud. VIH/SIDA. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
49. Chueca. Conoce el Bugchasing, la peligrosa práctica sexual que juega con el VIH [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.chueca.com/articulo/conoce-el-bugchasing-la-peligrosa-practica-sexual-que-juega-con-el-sida>
50. Pareja-Bezares A, Méndez-Díez C. La infección por el virus del papiloma humano. FMC - Form Médica Contin en Atención Primaria [Internet]. 2009;13(6):271–8. Disponible en: http://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2016/10/Infeccion_AEPC def.pdf
51. Organización Mundial de la Salud. Virus del papiloma humano (VPH). 2017. Disponible en: <https://www.who.int/immunization/diseases/hpv/es/>
52. Organización Mundial de la Salud. Hepatitis B. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
53. Centro Nacional de Epidemiología. Una visión general de la Hepatitis B [Internet]. 2016;24(4). Disponible en: <http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/977/1196>

54. Organización Mundial de la Salud. Hepatitis C. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
55. Poma PA. Hepatitis viral C. An la Fac Med [Internet]. 2013;72(4):277. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1082>
56. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
57. Instituto Nacional de Estadística. INE. [pág web]. 2018. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e301/nacim/a2017/I0/&file=01002.px>
58. Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Ley 2/2010, de 3 de marzo. Boletín Oficial del Estado, nº55 (04/03/2010).
59. Lete Lasa I. Embarazo en la adolescencia. Man Salud Reprod en la Adolesc [Internet]. 2014;8:17–35. Disponible en: <http://sitios.dif.gob.mx/cenddif/wp-content/uploads/2017/03/EMBARAZO-EN-LA-ADOLESCENCIA.pdf>
60. Fallis A. Violencia de género en población adolescente [Internet]. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. 2013. P.1689–1699. Disponible en: <http://www.diputacionalicante.es/es/LaDiputacion/GabineteDeComunicacion/Multimedia/Publicaciones/Documents/previs-guia-violencia-jovenes-CAS.pdf>
61. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer. 2017. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
62. Martínez Dorado A, García Dauder S, Velasco Furlong L. Análisis de situaciones y perfiles de riesgo respecto al sexismo y la violencia de género en los adolescentes españoles. Electron J Res Educ Psychol [Internet]. 2019;16(46):703. Disponible en: <http://ojs.ual.es/ojs/index.php/EJREP/article/view/2242/2736>
63. María D, Díaz-Aguado J, María J, Carvajal Gómez I. Contra La Violencia De Género. Documentos Colección Igualdad Y Prevención De La Violencia De Género En La Adolescencia [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/va/ssi/violenciaGenero/publicaciones/colecciones/PDFS_COLECCION/libro8_adolescencia.pdf
64. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género; 2018. [citado 20 may 2019]. Disponible en: <http://estadisticasviolenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/>
65. Vague Cardona E. Universidad Internacional de Valencia. Los adolescentes piensan que la violencia de género no es algo que afecte a su generación [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.universidadviu.es/las-adolescentes-piensen-la-violencia-genero-no-algo-afecte-generacion/>
66. Peris Hernández M, Maganto Mateo C, Kortabarria Cortázar L. Autoestima corporal, publicaciones virtuales en las redes sociales y sexualidad en adolescentes. Eur J Investig Heal Psychol Educ [Internet]. 2013;3(2):171–80. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=4519140>

67. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Sexualidad: la importancia de la autoestima. 2016. Disponible en: https://www.janela-abierta-familia.org/sites/janela-abierta-familia.org/files/es/pdf_videos/sexualidad_importancia_autoestima_09_04_14.pdf
68. Otero MC, Lameiras M, Rodríguez Y. Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias sin trastornos alimentarios. *Int J Clin Heal Psychol* ISSN 1697-2600 2004, pp 357-370. 2004; 4:357-70. Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-112.pdf
69. Real Academia española. 2018. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=B58litz>
70. Moya Garófano A. Cosificación de las mujeres: análisis de las consecuencias psicosociales de los piropos [Internet]. 2016. Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/43577/26117484.pdf?sequence=6&isAllowed>
71. Sáez G, Valor-Segura I, Expósito F. ¿Empoderamiento o Subyugación de la Mujer? Experiencias de Cosificación Sexual Interpersonal. *Psychosoc Interv* [Internet]. 2014;21(1):41-51. Disponible en: <http://journals.copmadrid.org/pi/article.php?id=03255088ed63354a54e0e5ed957e9008>
72. Hernando CG, Bolaños JRS. Preservativos y prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Enferm docente* [Internet]. 2012; 97:4-8. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-97-03.pdf>
73. Bolaños-Gutiérrez MR. Barreras para el acceso y el uso del condón desde la perspectiva de género. *Horiz Sanit* [Internet]. 2019;18(1):67-74. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v18n1/2007-7459-hs-18-01-67.pdf>
74. Asociación Española de Pediatría. Calendario de Vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría. Razones y bases de las recomendaciones [Internet]. 2018;1-52. Disponible en: <https://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/calvac-aep-2018-razones-y-bases.pdf>
75. American Cancer Society. Vacunas contra el VPH ¿Qué es el VPH? [Internet]. 2016;1-7. Disponible en: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/7605.pdf>
76. Centers for Disease Control and Prevention. Vaccine information statement: HPV (human papillomavirus) vaccine [Internet]. 2016;1-2. Disponible en: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/hpv.pdf>
77. Vargas-Hernández VM, Ferrer-Arreola LP, Tovar-rodríguez JM, Macías-Heredia MT. Anticoncepción de emergencia [Internet]. 2016;83(4):148-56. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2016/ju164f.pdf>
78. Organización Mundial de la Salud. Anticoncepción de urgencia. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>
79. Ley Orgánica de Educación. Ley 2/2006, de 3 de mayo. Boletín Oficial del Estado, nº 106 (04/05/2006).
80. Sánchez López F. Sexualidad en la adolescencia ¿Y qué podemos hacer con los adolescentes los diferentes agentes educativos? [Internet]. 2014; 5:24-34. Disponible en: https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/24-34_Sexualidad_en_la_adolescencia.pdf