

Caracterización de las relaciones sexuales adolescentes*

Nathalia Santarato^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-2078-9243>

Nayara Gonçalves Barbosa³

 <https://orcid.org/0000-0003-3646-4133>

Anderson Lima Cordeiro da Silva¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6777-0622>

Juliana Cristina dos Santos Monteiro⁴

 <https://orcid.org/0000-0001-6470-673X>

Flávia Azevedo Gomes-Sponholz⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-1540-0659>

Destacados: **(1)** Análisis de la secuencia y tiempo de inicio de las relaciones sexuales, evidenciando la diversidad de las actividades sexuales realizadas por los adolescentes. **(2)** Contexto familiar, poca disposición al diálogo y su correlación con el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes. **(3)** Hábitos de comportamiento: relación entre el consumo de alcohol, tabaco y drogas por los adolescentes con las actividades sexuales.

Objetivo: caracterizar las relaciones sexuales de los adolescentes y su relación con las variables sociodemográficas, fuentes de información y hábitos de comportamiento. **Método:** estudio descriptivo, observacional y transversal, realizado con 85 adolescentes de escuelas primarias y secundarias públicas de un municipio del estado de São Paulo. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario estructurado, autoadministrado y anónimo. El análisis estadístico se realizó mediante la prueba de χ^2 y la prueba de Fisher. **Resultados:** el 21,2 % inició su vida sexual a través del sexo oral, con predominio del sexo femenino (94,4 %), y siendo autodeclarados pardos (55,0 %). Las relaciones sexuales con penetración vaginal fueron reportada en 31,8% y con una edad media de inicio de 14,5 años. Predominó el sexo femenino (77,0%) y siendo autodeclaradas pardas (40,0%). La práctica de sexo anal se detectó en el 7,1%, con una edad media de 14,4 años, prevaleciendo el sexo femenino (83,3%) y siendo autodeclarados negros (50,0%). Hubo correspondencia entre el uso de alcohol, drogas y tabaco con las relaciones sexuales ($p < 0,05$). **Conclusión:** se detectó una diversidad de relaciones sexuales asociadas al uso de sustancias psicoactivas, destacando la importancia del papel del enfermero en la planificación y realización de reuniones conjuntas sobre educación sanitaria con adolescentes y familias.

Descriptor: Salud del Adolescente; Salud Reproductiva; Educación en Salud; Enfermedades de Transmisión Sexual; Uso de Sustancias; Enfermería de Atención Primaria.

* Este artículo hace referencia a la convocatoria "La salud del adolescente y el papel de la(o) enfermera(o)". Editado por la Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. La publicación de este suplemento contó con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Los artículos se han sometido al proceso estándar de revisión por pares de la revista para suplementos. Las opiniones expresadas en este suplemento son exclusivas de los autores y no representan las opiniones de la OPS/OMS.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Becaria de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Proceso: 2019/11185-8, Brasil.

³ Universidade Federal de Juiz de Fora, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Minas Gerais, Brasil.

⁴ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Santarato N, Barbosa NG, Silva ALC, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz FA. Characterization of adolescent sexual practices. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2022;30(spe):e3711. [Access ]; Available in: 
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.6289.3711>

Introducción

La adolescencia es una fase intermedia del desarrollo humano que comprende la segunda década de la vida. En Brasil, el Ministerio de Salud considera la adolescencia en el mismo grupo de edad que el indicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que corresponde al rango entre 10 y 19 años⁽¹⁾.

Esta fase está rodeada de dudas e inquietudes, especialmente con respecto a las opciones actuales, las perspectivas para el futuro y el autocuidado. La adolescencia es un período marcado por una mayor autonomía, inmadurez social y conductas peligrosas que pueden repercutir en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, con un mayor riesgo de relaciones sexuales sin protección o planificadas, contraer infecciones de transmisión sexual (ITS), embarazos no deseados y abortos inseguros⁽²⁾.

Cuidar de la salud de los adolescentes en un abordaje integral es un verdadero desafío, ya que se trata de un grupo en constante cambio, alcanzando autoconciencia y percepción de su inserción en la sociedad⁽¹⁾. Se espera que los adolescentes tengan acceso universal a servicios y acciones de salud sexual y reproductiva, incluyendo planificación familiar e información de calidad sobre educación sexual⁽³⁾. La educación sexual es fundamental para que los adolescentes adquieran información confiable sobre sexualidad, salud sexual y relaciones seguras. Dotados con esta información y reconociendo la presencia o ausencia de una red de apoyo formada por figuras adultas de referencia (familiares, docentes y/o profesionales sanitarios), los adolescentes son capaces de comenzar las relaciones sexuales de manera segura y vivir la sexualidad de manera saludable.

Existen situaciones que afectan la salud sexual de los adolescentes e interfieren desfavorablemente en el inicio seguro de la vida sexual, como el estilo de vida precario, las inequidades de género, el silenciamiento, la negación de los derechos sexuales, la mala calidad de la información y las desigualdades sociales y económicas. Estas situaciones exigen una reflexión por parte de los adultos y un abordaje multidisciplinario en cuanto a la oferta de actividades sanitarias efectivas y duraderas que tengan sentido para el adolescente y le permitan desarrollar una autonomía sobre su cuidado⁽⁴⁾.

El inicio precoz de la vida sexual (antes de los 15 años) se relaciona con conductas sexuales de riesgo, con mayores posibilidades de exponer a los adolescentes a contraer ITS, tener más parejas sexuales, hacer uso inconsistente de métodos anticonceptivos, quedar embarazada sin deseado y tener sexo con grupos de riesgo. Las relaciones sexuales sin protección conllevan peligros para los adolescentes, como contraer ITS⁽⁵⁾ y el embarazo adolescente, que representan un problema de salud pública multidimensional. Así, es

necesario comprender la naturaleza multicausal involucrada en la salud sexual de los adolescentes para proponer acciones acordes con la realidad y sensibles a sus especificidades⁽⁶⁾.

Según la Encuesta Nacional de Salud Escolar (PeNSE), cerca del 28,0% de los escolares brasileños de 9º grado de la enseñanza primaria (edad media de 14 años) ya tuvieron relaciones sexuales⁽⁷⁾. Entre los adolescentes sexualmente activos, 24,7-30,8% informaron que no utilizaron preservativo en su última relación sexual^(5,7). En Brasil, el porcentaje de nacimientos de madres adolescentes es de aproximadamente 17,5%, con una distribución espacial heterogénea en el territorio, especialmente en regiones con bajos índices de desarrollo humano, lo que pone de manifiesto las graves desigualdades regionales del país y la perpetuación de ciclos intergeneracionales de pobreza⁽⁸⁾.

Ante este escenario, se planteó la siguiente pregunta: ¿qué factores influyen en las relaciones sexuales de los adolescentes?. Yendo en esa dirección, el presente estudio tuvo como objetivo caracterizar las relaciones sexuales de los adolescentes y su asociación con variables sociodemográficas, fuentes de información y hábitos de comportamiento. Los resultados de este estudio pueden ayudar a comprender las relaciones sexuales de los adolescentes y orientar estrategias sobre actividades de educación sanitaria en la escuela y en la comunidad.

Método

Tipo de estudio

Se trata de un estudio epidemiológico observacional con corte transversal y abordaje cuantitativo, realizado con 85 adolescentes reclutados secuencialmente en dos escuelas públicas estatales del municipio de Ribeirão Preto-SP, en 2019 y 2020.

El presente estudio forma parte de un proyecto mayor de investigación titulado "Prácticas sexuales de los adolescentes en escuelas públicas de Ribeirão Preto-SP: prevalencia, factores de riesgo y determinantes sociales", siendo desarrollado científicamente y financiado por la agencia FAPESP Proceso n. 2019/11185-8.

Lugar de la recolección de datos

La recolección de datos se hizo en dos escuelas públicas estatales de la ciudad de Ribeirão Preto-SP. La 1ª escuela fue elegida de entre otros centros docentes públicos del municipio por ser un campo de análisis empírico para poder ejecutar distintas actividades de investigación y ser una extensión del grupo de pesquisa del que participaban las autoras. Debido a este contacto previo, tuvimos una respuesta participativa

de los estudiantes y docentes. Para elegir la 2ª escuela se buscó similitud de población, número de alumnos y nivel socioeconómico con el 1ª centro. La coordinación docente de la 1ª participó en la identificación y articulación con la 2ª. Posteriormente, se presentó el proyecto de investigación a la dirección de la 2ª escuela y se otorgó autorización para continuar con la recolección de datos.

Población y muestreo

La población de referencia estuvo constituida por todos los adolescentes que cursaban la enseñanza primaria y secundaria de las dos escuelas, independientemente del grado, siempre que su edad coincidiera con la definida por la OMS y el Ministerio de la Salud⁽¹⁾. Los participantes fueron seleccionados según un muestreo por conveniencia y con base en los criterios de inclusión: adolescentes matriculados en la enseñanza primaria o secundaria y con edad entre 10 y 19 años.

Recolección de datos

Siguiendo la forma de reclutamiento utilizada en una similar investigación anterior⁽⁹⁾, primero se realizó un acuerdo entre las investigadoras y las directoras de las escuelas. A partir de ahí, las investigadoras procedieron a una serie de visitas a los centros docentes al final de las clases y con los alumnos aún en el aula, para presentar el proyecto a los adolescentes. Los potenciales participantes, identificados a través de los criterios establecidos, fueron invitados a participar en el proceso, informados de que debían llevar el "Formulario de Consentimiento Libre, Voluntario y Consciente" (FCI) a sus padres o tutores para que autorizaran su participación en la investigación. Después de conocer el estudio y los aspectos éticos, los adolescentes que regresaron con el consentimiento firmado y aceptaron participar también firmaron el documento de Consentimiento Informado (TALE). Si se identificaba al posible participante como mayor de 18 años, se le daba el "Formulario de Consentimiento Libre, Voluntario y Consciente".

La recolección de datos fue realizada por una sola persona, llevándose a cabo en las propias escuelas, en las salas designadas por la dirección durante el horario escolar y con una duración media de 20 minutos. De esta forma, se garantizó que todos los datos fueran recolectados de la misma manera, siguiendo la misma percepción de lo que se estaba recolectando. La investigadora permaneció en el mismo ambiente que el adolescente durante el proceso, para certificarse de que no hubiera dudas por parte de los participantes sobre lo que se preguntaba.

Para la recolección de datos se utilizó un instrumento desarrollado y basado en las directrices que orientan

las buenas prácticas en la realización de estudios observacionales⁽¹⁰⁾, concebido por la propia experiencia profesional de los autores, y con fundamento en publicaciones científicas nacionales e internacionales sobre el tema de los factores de riesgo⁽⁹⁾, las relaciones sexuales⁽¹¹⁾ y los hábitos de los adolescentes^(5,7,11), y así dotarse de una base para la obtención de los objetivos. Se trata de un cuestionario autoadministrado, semiestructurado y anónimo, en forma de lista de cotejo (checklist), que contiene 33 preguntas divididas en cinco bloques estructurados. La presente parte del proyecto, no se empleó el quinto bloque, se refiere a los métodos anticonceptivos. El primer bloque contiene siete preguntas que abordan los datos sociodemográficos de los participantes y familiares y sobre las condiciones de la vivienda. El segundo bloque contiene seis ítems sobre hábitos y comportamientos de los adolescentes y las interacciones familiares. El tercer bloque contiene 12 ítems que abordan la información sobre educación sexual (familia y escuela), y el cuarto bloque contiene ocho preguntas sobre la sexualidad del adolescente.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Las variables analizadas fueron: variables sociodemográficas (edad en años, sexo, declaración de color de la piel/raza, trabajo actual, ubicación, tipo y material de la vivienda y si la familia es propietaria o no del inmueble); variables del contexto familiar (residiendo con los padres y la convivencia con ellos, edad de la madre en el primer embarazo, disposición en el ámbito familiar para la orientación y conversación sobre sexualidad); variables de comportamiento (consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, drogas ilícitas y, en caso de consumo, la edad de inicio); variables referidas a las fuentes de información (frecuencia y personas/fuente – padres, familiares, docentes, internet o amigos); aspectos de la sexualidad (orientación sexual, edad del primer beso, situación de la relación, inicio de la actividad sexual, tipo de relación sexual realizada – oral, vaginal y/o anal, y número de parejas).

Procesamiento y análisis de datos

Se construyó una base de datos con la ayuda del software Excel, en la que se introdujeron las variables del estudio, según las respuestas al cuestionario. Se utilizaron tres hojas de cálculo digitales, una para la primera digitación, otra para la segunda digitación y la tercera para el diccionario de codificación y descodificación de las variables. Para garantizar la calidad y fiabilidad del proceso de tipeo, se capacitó a dos mecanógrafos para ejecutar el trabajo, sometiendo los datos a doble digitación. Este procedimiento permitió comparar entre

ambos la información para verificar inconsistencias, las cuales se corrigieron cuando se detectaron errores.

Los datos de este estudio fueron sometidos a análisis descriptivos y comparativos, usando el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) v.17.0 para Windows. Para el análisis estadístico descriptivo de los datos de aspecto reproductivo se analizaron las variables continuas en forma de medidas de tendencia central y dispersión, empleando la prueba T de Student para muestras independientes. Las variables categóricas se analizaron como frecuencias absolutas y relativas, mediante la prueba de chi-cuadrado; los métodos de análisis también se basaron en la relación entre la edad de los participantes y la edad de inicio de la vida sexual, las cuales fueron descritas mediante estadística descriptiva simple a través de la media, desviación estándar y conteo.

Aspectos éticos

Todos los participantes contaban con la autorización de sus padres o tutores para participar del estudio indicado en el TCLE. A partir de ahí, se leyó el TALE y los objetivos de la investigación junto con cada participante. A los adolescentes se les garantizó la confidencialidad y libertad de querer participar o no, así como de retirarse en cualquier momento sin ningún perjuicio en relación a su vida escolar. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación (CEP) vinculado al Comité Nacional de Ética en Investigación del Consejo Nacional de Salud (CONEP/CNS), con protocolo de Certificado de Identificación de Evaluación Ética (CAAE) n. 04953218.5.0000.5393.

Resultados

El estudio contó con la participación de 85 adolescentes, entre los estudiantes del 7º año de la educación primaria y el 3º año de la educación secundaria. De este total, 44 pertenecían a la 1ª escuela y 41 alumnos a la 2ª. La edad media de los participantes fue de 14 años \pm 2,3. La mayoría de los participantes eran mujeres (n=60; 70,6%), siendo autodeclarados pardos y negros (n=53; 62,3%) y raza caucásica (n=28; 32,8%). En cuanto al ejercicio de actividad remunerada, 10 (11,8%) dijeron trabajar o haber trabajado alguna vez en la vida, con una edad media de ingreso al trabajo de 12,3 años \pm 3,0). En relación con la vivienda, 82 participantes (96,5%) dijeron vivir en zona urbana, siendo lo más predominante el inmueble propio de la familia (n=62; 72,9%).

Referente a la constitución familiar, 45 (52,9%) tienen a sus padres viviendo con ellos en la misma casa,

y 38 (44,7%) dijeron que sus madres tuvieron su primer embarazo cuando tenían menos de 19 años. En cuanto al ambiente familiar, se encontró que 34 (40,0%) relataron un ambiente cerrado/muy cerrado; 26 (30,6%) ni abierto ni cerrado y 19 (22,3%) abierto/muy abierto para establecer un diálogo, siendo que 6 (7,1%) no sabían qué responder.

En cuanto a los hábitos de comportamiento, 44 adolescentes (50,6%) dijeron que ya ingerían bebidas alcohólicas, comenzando con una edad que oscila entre los 7 y 17 años y una media de 13,5 años \pm 1,78. En relación al hábito de fumar, 12 (13,8%) relataron haber tenido contacto con el tabaco, y 16 (18,4%) únicamente habían tenido contacto con drogas.

La mayoría de los adolescentes (n=69; 81,2%) relató haber recibido información sobre sexualidad en la escuela, 72 (84,7%) recibieron información sobre IST también en el centro docente y 74 (87,0%) recibieron información sobre el embarazo.

En cuanto a la orientación sexual, 47 (55,3%) participantes reportaron ser heterosexuales, 24 (28,2%) bisexuales, 2 (2,3%) homosexuales, mientras que 12 (14,1%) no supieron que responder o no consideraron ninguna de las opciones. Mientras que el estado de los relacionamientos, 18 (21,2%) informaron estar en una relación seria y 14 (16,5%) estaban saliendo con alguien.

La mayoría de los adolescentes 77 (88,5%) relató haber besado en la boca, con una edad media de 11,60 años \pm 2,4, variando de 6 a 17 años. La Tabla 1 muestra los tipos de relaciones sexuales, considerando el sexo oral y penetración entre los participantes por sexo, con declaración de color de la piel/raza, trabajo y tipo de vivienda. Del total de adolescentes participantes del estudio, 29 (34,1%) dijeron haber practicado sexo con penetración (vaginal, anal o ambas), otros 18 (21,2%) adolescentes reportaron haber practicado sexo oral, lo que constituye un escenario del 55,3% de adolescentes que tuvieron algún tipo de relación sexual. La práctica de sexo vaginal fue relatada por 27 (31,8%) participantes, con edad media de inicio de 14,5 años \pm 1,26, variando entre 12 y 17 años. Fue predominante el sexo femenino (n=21; 77%) y siendo autodeclarados pardos (n=11; 40%). La práctica de sexo anal fue relatada por 6 (7,1 %) de los participantes, con edad media de inicio de 14,4 años \pm 2,0) con rango entre 12 y 17 años, del sexo femenino (n=5; 83,3 %) y siendo autodeclarados negros (n=3; 50%). De los 18 (21,2%) adolescentes que informaron haber practicado sexo oral, 17 (94,4%) eran del sexo femenino (p=0,0090) y 10 (55%) siendo autodeclarados pardos (Tabla 1).

Tabla 1 – Características sociodemográficas referentes a las relaciones sexuales (sexo oral y sexo con penetración) en dos escuelas públicas (n=85). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019-2020

| Variable | Sexo oral | | | Sexo con penetración | | |
|--------------------------------------|------------|--------------|------------------|----------------------|-----------|---------------|
| | n (%) | n (%) | p valor | n (%) | n (%) | p valor |
| | No | Sí | | No | Sí | |
| Sexo | n=67 | n=18 | | n=56 | n=29 | |
| Femenino | 41 (70,7) | 17 (29,3) | 0,0090* † | 36 (62,1) | 22 (37,9) | 0,3270† |
| Masculino | 25 (96,2) | 1 (3,8) | | 19 (73,1) | 7 (26,9) | |
| Edad media | 14 (12,15) | 15.5 (15,17) | 0,0010 | 13,6 (2,2) | 15.3 (2) | 0,0010 |
| Declaración de color de la piel/raza | | | | | | |
| Caucásica | 24 (85,7) | 4 (14,3) | | 22 (78,6) | 6 (21,4) | |
| Negra | 16 (80) | 4 (20) | 0,2660‡ | 12 (60) | 8 (40) | 0,3180‡ |
| Pardo | 21 (67,7) | 10 (32,3) | | 18 (58,1) | 13 (41,9) | |
| Amarilla | 05 (100) | - | | 04 (80) | 1 (20) | |
| Trabajando | | | | | | |
| Sí | 7 (70) | 3 (30) | 0,4350‡ | 4 (40) | 6 (60) | 0,0830‡ |
| No | 60 (80) | 15 (20) | | 52 (69,3) | 23 (30,7) | |
| Vivienda | | | | | | |
| Propia | 46 (76,7) | 14 (23,3) | 0,4510‡ | 42 (70) | 18 (30) | 0,2150‡ |
| Alquilada | 21 (84) | 4 (16) | | 14 (56) | 11 (44) | |
| Calle | | | | | | |
| Asfaltada | 58 (77,3) | 17 (22,7) | 0,6760‡ | 48 (64) | 27 (36) | 0,4880‡ |
| Tierra | 8 (88,9) | 1 (11,1) | | 7 (77,8) | 2 (22,2) | |

*p≤0,05; †Prueba Chi-Cuadrado de Pearson; ‡Prueba exacta de Fisher

Se identificó que la práctica del sexo oral y sexo con penetración se relaciona a una menor búsqueda de información en la familia; mientras que los adolescentes que realizaban sexo oral buscaron información con los profesionales sanitarios. Sin embargo, esta relación no fue detectada en el análisis del sexo con penetración (Tabla 2).

Tabla 2 – Fuentes de información sobre educación sexual para los adolescentes que iniciaron relaciones sexuales (sexo oral y sexo con penetración) en dos escuelas públicas (n=85). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019-2020

| Variable | Sexo oral | | | Sexo con penetración | | |
|---------------------|-----------|-----------|------------------|----------------------|-----------|------------------|
| | n (%) | n (%) | p valor | n (%) | n (%) | p valor |
| | No | Sí | | No | Sí | |
| Padres/Responsables | n=67 | n=18 | | n=56 | n=29 | |
| Siempre | 14 (82,4) | 3 (17,6) | | 13 (76,5) | 4 (23,5) | |
| A veces | 27 (71,1) | 11 (28,9) | 0,3550† | 24 (63,2) | 14 (36,8) | 0,4920† |
| Nunca | 23 (85,2) | 4 (14,8) | | 16 (59,3) | 11 (40,7) | |
| Familiares | | | | | | |
| Siempre | 9 (81,8) | 2 (18,2) | | 6 (54,5) | 5 (45,5) | |
| A veces | 13 (56,5) | 10 (43,5) | 0,0070* ‡ | 11 (47,8) | 12 (52,2) | 0,0500* ‡ |
| Nunca | 41 (89,1) | 5 (10,9) | | 35 (76,1) | 11 (23,9) | |
| Televisión | | | | | | |
| Siempre | 3 (75) | 1 (25) | | 3 (75) | 1 (25) | |
| A veces | 15 (68,2) | 7 (31,8) | 0,2540‡ | 13 (59,1) | 9 (40,9) | 0,8500† |
| Nunca | 46 (83,6) | 9 (16,4) | | 36 (65,5) | 19 (34,5) | |

| Variable | Sexo oral | | | Sexo con penetración | | |
|--------------------------|-----------|----------|------------------|----------------------|-----------|---------|
| | n (%) | n (%) | p valor | n (%) | n (%) | p valor |
| | No | Sí | | No | Sí | |
| Profesionales Sanitarios | | | | | | |
| Siempre | 4 (44,4) | 5 (55,6) | | 4 (44,4) | 5 (55,6) | |
| A veces | 24 (75) | 8 (25) | 0,0100**† | 17 (53,1) | 15 (46,6) | 0,0620‡ |
| Nunca | 34 (89,5) | 4 (10,5) | | 29 (76,3) | 9 (23,7) | |
| Amigos | | | | | | |
| Siempre | 16 (66,7) | 8 (33,3) | 0,0620 | 12 (50) | 12 (50) | 0,0960 |
| A veces | 26 (76,5) | 8 (23,5) | | 22 (64,7) | 12 (35,3) | |
| Nunca | 20 (95,2) | 1 (4,8) | | 17 (81) | 4 (19) | |
| Internet | | | | | | |
| Siempre | 12 (66,7) | 6 (33,3) | | 11 (61,1) | 7 (38,9) | |
| A veces | 25 (78,1) | 7 (21,9) | 0,2140 | 21 (65,6) | 11 (34,4) | 0,8610 |
| Nunca | 28 (87,5) | 4 (12,5) | | 22 (68,8) | 10 (31,2) | |
| Profesores | | | | | | |
| Siempre | 8 (80) | 2 (20) | | 6 (60) | 4 (40) | |
| A veces | 22 (71) | 9 (29) | 0,4090 | 17 (54,8) | 14 (45,2) | 0,2520 |
| Nunca | 32 (84,2) | 6 (15,8) | | 28 (73,7) | 10 (26,3) | |

*p≤0,05; †Prueba Chi-Cuadrado de Pearson; ‡Prueba exacta de Fisher

Se constató una correlación entre las relaciones sexuales de los adolescentes (sexo oral y con penetración) y el uso de alcohol, tabaco y drogas (p<0,05), conforme se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3 – Hábitos de riesgo de los adolescentes vinculados a las relaciones sexuales (sexo oral y sexo con penetración) en dos escuelas públicas (n=85). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019-2020

| Variable | Sexo oral | | | Sexo con penetración | | |
|--------------------|-----------|-----------|------------------|----------------------|-----------|------------------|
| | n (%) | n (%) | p valor | n (%) | n (%) | p valor |
| | No | Sí | | No | Sí | |
| Consumo de alcohol | | | | | | |
| | n=67 | n=18 | | n=56 | n=29 | |
| No | 41 (95,3) | 2 (4,7) | | 35 (81,4) | 8 (18,6) | |
| Sí | 26 (61,9) | 16 (38,1) | 0,0010**† | 21 (50) | 21 (50) | 0,0020**† |
| Consumo de tabaco | | | | | | |
| No | 52 (83,9) | 10 (16,1) | | 45 (72,6) | 17 (27,4) | |
| Sí | 5 (41,7) | 7 (58,3) | 0,0040**† | 2 (16,7) | 10 (83,3) | 0,0010**† |
| Consumo de drogas | | | | | | |
| No | 58 (84,1) | 11 (15,9) | | 52 (75,4) | 17 (24,6) | |
| Sí | 9 (56,2) | 7 (43,8) | 0,0360**† | 4 (25) | 12 (75) | 0,0010**† |
| Tipo de droga | | | | | | |
| No consume | 57 (83,8) | 11 (16,2) | | 52 (76,5) | 16 (23,5) | |
| Una | 2 (33,3) | 4 (66,7) | 0,0160**† | 1 (16,7) | 5 (83,3) | 0,0010**† |
| Más de una | 8 (72,7) | 3 (27,3) | | 3 (27,3) | 8 (72,7) | |

*p≤0,05; †Prueba Chi-Cuadrado de Pearson; ‡Prueba exacta de Fisher

Discusión

Los datos de este estudio permitieron caracterizar el inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia, como el sexo oral, vaginal y anal, además de evaluar el entorno familiar, socioeconómico y de riesgo de los adolescentes, incluyendo el uso de sustancias como el alcohol, tabaco y drogas y su relación con el inicio de las prácticas sexuales.

En cuanto a la orientación sexual, aproximadamente un tercio de los adolescentes reportaron ser bisexuales y/u homosexuales. Los adolescentes pertenecientes a minorías sexuales mostraron una mayor condición de vulnerabilidad, estando más expuestos a factores de riesgo que aquellos que eran heterosexuales⁽¹²⁾. Estudios con adolescentes homosexuales y bisexuales detectaron mayor riesgo de contraer ITS, relaciones sexuales después del consumo de bebidas alcohólicas, relaciones sexuales sin protección, violencia, abuso sexual, embarazo adolescente, inicio precoz de las relaciones sexuales (<13 años), mayor número de parejas sexuales, empleo de drogas ilícitas, sustancias psicoactivas, síntomas de depresión y otros problemas de salud mental, además de falta de apoyo familiar y acoso escolar (*bullying*)⁽¹²⁻¹⁴⁾. Las necesidades y especificidades de este grupo poblacional merecen un comprometimiento de las políticas públicas y prácticas sanitarias.

Los comportamientos y relaciones sexuales más frecuentes observados en el presente estudio fueron los besos, seguido del sexo vaginal, oral y anal y una edad media de 14,5 años para el sexo con penetración. Estudios brasileños destacan que 25-47,3% de los adolescentes ya tuvieron relaciones sexuales^(5,7,9-10,15), con una media de inicio a los 14 años^(7,9). El presente estudio identificó una relación entre la práctica del sexo oral y ser un adolescente del sexo femenino, a diferencia de otro estudio brasileño que detectó una mayor prevalencia de esa práctica en adolescentes y jóvenes varones y la exclusiva práctica de la penetración vaginal más frecuente entre las mujeres⁽¹⁴⁾. Un estudio longitudinal holandés detectó tres trayectorias de desarrollo sexual en la adolescencia: i) trayectoria sexual no activa, adolescentes con menor participación en la actividad sexual; ii) trayectoria sexual gradualmente activa (lineal) con una progresión de las relaciones sexuales que evolucionan de menor a mayor contacto sexual; iii) y una trayectoria sexual activa rápida (no lineal), con adolescentes que muestran una evolución en las relaciones sexuales en un corto período de tiempo⁽¹⁶⁾. Este último está relacionado con factores sociales y se caracteriza predominantemente por el uso insostenible de métodos anticonceptivos, posiblemente debido al menor tiempo de reflexión sobre las relaciones⁽¹⁶⁾.

Un estudio realizado en Estados Unidos mostró que el 31,4% de las mujeres que realizaron por primera vez relaciones sexuales vaginales reportaron embarazo en

la adolescencia. Entre las mujeres que practicaban sexo vaginal y oral, de forma concomitante, 20,5% tuvieron embarazo adolescente, mientras que entre las mujeres que únicamente efectuaron relaciones urogenitales por primera vez apenas 7,9% relataron embarazo adolescente⁽¹⁷⁾. Posiblemente, iniciar relaciones sexuales urogenitales y con el intervalo de un año para cambiar el comportamiento, puede permitir que los adolescentes desarrollen mejores habilidades relacionadas con la planificación familiar y la capacidad de dialogar y tomar decisiones sobre anticonceptivos con sus parejas a medida que avanzan hacia relaciones sexuales vaginales⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Eso posiblemente esté en consonancia con los datos de la presente casuística, la cual encontró que los adolescentes que practicaban sexo oral buscaban más información relacionada a la educación sexual con los profesionales sanitarios.

La familia es el contexto ideal para la formación de los individuos, ya que es el principal medio para adquirir los valores necesarios para vivir en sociedad. Aunque los padres son más cercanos y tienen contacto regular con sus hijos⁽¹⁸⁾, al analizar la sexualidad, puede haber resistencia y crear barreras en la comunicación⁽¹⁹⁾. Tal situación puede influir para que los adolescentes busquen esa información con otros miembros de la familia, e incluso entre sus pares. Muchos padres pueden sentirse desprevenidos e incómodos al abordar el tema, debido al peso de las normas culturales y la religión⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. El abordaje de la sexualidad a menudo se da con un enfoque sobre los aspectos biológicos relacionados a la anticoncepción, prevención de las ITS y la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como las repercusiones educativas, económicas y de reputación del adolescente en la comunidad⁽¹⁹⁾, mostrando un carácter imponente y punitivo.

La falta de tolerancia familiar para el diálogo sobre la sexualidad en espacios donde el adolescente se siente seguro y acogido, le plantea una busca por la información que lo prepare para el inicio precoz de la vida sexual en lugares adversos. La bibliografía indica que en la sociedad urbana occidental contemporánea, los adolescentes tienen amplio contacto con referencias sobre el gran valor del sexo y la libertad sexual, a través de los medios de comunicación e internet⁽²⁰⁾. El aprendizaje sobre el cuerpo muchas veces ocurre de forma solitaria, con la búsqueda de información en redes sociales, revistas dirigidas a adolescentes y eventualmente en libros⁽²¹⁾, lo cual no fue encontrado en el presente estudio. Sin embargo, se sabe que el diálogo insuficiente sobre salud sexual entre padres y adolescentes es uno de los factores que contribuyen para altas tasas de embarazo adolescente y de ITS, incluida la infección por el VIH⁽¹⁹⁾. Cabe señalar que solo el ofrecimiento de información es incipiente para el fomento de conductas preventivas, convirtiéndose en relevante el continuo estímulo a la

reflexión, el pensamiento crítico y la concientización de los adolescentes sobre el autocuidado.

Hubo correlación entre las relaciones sexuales de los adolescentes (sexo oral y penetración) y el uso de alcohol, tabaco y drogas. Un estudio estadounidense mostró una mayor utilización del preservativo⁽²²⁾ entre los adolescentes, hombres y mujeres, que no consumían alcohol antes de la última relación sexual. Por otro lado, una encuesta brasileña mostró que estaban asociadas las relaciones sexuales sin protección a los adolescentes que consumían alcohol, drogas y tabaco⁽⁵⁾. Se observa que el consumo de tales sustancias está asociado al inicio precoz de las relaciones sexuales^(10,14), múltiples parejas sexuales^(14,23) y aumento de la probabilidad de relaciones sexuales sin protección^(5,14,22,24), con mayor riesgo de contraer ITS y VIH^(10,22,24-26), embarazo adolescente⁽²³⁾ y violencia sexual⁽²⁵⁻²⁶⁾. Se observa que hay un mayor consumo de drogas entre los adolescentes/jóvenes del sexo masculino, siendo la principal la marihuana, así como un aumento de la tendencia a tener relaciones sexuales después del consumo de drogas⁽¹⁴⁾.

En Brasil, la Ley n. 13.106 del 17 de marzo de 2015⁽²⁷⁾, tipifica como delito la venta de bebidas alcohólicas a niños y adolescentes, sin embargo, el consumo de alcohol es la sustancia psicoactiva más frecuentemente utilizada⁽²⁴⁾. Estas sustancias provocan efectos nocivos a la salud física, mental y social de los adolescentes, pudiendo incluso causar la muerte, además de repercusiones significativas en la vida adulta⁽²⁴⁾. En cuanto a la salud sexual y reproductiva, el consumo de alcohol y/o marihuana en la adolescencia está asociado a mayores conductas sexuales de riesgo con desenlaces perjudiciales en la edad adulta, como contraer ITS en adultos jóvenes, establecer múltiples parejas sexuales, relaciones sexuales sin protección y embarazos no deseados⁽²³⁾. En poblaciones homosexuales y bisexuales, existe un mayor consumo precoz de alcohol y tabaco en la adolescencia, y una relación con el abuso y dependencia de estas sustancias en la edad adulta⁽²⁸⁾. Además, el consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes está asociado a problemas escolares, incluyendo absentismo, abandono escolar, dificultades en la enseñanza y aprendizaje, además de violencia escolar^(24,29).

Frente a esta problemática, se destaca el papel central de la Atención Primaria de Salud (APS) y de los enfermeros en el fortalecimiento de las políticas públicas y en el uso de tecnologías en el cuidado de la atención sanitaria integral y humanizada de los adolescentes y sus familias, a partir del reconocimiento como individuos con derechos humanos, sexuales y reproductivos. En el nivel colectivo, se destacan las estrategias para fomentar la salud y prevención de la enfermedad, realizando prácticas sanitarias y educativas para lograr la toma de conciencia, sensibilización y la movilización, con el fin de incentivar a los individuos

a relacionarse, expresarse y gestionar comportamientos conscientes⁽³⁰⁾ de hacer elecciones que son más favorable a la salud y desarrollar la autonomía y el autocuidado en la prevención del embarazo no deseado, las ITS y aids; derecho a la salud sexual y reproductiva; prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; prevención de la violencia y estimular una cultura de paz y derechos humanos^(1,31).

En este contexto, surge la importancia de las acciones extramuros (fuera de los ambulatorios y hospitales), con la integración de los equipos sociales tales como escuelas y asociaciones, entre otros, además de la participación de los padres, familias y comunidad. En esa línea, se destaca el Plan de Educación para la Salud en la Escuela (PSE), instituido por el Decreto n. 6.286, del 5 de diciembre de 2007, que tiene por objeto la permanente integración y articulación de la educación y la salud con el propósito de ofrecer un abanico de acciones para la prevención, fomento y atención sanitaria de los niños, adolescentes y jóvenes en la educación primaria pública de Brasil⁽³²⁾. La realización de debates, rondas de conversación, talleres o círculos culturales representan estrategias docentes y metodologías pedagógicas que pueden ser utilizadas por los enfermeros a través de acciones en las escuelas. Esas técnicas posibilitan la participación activa de los adolescentes, además de impulsar su visibilidad, expresión y autonomía, contribuyendo para su formación crítica y reflexiva, así como para su empoderamiento⁽³⁰⁾.

De modo individual, se destaca el papel de la consulta de enfermería (CS), como estrategia tecnológica de asistencia, siendo una actividad incorporada a las acciones de los enfermeros en la atención primaria⁽³³⁻³⁴⁾, a partir de acciones sistematizadas que componen el proceso de enfermería, y que brindan autonomía y empoderamiento profesional, además de ser un espacio de atención sanitaria con potencial para ampliar el acceso y una resolución en la APS⁽³⁴⁾. La CE representa un espacio privilegiado para el fomento de la salud adolescente y familiar, además de identificar las principales quejas y demandas de los adolescentes, generalmente relacionadas con la salud sexual, cuestiones inherentes a la salud mental como la presencia de síntomas depresivos y la uso de sustancias psicoactivas⁽³⁵⁾.

En este momento, la acogida, escucha activa⁽¹⁾, confidencialidad⁽³⁵⁾ y la creación de vínculos⁽³⁶⁾ proporcionan una oportunidad de diálogo y aclaración de dudas^(1,36) para estimular reflexiones sobre la importancia de la estima y el placer en las relaciones afectivas, advirtiendo sobre las vulnerabilidades y situaciones de riesgo con relación a la violencia y/o explotación sexual⁽¹⁾, entre otras situaciones, según las necesidades sanitarias, especificidades, singularidades y vivencias del adolescente. Así, la CE permite que sean los protagonistas de sus elecciones⁽³⁶⁾, además de asesorarlos sobre unas

relaciones sexuales y sanitarias de forma responsable y segura. En todas las consultas, se recomienda el uso del preservativo interno y externo como práctica indispensable en la prevención del ITS e infección por VIH⁽¹⁾.

Asimismo, se destaca el papel de los enfermeros escolares en la creación y potenciación de espacios para impulsar la salud en la escuela, valorizando la educación sexual, la participación en la planificación y desarrollo de actividades curriculares en conjunto con docentes y coordinadores, además de la comunicación con los estudiantes, padres, familias y comunidad⁽³⁷⁾, asesoramiento en temas relacionados a la orientación sexual y asistencia a adolescentes pertenecientes a minorías sexuales y de género⁽³⁸⁾, identificación de niños y adolescentes en riesgo o víctimas de explotación sexual⁽³⁹⁾, así como la implementación de medidas para la prevención del consumo de alcohol, tabaco y drogas, y reconocimiento y orientación para realizar un tratamiento adecuado en los adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas⁽⁴⁰⁾.

El estudio tiene limitaciones por tratarse de una muestra de conveniencia. Sin embargo, los resultados contribuyen para las buenas prácticas en cuidados del enfermero, destacando la importancia de los hábitos de riesgo como el consumo de alcohol, tabaco y drogas y su relación con el inicio de las relaciones sexuales. El estudio también destacó la falta de diálogo con los familiares sobre el tema y la diversidad de relaciones sexuales realizadas por los adolescentes, sobre la importancia de reflexionar y de un abordaje en las cuestiones de género, orientación sexual y sus posibles implicaciones sanitarias en esta población. Los aspectos enumerados en este estudio demuestran puntos sensibles para la elaboración de acciones para el fomento de la salud y prevención de enfermedades y daños en los adolescentes.

Conclusión

Los resultados de este estudio permitieron describir la diversidad de relaciones sexuales entre los adolescentes, con predominio del sexo oral, seguido del sexo vaginal y anal con tendencia a un inicio precoz, la influencia del género y la relación del consumo de alcohol, drogas y tabaco con las actividades sexuales. Estos resultados enfatizan el papel de los enfermeros en la planificación y ejecución de actividades educativas y sanitarias dentro de la APS, en la integración con las escuelas, familia y comunidad en lo que se refiere al fomento, protección y cuidado integral de la salud del adolescente. Otra correlación fue el inicio de las relaciones sexuales seguras con el contexto familiar, esclareciendo que un ambiente familiar más acogedor y abierto al diálogo genera un impacto importante en el proceso de toma de decisiones

en tener una vida sexual más o menos seguras, siendo que tales prácticas necesitan ganar espacio en la elaboración de políticas públicas dirigidas a la salud de los adolescentes.

Agradecimientos

Al Grupo de Estudios e Investigaciones en Salud de la Mujer (GMulheres) de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo (USP).

Referencias

1. Ministério da Saúde (BR). Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica [Internet]. 2017 [cited 2022 Mar 19]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf
2. Leung H, Shek DTL, Leung E, Shek EYW. Development of Contextually-relevant Sexuality Education: Lessons from a Comprehensive Review of Adolescent Sexuality Education Across Cultures. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Feb 20;16(4):621. <https://doi.org/10.3390/ijerph16040621>
3. Decker MJ, Atyam TV, Zárate CG, Bayer AM, Bautista C, Saphir M. Adolescents' perceived barriers to accessing sexual and reproductive health services in California: a cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):1263. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07278-3>
4. Meiksin R, Campbell R, Crichton J, Morgan GS, Williams P, Willmott M, et al. Implementing a whole-school relationships and sex education intervention to prevent dating and relationship violence: evidence from a pilot trial in English secondary schools. *Sex Educ*. 2020;20(6):1-17. <https://doi.org/10.1080/14681811.2020.1729718>
5. Noll M, Noll PRES, Gomes JM, Soares JM Júnior, Silveira EA, Sorpreso ICE. Associated factors and sex differences in condom non-use among adolescents: Brazilian National School Health Survey (PeNSE). *Reprod Health*. 2020;17(1):139. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00987-8>
6. Maia ABB, Monte LMI, Sousa RFV, Silva AV, Cardoso DRF, Nascimento EF, et al. Protagonism of adolescents and young people in the prevention of their sexual health. *Res Soc Develop*. 2021;10(4):e20910414024. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14024>
7. Oliveira-Campos M, Nunes ML, Madeira FC, Santos MG, Bregmann SR, Malta DC, et al. Sexual behavior among Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17 Suppl 1:116-30. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400050010>
8. Zangiacomini Martinez E, da Roza DL. Ecological analysis of adolescent birth rates in Brazil: Association with Human

- Development Index. *Women Birth*. 2020;33(2):e191-e198. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.04.002>
9. Vieira KJ, Barbosa NG, Dionízio LDA, Santarato N, Monteiro JCDS, Gomes-Sponholz FA. Initiation of sexual activity and protected sex in adolescents. *Esc Anna Nery*. 2021;25(3):e20200066. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0066>
10. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. 2008;61(4):344-9.
11. Roman Lay AA, Fujimori E, Simões Duarte L, Vilela Borges AL. Prevalence and correlates of early sexual initiation among Brazilian adolescents. *PLoS One*. 2021;16(12):e0260815. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260815>
12. Jomar RT, Fonseca VAO, Ramos DO. Effects of sexual orientation-based bullying on feelings of loneliness and sleeping difficulty among Brazilian middle school students. *J Pediatr*. 2021;97(2):233-41. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.005>
13. Pampati S, Johns MM, Szucs LE, Bishop MD, Mallory AB, Barrios LC, et al. Sexual and Gender Minority Youth and Sexual Health Education: A Systematic Mapping Review of the Literature. *J Adolesc Health*. 2021;68(6):1040-52. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.09.032>
14. Wendland EM, Horvath JDC, Kops NL, Bessel M, Caierão J, Hohenberger GF, et al. Sexual behavior across the transition to adulthood and sexually transmitted infections: Findings from the national survey of human papillomavirus prevalence (POP-Brazil). *Medicine*. 2018;97(33):e11758. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011758>
15. Woolley NO, Macinko J. Association between sociodemographic characteristics and sexual behaviors among a nationally representative sample of adolescent students in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2019;35(2):e00208517. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00208517>
16. Dalenberg WG, Timmerman MC, van Geert PLC. Dutch Adolescents' Everyday Expressions of Sexual Behavior Trajectories Over a 2-Year Period: A Mixed-Methods Study. *Arch Sex Behav*. 2018;47(6):1811-23. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1224-5>
17. Reese BM, Haydon AA, Herring AH, Halpern CT. The association between sequences of sexual initiation and the likelihood of teenage pregnancy. *J Adolesc Health*. 2013;52(2):228-33. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.005>
18. Usonwu I, Ahmad R, Curtis-Tyler K. Parent-adolescent communication on adolescent sexual and reproductive health in sub-Saharan Africa: a qualitative review and thematic synthesis. *Reprod Health*. 2021;18(1):202. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01246-0>
19. Grossman JM, Pearce N, Richer AM. The Family System of Sexuality Communication: Extended Family Perceptions of Adolescent-Family Talk about Sex, with Sibling and Non-Sibling Comparison. *Sexes*. 2021;2(1):1-16. <https://doi.org/10.3390/sexes2010001>
20. Vieira KJ, Barbosa NG, Monteiro JCS, Dionízio LA, Gomes-Sponholz FA. Adolescents' knowledge about contraceptive methods and sexually transmitted infections. *Rev Baiana Enferm*. 2021;35:e39015. <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.39015>
21. Freitas MJD, Brêtas JRS. Sexual and reproductive rights: the challenge of exercising sexuality in adolescence. *Rev Bras Sexualidade Humana*. 2020;31:17-28. <https://doi.org/10.35919/rbsh.v31i2.679>
22. Shrier LA, Harris SK, Sternberg M, Beardslee WR. Associations of depression, self-esteem, and substance use with sexual risk among adolescents. *Prev Med*. 2001;33:179-89. <https://doi.org/10.1006/pmed.2001.0869>
23. Green KM, Musci RJ, Matson PA, Johnson RM, Reboussin BA, Ialongo NS. Developmental Patterns of Adolescent Marijuana and Alcohol Use and Their Joint Association with Sexual Risk Behavior and Outcomes in Young Adulthood. *J Urban Health*. 2017;94(1):115-24. <https://doi.org/10.1007/s11524-016-0108-z>
24. Malta DC, Machado IE, Felisbino-Mendes MS, Prado RRD, Pinto AMS, Oliveira-Campos M, et al. Use of psychoactive substances among Brazilian adolescents and associated factors: National School-based Health Survey, 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2018;21(suppl 1):e180004. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180004.supl.1>
25. Borawski EA, Tufts KA, Trapl ES, Hayman LL, Yoder LD, Lovegreen LD. Effectiveness of health education teachers and school nurses teaching sexually transmitted infections/human immunodeficiency virus prevention knowledge and skills in high school. *J Sch Health*. 2015;85(3):189-96. <https://doi.org/10.1111/josh.12234>
26. MacArthur GJ, Smith MC, Melotti R, Heron J, Macleod J, Hickman M, et al. Patterns of alcohol use and multiple risk behaviour by gender during early and late adolescence: the ALSPAC cohort. *J Public Health (Oxf)*. 2012;34 Suppl 1(Suppl 1):i20-30. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fds006>
27. Guimarães BEB, Aquino R, Prado NMBL, Rodrigues PVA. Excessive alcohol intake and dissatisfaction with body image among adolescents and young adults in a municipality in Bahia State, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2019;36(1):e00044919. <https://doi.org/10.1590/0102-311X044919>
28. Schuler MS, Collins RL. Early Alcohol and Smoking Initiation: A Contributor to Sexual Minority Disparities in Adult Use. *Am J Prev Med*. 2019;57(6):808-17. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.07.020>

29. Cruz JF, Lisboa JL, Zarzar PMPA, Santos CDFBF, Valença PAM, Menezes VA, et al. Association between cigarette use and adolescents' behavior. *Rev Saude Publica*. 2020;54:31. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001534>
30. Masson LN, Andrade LS, Gonçalves MFC, Santos BD, Silva MAI. Critical health education as a tool for the empowerment of school adolescents in the face of their health vulnerabilities. *Rev Min Enferm*. 2020;24:e-1294. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200023>
31. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação [Internet]. 2018 [cited 2022 Mar 19]. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>
32. Farias AL, Ferreira VA. Health at School Program: What do scientific productions in the area of education reveal? *Res Soc Develop*. 2021;10(5):e5610514605-e5610514605. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14605>
33. Bastos PO, Moreira JJ Junior, Norjosa MES, Vasconcelos MJC, Queiroz ML. Atuação do enfermeiro brasileiro no ambiente escolar: Revisão narrativa. *Res Soc Develop*. 2021;10(9):e31410918089. <http://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18089>
34. Garcia NP, Viana AL, Santos F, Matumoto S, Kawata LS, Freitas KD. The nursing process in postpartum consultations at Primary Health Care Units. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03717. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020005103717>
35. Lewis Gilbert A, McCord AL, Ouyang F, Etter DJ, Williams RL, Hall JA, et al. Characteristics Associated with Confidential Consultation for Adolescents in Primary Care. *J Pediatr*. 2018;199:79-84.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.02.044>
36. Abreu FRC, Galvão LHO, Sobral RKM, Silva WB, Silva JCB, Oliveira AGL, et al. Percepção das adolescentes sobre a consulta de Enfermagem na Atenção Básica de Saúde. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2020;12(5):e2988-e2988. <https://doi.org/10.25248/reas.e2988.2020>
37. Dickson E, Parshall M, Brindis CD. Isolated Voices: Perspectives of Teachers, School Nurses, and Administrators Regarding Implementation of Sexual Health Education Policy. *J Sch Health*. 2020;90(2):88-98. <https://doi.org/10.1111/josh.12853>
38. Terao R, Kaneko N. Survey of school nurses' experiences of providing counselling on sexual orientation to high school students in Japan. *Int J Adolesc Med Health*. 2020;33(6):551-3. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2019-0167>
39. Jaeckl S, Laughon K. Risk Factors and Indicators for Commercial Sexual Exploitation/Domestic Minor Sex Trafficking of Adolescent Girls in the United States in the Context of School Nursing: An Integrative Review of the Literature. *J Sch Nurs*. 2021;37(1):6-16. <https://doi.org/10.1177/1059840520971806>
40. Bourgault A, Etcher L. Integration of the Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment Screening Instrument Into School Nurse Practice. *J Sch Nurs*. 2022;38(3):311-7. <https://doi.org/10.1177/10598405211009501>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Nathalia Santarato, Nayara Gonçalves Barbosa, Juliana Cristina dos Santos Monteiro, Flávia Azevedo Gomes-Sponholz.

Obtención de datos: Nathalia Santarato, Nayara Gonçalves Barbosa, Juliana Cristina dos Santos Monteiro, Flávia Azevedo Gomes-Sponholz.

Análisis e interpretación de los datos: Nathalia Santarato, Nayara Gonçalves Barbosa, Anderson Lima Cordeiro da Silva, Juliana Cristina dos Santos Monteiro, Flávia Azevedo Gomes-Sponholz.

Análisis estadístico: Nathalia Santarato, Nayara Gonçalves Barbosa, Anderson Lima Cordeiro da Silva, Juliana Cristina dos Santos Monteiro, Flávia Azevedo Gomes-Sponholz.

Obtención de financiación: Nathalia Santarato, Nayara Gonçalves Barbosa.

Redacción del manuscrito: Nathalia Santarato, Nayara Gonçalves Barbosa, Anderson Lima Cordeiro da Silva, Juliana Cristina dos Santos Monteiro, Flávia Azevedo Gomes-Sponholz.

Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante: Nathalia Santarato, Nayara Gonçalves Barbosa, Anderson Lima Cordeiro da Silva, Flávia Azevedo Gomes-Sponholz.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 10.05.2022
Aceptado: 29.06.2022

Editora Asociada:
Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Copyright © 2022 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Nayara Gonçalves Barbosa

E-mail: nagbarbosa@ufjf.br

 <https://orcid.org/0000-0003-3646-4133>

Fe de Erratas

En el artículo "Caracterización de las relaciones sexuales adolescentes", con número DOI: 10.1590/1518-8345.6289.3710, publicado en la Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2022;30(spe):e3710, en la página 9:

Donde se leía:

sexo oral, seguido del sexo vaginal y anal

Leer:

sexo vaginal, seguido del sexo oral y anal

Copyright © 2022 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.