

SEXO SEGURO EN AMÉRICA

The background is a vibrant orange. The title 'SEXO SEGURO EN AMÉRICA' is written in large, bold, white, sans-serif capital letters. A large, semi-transparent red question mark is positioned to the right of the word 'EN'. The text is overlaid on a series of curved, overlapping lines in shades of red and yellow. A large, semi-transparent red circle is partially visible behind the word 'AMÉRICA'.

Infecciones sexuales, embarazo adolescente, efectividad del condón y mucho más sobre sexualidad, desde una perspectiva lógica y científica.

Rosario Laris MD, PhD.

SEXO SEGURO EN ? AMÉRICA

Rosario Laris MD, PhD.

Copyright © ISFEM 2019
Santiago, Chile
Todos los derechos reservados
Publicado en Santiago, Chile por ISFEM
Producido en Chile
Diseño de tapa: Lucas Sahli
Diseño: Maru Mazzini

ISBN (versión impresa) xxx-xxx-xxx-xx-x
ISBN (versión digital) xxx-xxx-xxx-xx-x
Registro de Propiedad Intelectual X-xxxxxx

Este libro está protegido por la Ley Chilena N°17.336 de la propiedad intelectual.
Por lo tanto, su contenido no puede ser copiado o distribuido por ningún medio sin el permiso expreso del autor. Sin embargo, los fragmentos pueden reproducirse, siempre que se mencione la fuente, el título y el autor.

Índice

Presentación	2
Capítulo 1. Sexualidad y relaciones sexuales	4
Capítulo 2. Relaciones sexuales y fertilidad	9
Capítulo 3. Visión actual de la sexualidad	16
Capítulo 4. Generalidades de las infecciones de transmisión sexual	20
Capítulo 5. Infecciones de transmisión sexual en América	28
Capítulo 6. Efectividad de condón	36
Capítulo 7. Prevención del VIH/SIDA	44
Capítulo 8. Características del adolescente	50
Capítulo 9. Riesgos del embarazo en la adolescencia	56
Capítulo 10. Anticoncepción y sus efectos	63
Capítulo 11. Aborto y sus consecuencias	70
Capítulo 12. Otras conductas de riesgo durante la adolescencia	79
Capítulo 13. Papel de los padres en la educación sexual de sus hijos	90
Capítulo 14. Sexo seguro y el valor de la espera	96
Capítulo 15. Reflexión final	101

Presentación

Relaciones sexuales, sexualidad y conductas sexuales son temas comunes que reiteradamente se tratan a través de los medios de comunicación impresos y electrónicos, sea noticias, contenidos de entretenimiento o publicidad.

Cada quien interpreta lo relativo a la sexualidad conforme a su entender, su formación y sus propias experiencias, pero en muchos casos no se tiene conocimiento claro de su alcance. La sexualidad es un componente fundamental en el desarrollo de cada persona.

Hablar de sexualidad puede ser delicado al considerarse un tema tabú, prohibido, del cual se habla solo en ciertas ocasiones. En el opuesto, existen otras posiciones y ambientes -hoy en auge- donde llega a ser algo tan impersonal, que la dimensión sexual pierde todo el sentido y relevancia que posee.

Sin embargo, la sexualidad es algo tan sustancial para el presente y futuro de cada persona que resulta encomiable tener acceso a información veraz y oportuna que ayude a comprender su belleza, implicaciones, complicidad y sus propios riesgos. Finalmente, darle un sentido trascendente a la sexualidad favorece el propósito de tomar decisiones correctas en el mediano y largo plazo para lograr una vida plena.

La sexualidad humana es una forma de expresión que involucra a la persona en su totalidad; es un elemento fundamental del ser humano. Se trata de una fuerza positiva y enriquecedora que constituye un aspecto de suma importancia en la vida de cada hombre y de cada mujer, que definirá rasgos de nuestro carácter y de nuestro sentir, pensar y actuar.

En ella concurren componentes que van más allá de lo biológico o físico, pues comprende una faceta emocional, intelectual y espiritual; que la diferencia radicalmente de la conducta animal. Es un componente básico de la personalidad humana, de nuestra capacidad de comunicarnos, relacionarnos y vivir el amor humano; que se manifiesta en la reciprocidad y la complementariedad.

Al percibir que la presencia de factores culturales y sociales influyen notablemente en las actitudes y conductas sexuales, el estudio y razonamiento de este tema se vuelve mucho más complejo. Reflexionar sobre la sexualidad humana en nuestro tiempo, implica necesariamente admitir que, frente a ésta existen numerosos problemas a los que se debe dar mejores respuestas.

En los ámbitos científicos, culturales y sociales del siglo XXI se generan varias interrogantes en torno a este tema, tales como: ¿cuál es el mejor momento para iniciar la vida sexual?, ¿qué implicaciones corporales y emocionales puede tener la actividad sexual?, ¿cómo prevenir de manera eficaz las infecciones sexuales?, ¿qué efectos podría tener el uso de hormonas

anticonceptivas?, ¿cómo prevenir el embarazo antes de tiempo?, ¿qué papel deben jugar los padres en la educación sexual de sus hijos?, ¿qué caracteriza al adolescente y cómo ayudarlo a tomar las mejores decisiones? y ¿cuál es el mejor modelo de convivencia familiar para lograr el mayor bienestar en los niños?, entre muchas otras.

Este trabajo pretende complementar con datos científicos, la reflexión lógica sobre numerosos temas de actualidad ligados íntimamente a la sexualidad. Procura aportar al lector información que le permita, con una actitud reflexiva y crítica, interiorizar el valor de la sexualidad en su vida, comprender la visión del mundo actual en esta materia, aplicar los conocimientos para la adecuada formación de sus hijos y revalorizar el cuidado y respeto que el cuerpo humano merece en su totalidad.

Capítulo 1

Sexualidad y relaciones sexuales

No se hace el amor... con el cuerpo se expresa el amor que ya existe.

El sexo es probablemente el tema que mayor interés despierta, y sobre el cual, existe gran desinformación en nuestra sociedad contemporánea. Escuchamos o leemos por doquier propuestas, cuestionamientos y reflexiones en medios masivos; observamos escenas a todo color en series de TV, conocemos opiniones diversas en la infinidad de redes sociales que hoy invaden el entorno... pero la brújula sigue sin encontrar el norte que permita identificar, profundizar y hacer del sexo un tema personal.

Algunos consideran que la sexualidad es tan solo un apetito instintivo, animal, un deseo particular arraigado en ciertos órganos para uso y desecho, que no tiene más valor que lo que se vive en ese instante; y otros lo ven como algo extraño, ajeno a sus vidas, malo o pecaminoso. Todo esto poco ayuda a generar un entorno de reflexión sobre algo tan íntimo, personal y vital de la vida, pues la sexualidad es la persona misma.

La sexualidad es parte esencial del ser y de la personalidad, desde donde brotan las vivencias. Gracias a ésta es posible conocer, comunicarse con los demás y expresar el amor humano⁽¹⁾. Toda la conformación y comprensión como personas gira en torno a la sexualidad, identificada en primera instancia por el cuerpo sexuado, mismo que permite expresar, sonreír, mirar y abrazar.

La sexualidad comprende cuatro aspectos: 1) El corporal, que incluye tres dimensiones: la genética, que consiste en los cromosomas sexuales que conforman el material genético de cada célula del cuerpo humano; la gonádica, conformada por los órganos sexuales y reproductivos; y la dimensión fisiológica, referente al papel que juegan las hormonas en el desarrollo del cuerpo humano; 2) psicológico o emocional, referente al modo de ser y reaccionar afectivamente; 3) intelectual, relativo al pensamiento y la forma de razonar; y 4) espiritual, entendido como la forma en que se es amado y se ama a los demás.

Desde el primer instante de la existencia, cuando el óvulo de la madre es fecundado por el espermatozoide del padre, queda plasmado el sexo masculino o femenino en el material genético, y tanto el crecimiento embrionario como el desarrollo posterior al nacimiento, se regirán por el determinante de la sexualidad, pues las diferencias entre hombre y mujer empiezan a manifestarse desde la gestación.

De manera normal, la genética está codificada en dos únicos grupos: cromosomas XX en la mujer y cromosomas XY en el hombre y, de esa manera, el ser hombre o mujer va edificando el cuerpo humano, la personalidad, la forma de pensar, de sentir y de vivir las emociones, y por supuesto, la forma de amar.

Ser hombre o ser mujer no es un simple dato del acta de nacimiento o cartilla de vida, sino que es una dimensión de la identidad, un modo de responder a la pregunta fundamental: “¿quién soy yo?”, a cuyo efecto hay que advertir todo lo que se ha recibido de los demás y que permite descubrir quiénes somos: el haber sido engendrados del amor de un padre y una madre; el pertenecer a una familia conformada por hermanos, abuelos, primos y tíos; la capacidad que se posee para transmitir la vida, es decir, la facultad de ser padres. Todo esto está íntimamente ligado a la sexualidad.

Por esta razón, antes que nada, la sexualidad es un elemento de la personalidad que ayuda a comprenderse a uno mismo, a partir de la cual se van conformando y generando todas las demás relaciones interpersonales.

Mujer y hombre poseen la misma dignidad, inteligencia, voluntad y libertad; es decir, tienen el mismo valor como personas. Pueden conquistar, académica y laboralmente, los mismos logros y elegir, con la misma honestidad, empeño y rectitud, desarrollar cada actividad que desempeñen; pero todas estas profundas similitudes no implican que sean iguales.

Hombre y mujer son distintos: piensan, actúan y sienten, en muchos casos, de manera opuesta, lo cual es un valor pues les permite atraerse, gustarse, complementarse, enriquecerse y elegirse para amar.

Todas estas diferencias están determinadas desde la fecundación, momento desde el cual esa nueva persona crece y se desarrolla de manera diferente según si es hombre o mujer. Así, a lo largo de la vida, estas diferencias físicas, emocionales, intelectuales y espirituales se irán afianzando hasta permitirle madurar, consolidar su personalidad, descubrir el amor y, en muchos casos, expresarlo a plenitud en una relación sexual.

Por ejemplo, los órganos reproductores son signos físicos que evidencian las diferencias y la complementariedad entre el hombre y la mujer. El hombre tiene dos testículos que se encuentran fuera de su cuerpo y la mujer dos ovarios dentro de la pelvis. Ambos órganos tienen la función de producir hormonas y células germinales: espermatozoides (en el caso del hombre) y óvulos (en el caso de la mujer) —aquellas que al fusionarse darán lugar a una nueva vida humana.

A simple vista, es evidente que el cuerpo del hombre y el de la mujer son diferentes. Por lo general, el hombre tiene mayor fuerza física y una estructura corporal de mayor altura y musculatura; en tanto que el cuerpo de la mujer es más pequeño y esbelto. En el aspecto emocional, la mujer es femenina, lo que significa, entre otros rasgos, ser sutil en sus movimientos, sensible y cuidadora; a diferencia del hombre que es protector, proveedor, más claro y directo en sus intenciones. Estas diferencias, permiten que cada uno desempeñe un rol insustituible dentro de la familia y la sociedad: el ser esposo-padre y esposa-madre.

Las diferencias entre mujer y hombre resultan el complemento necesario para poder unirse en una relación sexual, crecer en el amor y formar una familia de manera natural. Ambos son complementarios, la mujer es como la cerradura y el hombre es la llave. Dos llaves no pueden complementarse, tampoco dos cerraduras. Se necesita de las características propias tanto de la cerradura como de la llave para poder embonar.

De la misma forma, la paternidad y la maternidad son complementarias. Biológica y emocionalmente, ninguna es autosuficiente. Así como es imprescindible el óvulo de la madre, lo es el espermatozoide del padre para engendrar vida: cada uno aporta un 50% del material genético del hijo. En el plano psicológico, ocurre algo parecido, se necesita la acción de los dos por igual, del padre actuando como varón, masculinamente, y de la madre como mujer, femininamente, para que el hijo crezca y se desarrolle de manera plena y armónica.

Masculinidad y feminidad no se distinguen por una distribución de cualidades o virtudes entre hombre y mujer, sino por el modo peculiar que tiene cada uno de encarnarlas. Hay un modo masculino y otro femenino de hacer las mismas cosas.

Expresando el amor.

El cuerpo, tanto del hombre como de la mujer, permite expresar sentimientos: el amor fraternal a través del saludo afectuoso a un amigo, el filial, mediante un beso o una caricia a un hijo, o una sonrisa a quien camina por la calle. Así mismo, puede manifestar el amor esponsal, aquel amor íntimo, personal, apasionado, fiel y fecundo que ambos cónyuges están invitados a vivir dentro de una relación sexual.

Además de expresar sentimientos, el cuerpo humano permite manifestar el amor, que es mucho más que un sentimiento poético; es una elección, porque implica gusto, atracción física y pasión; pero además está protegido por una íntima amistad, complicidad, cuidado, exclusividad, fidelidad para toda la vida, y aceptación total del otro incluyendo su fecundidad. El amor es un compromiso incondicional hacia una persona imperfecta, e implica un crecimiento personal y de pareja.

El verdadero amor desafía, día a día, a perdonar, a apoyar los sueños del otro, a consolarlo en momentos de dolor y a mirar juntos hacia adelante con esperanza. Por eso las relaciones sexuales son el bálsamo que sella el compromiso de ambos, que impregna de gozo su matrimonio y permite a los esposos renovar su amor.

Relaciones sexuales.

Las relaciones sexuales tienen el único fin de manifestar el amor humano; es decir, expresar amor al cónyuge, hacer al otro sentirse amado con el cuerpo, permitiendo que aquellos pequeños actos de entrega diaria, de esfuerzo, apoyo, cariño y cuidados de la casa, el trabajo y los hijos; puedan culminar en un “abrazo conyugal” que les permita a ambos unirse, renovar sus promesas y crecer en el amor.

Por eso no podemos hablar de “hacer el amor” en una relación sexual, sino más bien, gracias a la relación sexual, se puede expresar el amor que ya existe dentro del matrimonio. El compromiso que se demuestra al levantarse temprano todos los días para ir a buscar el sustento de la familia, en la preocupación por la educación y formación de los hijos, en hacer de la casa un lugar de paz y remanso, en el cariño para atender las necesidades del cónyuge, en la fidelidad que debe vivirse de pensamiento, palabra y obra, y en todos los pequeños esfuerzos diarios; puede ser expresado de manera íntima y personalísima por medio de una relación sexual.

Las relaciones sexuales son esa guinda del pastel que se disfruta sin prisa, el gran regalo que tiene el matrimonio para seguir adelante unidos, enamorados y esperanzados.

Componentes de las relaciones sexuales.

Las relaciones sexuales presentan 4 componentes:

a) Libertad. Con inteligencia y voluntad, llevan a buscar el bien del cónyuge y en cada relación sexual a entregarlo todo, procurando hacerlo sentirse amado.

b) Entrega total. Las relaciones sexuales invitan a aceptar todo del cónyuge, es decir, su cuerpo, sus sentimientos, sus cualidades y sus defectos. Al vivirse dentro de un contexto de amor, compromiso y fidelidad por toda la vida, alientan a valorar todo del “amado” y esto incluye su fertilidad. Es así que sería deshonesto decir “te acepto” y “quiero demostrarte con mi cuerpo mi amor” pero dejar fuera la fertilidad como si se tratara de una amenaza. La totalidad que caracteriza la entrega mutua, lleva a pensar en el bien del otro antes que en el bien propio y en el cuidado que se debe tener por su salud de manera integral.

c) Fidelidad y exclusividad. Expresar el amor por medio de una relación sexual, implica desnudar el cuerpo, el alma, los pensamientos y las emociones; es decir, las bondades y miserias humanas. ¿Cómo pensar en entregar la vida misma y dejar ver la faceta más íntima y sensible con alguien que no está comprometido para toda la vida o respecto de quien simplemente no se tiene certeza de volver a ver? Vivir un compromiso para toda la vida, permite, que al momento de entregarlo todo, se cuente con que ese amor que se expresa en una relación sexual, será exclusivo e indisoluble.

d) Fecundidad. Las relaciones sexuales implican en sí mismas la fecundidad física pues abren de manera natural la posibilidad a la llegada de los hijos e invitan a vivir la paternidad responsablemente, es decir, a planear la llegada de los hijos conforme las capacidades físicas, emocionales, espirituales y materiales de los cónyuges. De la misma manera, permiten vivir la “fecundidad espiritual”, esto es, a crecer en alegría, capacidad de aceptación y donación a los demás; ayudan a dejar de lado el egoísmo y a hacer feliz al otro.

Es así que las relaciones sexuales poseen dos características indisolubles:

1) La unitiva: Cada relación sexual viene a renovar la unión entre los cónyuges, y crea un lazo imborrable entre el hombre y la mujer que les permite atarse de por vida a la presencia del otro y vivir la fidelidad a plenitud. El sexo lleva a fortalecer los lazos entre los esposos, a enamorarlos constantemente, haciéndolos sentirse únicos y especiales, el uno por el otro. Es el consuelo que protege la relación, permitiéndoles llegar a ser los mejores amigos íntimos, cómplices, compañeros y amantes.

El deseo sexual es el impulso de unirse, de ser un solo cuerpo; es esa fuerza que permite amar y entregarse de manera plena. El placer sexual es la coronación del deseo sexual y del amor que se expresa en una relación sexual; es el goce que permite amar, entregarse y enamorarse constantemente del cónyuge.

2) La procreativa: Esa entrega total de amor entre el hombre y la mujer debe ser fecunda desde el punto de vista biológico, emocional y espiritual. Debe estar abierta a la vida, a entregarse y donarse, a aceptar en totalidad al cónyuge sin colocar de por medio barreras de ninguna clase. Esta capacidad de entrega íntima posee una dimensión interpersonal tan grande que incluso puede culminar con la llegada de una nueva vida humana⁽²⁾.

De ahí que el mejor momento para tener relaciones sexuales, sea dentro del matrimonio, cuando se ha elegido a la persona con quien se compartirá la vida; cuando existe un compromiso de cuidado, compañía y fidelidad no solo ante ella, sino también frente a los padres, hermanos, amigos, y la sociedad.

Los hijos.

Al ser la maravillosa consecuencia de la donación total de los esposos, los hijos merecen nacer del amor de sus padres. Sin embargo, no hay que confundir: el objetivo de la relación sexual no es procrear sino amar; y una consecuencia de la entrega del amor entre los esposos, es procrear un hijo.

Sería injusto vivir la sexualidad solo para engendrar un hijo, como si los padres fueran máquinas procreativas. Por el contrario, el vivir la sexualidad para renovar el amor y las promesas matrimoniales, pone en primer lugar a nuestro cónyuge. Los hijos esperan que ante todo, lo más importante sea el amor de sus padres, ese amor que los nutre, los sostiene, les brinda seguridad y les permite, desde el momento de la fecundación, estar protegidos y sentirse amados.

El amor de los padres es el combustible que la familia necesita, y si este es profundo y generoso, los hijos se sentirán tranquilos y seguros en su familia. Los hijos serán el reflejo de sus padres, por lo que merecen recibir el mejor ejemplo en casa. Si el amor entre los esposos es generoso, ellos serán generosos; si hay demostración de afecto, cariño y respeto, ellos serán niños cariñosos y respetuosos con los demás; pero por el contrario, si la relación entre los padres es fría y distante; ellos lo resentirán y serán fríos y distantes; si la relación es egoísta, ellos tenderán al egoísmo; si existen faltas de respeto, será mucho más complejo que ellos asuman la dimensión del respeto en todas las relaciones humanas, incluso el respeto a ellos mismos.

Los niños no quieren ni necesitan padres perfectos, lo que anhelan es que el papá y la mamá se quieran, se hablen con cariño y les den ejemplo de amor y perdón. Los hijos anhelan sentirse tranquilos en casa, vivir esa paz que emanan los hogares donde los padres se llevan bien y la alegría que hay en la familia cuando están juntos.

Notas capítulo 1

1. Rivera SP. Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. Costa Rica: Educación; 2008, pág: 157-70.
2. Sgreccia E, Spagnolo A, Di Pietro ML. Bioetica, manuale per i diplomati universitari della sanità. Milán: Vita e Pensiero; 2002; pág: 326.

Capítulo 2

Relaciones sexuales y fertilidad

La fertilidad no es una enfermedad, es la aptitud del cuerpo humano para poder dar vida.

Desde el origen de la humanidad, la fecundidad ha sido valorada como un bien precioso y por varios siglos incluso fue venerada; en cambio, la esterilidad ha sido considerada como un mal. Hoy en día, sin embargo, vemos una tendencia que busca caminar en sentido contrario. Como en muchos otros aspectos, las tendencias anticulturales desvalorizan lo que antes se apreciaba. Hoy, la infertilidad se proclama como una liberación, en tanto que los hijos sólo son “deseables” si han sido fríamente calculados o planeados.

La fertilidad humana es un regalo único de la vida, que habilita al hombre y a la mujer a participar, por medio de un acto de amor, en la creación de una nueva persona humana, un hijo que será la fusión perfecta de su padre y su madre. La fertilidad es el obsequio de bodas que se hacen los esposos entre sí al momento de aceptarse para toda la vida. La mujer regala su fertilidad al hombre y éste entrega la suya a su esposa.

Las relaciones sexuales con entrega total no implican traer al mundo todos los hijos posibles; por el contrario, la paternidad responsable invita a ir buscando la llegada de la familia conforme las posibilidades personales de los cónyuges, sea físicas, emocionales, de educación o económicas.

La planificación de la familia es un privilegio de los esposos; implica decidir, con amor y mediante una comunicación sincera, el número y espaciamento de los hijos utilizando para ello un medio que no afecte su salud. Conociendo el cuerpo de la mujer y sus ciclos, los cónyuges tienen la posibilidad de decidir el número de hijos que puedan y quieran recibir. Este es un tema que corresponde únicamente a ellos y es una decisión conyugal, pues sólo los padres conocen sus circunstancias reales, al tiempo que son los principales educadores y formadores de sus hijos.

Las particularidades que presenta la naturaleza femenina hacen posible conocer e identificar de manera muy eficiente los ciclos de fertilidad y no fertilidad en la mujer, y así, en caso de querer postergar la llegada de un hijo, poder vivir cada relación sexual con entrega total en los períodos de no fertilidad.

Fertilidad.

La etapa de fertilidad en el hombre es distinta a la de la mujer y es recomendable que ambos la conozcan para poderla usar a su favor. En el hombre, la fertilidad comienza con las primeras poluciones nocturnas durante la adolescencia (es decir, eyaculaciones involuntarias durante el

sueño). Así indica el cuerpo que han madurado los espermatozoides o células reproductoras y que su período de fertilidad ha iniciado. Esta etapa podrá durar muchísimos años, incluso en algunas personas hasta la vejez. Durante ella, el hombre será fértil siempre: en cualquier día y a cualquier hora.

El caso de la mujer es diferente. Ella nace con un número limitado de óvulos, cuya calidad genética y viabilidad se reduce con la edad. El período de fertilidad inicia con la primera menstruación entre los 11 y los 15 años y comienza su declive al inicio de los 30, tiene una gran caída a los 35 y se precipita a los 40. A partir de ahí, se torna casi nula y termina completamente con la última menstruación o menopausia, entre los 45 y los 50 años.

La fertilidad de la mujer, se comporta como ciclos menstruales que parten el día primero del sangrado menstrual y terminan con el inicio de la siguiente menstruación. Estos pueden durar entre 26 y 34 días, siendo 28 el promedio. Durante el ciclo menstrual, la mujer libera un óvulo (en caso de liberar dos óvulos, esto se da en un intervalo de 24 a 48 horas) y este óvulo tiene una vida aproximada de 24 horas desde que sale del ovario⁽¹⁾.

Posterior a una relación sexual, los espermatozoides permanecen vivos dentro del cuerpo de la mujer un máximo de 5 días, por lo que si consideramos estos datos fisiológicos, el período fértil de una mujer al mes es de aproximadamente 6 días⁽²⁾.

Sobre la fertilidad, es importante conocer lo maravilloso que significa la selección natural, es decir, como el cuerpo produce millones de células germinales –óvulos en la mujer o espermatozoides en el hombre–, pero sólo las que se encuentran en mejores condiciones podrán fusionarse para formar una nueva vida. Por ejemplo, el hombre eyacula cerca de 40 millones de espermatozoides en cada relación sexual⁽³⁾, y de estos millones, solamente uno, el más rápido, fuerte y capacitado, logrará fecundar al óvulo.

Así mismo, la mujer en su etapa embrionaria, produce aproximadamente 200.000 óvulos en los ovarios, pero de éstos solamente 400 madurarán durante toda su etapa reproductiva. Desde la menarquia o primera menstruación hasta la menopausia, una vez al mes, uno de los dos ovarios expulsará un óvulo maduro, el más capacitado y que se encuentre en mejores condiciones, es decir que tanto el cuerpo del hombre como el de la mujer proveen las mejores células reproductoras para dar lugar a una nueva vida.

El cuerpo de la mujer se prepara mes a mes para un posible embarazo. Durante la primera mitad del ciclo menstrual, los niveles de la hormona llamada estrógeno aumentan y hacen que la pared interna del útero (endometrio), crezca y se ensanche. Al mismo tiempo, por el estímulo de diferentes hormonas, inicia la maduración del óvulo en uno de los ovarios. A la mitad del ciclo, el óvulo es expulsado del ovario, lo que se denomina ovulación.

También, durante esta etapa de fertilidad, las hormonas generan cambios en la mujer para propiciar un embarazo. Tal es el caso del moco cervical, mismo que se produce en la vagina y que tiene como función favorecer que los espermatozoides ingresen y asciendan por su cuerpo con más facilidad.

El óvulo expulsado por el ovario, llega a la trompa uterina, por donde viaja seis días y medio hasta llegar al útero. Si se tienen relaciones sexuales y un espermatozoide se encuentra con el óvulo en las trompas uterinas, lo puede fecundar, y en ese momento la mujer queda

embarazada, iniciándose la vida de una nueva persona, única e irrepetible, a quien, en esos primeros momentos de gestación se le denomina cigoto. Este cigoto, que por sí solo coordina su crecimiento y desarrollo, viajará hasta el útero donde se implantará en el endometrio, entre 6 y 8 días posteriores a la fecundación.

Si el óvulo no es fertilizado, se disuelve o es absorbido por el cuerpo. Cuando el embarazo no se produce, los niveles de hormonas disminuyen y el recubrimiento ensanchado del útero es liberado en forma de sangre, lo que conocemos como menstruación.

Es así que el estudio de los cambios hormonales que tienen lugar durante todo el ciclo menstrual de la mujer ha hecho posible identificar, por medio de signos y síntomas, los períodos de fertilidad y no fertilidad, dando origen a los llamados “métodos de regulación natural de la fertilidad”.

Métodos de regulación natural de la fertilidad (MRNF).

Gracias a los MRNF los esposos pueden identificar los días de fertilidad en la mujer, y así, en caso de querer posponer o espaciar la llegada de sus hijos, evitarán tener relaciones sexuales los días fértiles. Si por el contrario, están buscando la llegada de un hijo, el reconocer la fertilidad puede ayudarles a que el embarazo se logre más fácilmente.

Estos métodos respetan la dignidad tanto del hombre como de la mujer, y se basan en el conocimiento científico de la fertilidad y en la decisión de los cónyuges de entregarse y amarse en una relación sexual, con la posibilidad de embarazarse durante el período fértil y, en caso que no se esté buscando un hijo, aprovechar solamente el período no fértil de la mujer. Es decir, que con inteligencia y voluntad pueden optar por vivir las relaciones sexuales con entrega total.

La Organización Mundial de la Salud, define los MRNF como las técnicas para buscar o evitar embarazos mediante la observación de los signos y síntomas que, naturalmente, ocurren durante las fases fértiles e infértiles del ciclo menstrual, evitando el coito en la etapa fértil si ha de evitarse el embarazo⁽⁴⁾.

Las bases biológicas de los MRNF, se encuentran en el reconocimiento de la ovulación en el período fértil de la mujer⁽⁵⁾, por medio de la duración del ciclo menstrual, los cambios fisiológicos como la temperatura basal, la observación del moco cervical⁽⁶⁾ y la medición de hormonas en saliva, orina y sangre.

Los MRNF no producen efectos adversos en la salud de la mujer, ni instalan algún tipo de barrera física entre ambos esposos, por el contrario, ayudan al hombre a tomar responsabilidad en las decisiones sobre la llegada de los hijos al adaptar su sexualidad a los ritmos de fertilidad de la mujer, lo que invita a vivir la sexualidad de forma total y plena dentro del matrimonio.

Con estos métodos no existe interferencia de ningún tipo con la biología normal del cuerpo humano. Es natural y legítimo que se pueda expresar el amor mediante las relaciones sexuales sin posibilidad embarazo⁽⁷⁾. Así mismo, con ellos se incorpora a la vida conyugal el respeto, la responsabilidad compartida y el autodominio, pues al adaptar el ejercicio de la sexualidad masculina a los biorritmos de la mujer, se favorece la responsabilidad para ambos y se dignifica a la mujer y su maternidad. Incluso, se ha demostrado que los matrimonios que utilizan MRNF

para vivir la paternidad responsable, tienen menos posibilidades de divorcio que aquellos que usan anticonceptivos^(8,9).

La Agencia Internacional para el Desarrollo en los Estados Unidos, considera que los métodos naturales son “anticonceptivos modernos” porque cumplen con criterios de modernidad tales como⁽¹⁰⁾ la seguridad, al estar basados en la comprensión de la biología reproductiva; incluyen protocolos definidos para uso correcto; han sido probados en estudios bien diseñados; y son efectivos para evitar un embarazo bajo varias situaciones.

Podemos clasificar los MRNF en:

I. MÉTODOS NATURALES SENCILLOS:

1) Método de la ovulación o del moco cervical: se basa en el reconocimiento de las características del moco cervical, es decir, el moco que produce la mujer en la vagina durante todo el mes. Después de la menstruación, la mujer se siente seca, pero al paso de los días aumenta la humedad (es decir, inicia la etapa de fertilidad). El período fértil comienza cinco días antes de la ovulación y dura hasta cuatro días después de ésta.

En el punto máximo de fertilidad, el moco es muy elástico y transparente, como clara de huevo, y la mujer lo nota porque se siente húmeda y puede verlo al ir al baño. En la etapa infértil, el moco es escaso, amarillento, turbio, pegajoso y poco elástico; existe una sensación de sequedad en los genitales y no hay posibilidad de un embarazo⁽¹¹⁻¹³⁾. Este método tiene una efectividad del 95% para evitar un embarazo, es 100% natural y no tiene efectos negativos para la salud tanto del hombre como de la mujer.

2) Método Creighton: tiene como base los mismos signos y síntomas que el método de la ovulación, pero además valora la cantidad y particularidades físicas del moco cervical. Es importante llevar un registro diario donde se anoten los cambios del moco y sus características.

Si los esposos reciben capacitación de un instructor certificado y siguen las recomendaciones, su eficacia teórica es de 98,7-99,5% y su tasa de uso típico es 83-97% eficaz, como los anticonceptivos hormonales (DIU, la píldora, etc.) y mejor que los métodos anticonceptivos de barrera (como los profilácticos)⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Estudios demuestran que las parejas que deciden usar un MRNF reportan que su relación mejora y se sienten más respetados por su pareja y con un mayor control de su fertilidad⁽¹⁷⁾.

Las mujeres –de cualquier edad– que estén en época de lactancia y las que acaban de discontinuar el uso de los anticonceptivos hormonales, pueden usar el Método Creighton con éxito, ya que les permite monitorear su salud y reconocer alteraciones en su cuerpo.

II.- MÉTODOS MODERNOS:

1) Lady Comp, Baby Comp y Pearly⁽¹⁸⁾: Se trata de minicomputadoras que registran datos (temperatura y fechas de la menstruación) y los analizan dando un pronóstico muy confiable sobre los días de fertilidad. Por las mañanas, al momento de levantarse, la mujer debe tomarse la temperatura con los termómetros que incluyen estos dispositivos, agregando las fechas de su menstruación cada mes.

De acuerdo a una evaluación realizada por médicos de la Universidad de Düsseldorf, Alemania, estos nuevos métodos ofrecen una efectividad del 98% para detectar los días de fertilidad⁽¹⁹⁻²¹⁾. Su dificultad de aprendizaje es mínima, son 100% naturales y no generan efectos negativos para la salud ni en el hombre ni en la mujer.

2) Persona⁽²²⁾: es un monitor que detecta los días de fertilidad por medio del análisis de la orina de la mujer. Está compuesto por varillas de prueba y un pequeño monitor manual. Con las varillas se recolecta orina en las mañanas y el monitor interpreta los datos. Se ha demostrado que de 100 mujeres que utilizan este método a lo largo de un año para evitar un embarazo, únicamente seis pueden llegar a quedar embarazadas debido a la incorrecta identificación de días fértiles, es decir, tiene una efectividad del 94%⁽²³⁾. Es 100% natural y no tiene efectos negativos para la salud tanto del hombre como de la mujer.

3) Cyclotest: basado en el método sintotérmico⁽²⁴⁾ el Cyclotest es un microprocesador que sirve para reconocer los días de fertilidad en la mujer. Para ello, mide la temperatura al despertar, almacena los datos y los analiza; así mismo pueden añadirse valores de pruebas de orina o de moco cervical. La efectividad del índice Pearl de Cyclotest se sitúa entre 1 y 3 si se usa exclusivamente el método de la temperatura, y si se emplea junto con un segundo método de ovulación (sintotérmico), el índice Pearl se sitúa entre 0,8 y 2,6⁽²⁵⁾.

Los MRNF son adaptables a cualquier condición sociocultural, nivel de educación, nivel económico y etapa de la vida de la mujer. Estudios indican que el 95% de las mujeres reconoce los signos de fertilidad⁽²⁶⁾, y estos llegan a tener una efectividad entre el 99,7% hasta 95% para evitar embarazos, con uso correcto⁽²⁷⁾, es decir, implican la determinación tanto de la mujer como del hombre de evitar las relaciones sexuales durante los días del período fértil de la mujer⁽²⁸⁾.

Estudios recientes han demostrado que los MRNF modernos resultan muy eficientes para evitar embarazos en mujeres que no estén amamantando⁽²⁹⁾, siendo ampliamente usados por la naturalidad del método y los beneficios del autoconocimiento⁽³⁰⁾.

Notas capítulo 2

1. Pyper CM. Fertility awareness and natural family planning. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1997; 2(2): 131-46.
2. Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. Effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby. *N Eng J Med* 1995; 333(23): 1517-21.
3. Sigman M, Lipshultz IL, Howards SS. Office evaluation of the subfertile male. In: *Infertility in the male*. 4th ed. Larry I Lipshultz, Stuart S Howards and Craig S Niederberger by Cambridge University Press, 2009;153.
4. World Health Organization. *Natural family planning: a guide to provision of services*. Geneva: WHO, 1988.
5. Tommaselli GA, Guida M, Palomba S, Pellicano M, Nappi C. The importance of user compliance on the effectiveness of natural family planning programs. *Gynecol Endocrinol* 2000; 14(2): 81-9.
6. Colombo B, Masarotto G. Daily fecundability: first results from a new data base. *Demogr Res* 2000; 6(3): 39.
7. Rutllant M; Trullols LF. Sexualidad humana y práctica de los métodos naturales. *Cuadernos de Bioética* 2001; 45(2): 131-39.
8. Fehring, R. 2013. Under the microscope: The influence of ever use of natural family planning and contraceptive methods on divorce rates as found in the 2006–2010 National Survey of Family Growth. *Current Medical Research* 24.3&4 (Summer/Fall): 12-16.

9. Pyper CM. Fertility awareness and natural family planning. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1997; 2(2): 131-46.
10. Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. Effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby. *N Eng J Med* 1995; 333(23): 1517-21.
11. Sigman M, Lipshultz IL, Howards SS. Office evaluation of the subfertile male. In: *Infertility in the male*. 4th ed. Larry I Lipshultz, Stuart S Howards and Craig S Niederberger by Cambridge University Press, 2009;153.
12. World Health Organization. *Natural family planning: a guide to provision of services*. Geneva: WHO, 1988.
13. Tommaselli GA, Guida M, Palomba S, Pellicano M, Nappi C. The importance of user compliance on the effectiveness of natural family planning programs. *Gynecol Endocrinol* 2000; 14(2): 81-9.
14. Colombo B, Masarotto G. Daily fecundability: first results from a new data base. *Demogr Res* 2000; 6(3): 39.
15. Rutlant M; Trullols LF. Sexualidad humana y práctica de los métodos naturales. *Cuadernos de Bioética* 2001; 45(2): 131-39.
16. Fehring, R. 2013. Under the microscope: The influence of ever use of natural family planning and contraceptive methods on divorce rates as found in the 2006–2010 National Survey of Family Growth. *Current Medical Research* 24.3&4 (Summer/Fall): 12-16.
17. Fehring RJ. The influence of contraception, abortion, and natural family planning on divorce rates as found in the 2006-2010 National Survey of Family Growth. *Linacre Q*. 2015; Aug;82(3): 273-82.
18. Malarcher S, Spieler J, Fabic MS, Jordan S, Starbird EH, Kenon C. Fertility Awareness Methods: Distinctive Modern Contraceptives. *Glob Health Sci Pract*. 2016 Mar 25;4(1): 13-5.
19. Billings EL, Brown JB, Billings JJ, Burger HG. Symptoms and hormonal changes accompanying ovulation. *Lancet*. 1972; 1(7745): 282-4.
20. Flynn AM, Lynch SS. Cervical mucus and identification of the fertile phase of the menstrual cycle. *Br J Obstet Gynaecol*. 1976; 83(8): 656-9.
21. Marcó B. F. Métodos naturales de regulación de la fertilidad. *Medicina y Ética*. 1993; IV(4): 75-97.
22. Hilgers T. W., Stanford J. B. Creighton Model NaProEducation Technology for avoiding pregnancy. Use effectiveness. *J Reprod Med*. 1998; 43: 495-502.
23. Hilgers T. W., Daly K. D., Prebil A. M., Hilgers S.K. Cumulative pregnancy rates in patients with apparently normal fertility and fertility-focused intercourse. *J Reprod Med*. 1992; 37: 864-866.
24. Trussell, J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011; 83: 397-404.
25. VandeVusse L., Hanson L., Fehring R. J., Newman A., Fox J. "Couples' views of the effects of natural family planning on marital dynamics." *J Nurs Scholarsh*. 2003; 35: 171-176.
26. Disponible en: <https://shop.valley-electronics.ch/de/?cat=1>
27. Freundl G, Godehardt E, Kern PA, Frank-Herrmann P, Koubenec HJ, Gnoth C. Estimated maximum failure rates of cycle monitors using daily conception probabilities in the menstrual cycle. *Human Reproduction*. 2003; 18(12): 2628-33.
28. Frank-Herrmann P, Heil J, Gnoth C, Toledo E, Baur S, Pyper C, et al. The effectiveness of a fertility awareness based method to avoid pregnancy in relation to a couple's sexual behavior during the fertile time: a prospective longitudinal study. *Human Reprod*. 2007; 22(5): 1310-19.
29. De Leizaola MA. Etude prospective d'efficacité d'une méthode sympto-thermique récente de planning familial naturel. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 1998; 27: 174-80.
30. Janssen CJ, van Lunsen RH. Profile and opinions of the female Persona user in The Netherlands. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2000; 5(2): 141-6.
31. Guida M, Bramante S, Acunzo G, Pellicano M, Cirillo D, Nappi C. Diagnosis of fertility with a personal hormonal evaluation test. *Minerva Ginecol*. 2003; 55(2): 167-73.
32. Frank-Herrmann P, Freundl G, Gnoth C, Godehardt E, Kunert J, Baur S, et al. Natural family planning with and without barrier method use in the fertile phase: efficacy in relation to sexual behavior: a German prospective long-term study. *Adv Contracept*. 1997; Jun-Sep;13(2-3): 179-89.
33. Sources for peal indices: Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.: Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen. 2004.

34. Ryder B, Campbell H. Natural family planning in the 1990s. *Lancet*. 1995; 346(8969): 233-4.
35. Freundl G, Sivin I, Batár I. State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception: IV. Natural family planning. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2010; 15(2): 113-23.
36. Fehring RJ, Schneider M, Barron ML, Pruszynski J. Influence of motivation on the efficacy of natural family planning. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2013; Nov-Dec; 38(6): 352-8.
37. Fehring RJ, Schneider M. Effectiveness of a Natural Family Planning Service Program. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2017; Jan/Feb;42(1): 43-49.
38. de Magalhães AC, Pereira Dda S, Jardim DM, Caillaux M, Sales VB. Woman's experience with the choice of the Billings Ovulation Method. *Rev Bras Enferm*. 2013; Jul-Aug; 66(4): 485-92.

Capítulo 3

Visión actual de la sexualidad**Nunca algo tan pequeño había tenido consecuencias tan graves.**

La llamada “revolución sexual” comenzó a fraguarse en los siglos XVIII y XIX, cuando algunos intelectuales promovieron en Europa un modelo cultural contrario al pensamiento judeo-cristiano. Esto dio lugar a posturas como el utilitarismo, que promueve el máximo placer para el mayor número de personas, evitando cualquier tipo de esfuerzo o dolor. Al paso del tiempo, dicha visión acotó la sexualidad a una actividad estrictamente placentera, sin compromisos y surgieron nuevos métodos para eliminar el “riesgo” de la llegada de un hijo.

En ese mismo período de tiempo, tuvo lugar un cambio cultural importante relacionado al modo de comprender el matrimonio, especialmente después de la revolución francesa. Intelectuales como Karl Marx (1818-1883) y Frederick Engels (1820-1895) los llamados “padres del marxismo”, lanzaron fuertes críticas contra la institución matrimonial como parte de su “lucha de clases y sexos”, al considerarla “patriarcal” y “opresora de la mujer”.

En el texto de 1884 “El origen de la familia, de la propiedad privada y del estado”, Engels evidencia esta posición: *“el primer antagonismo de clases de la historia coincide con el desarrollo del antagonismo entre el hombre y la mujer unidos en matrimonio monógamo, y la primera opresión de una clase por otra, con la del sexo femenino por el masculino”*. Si el matrimonio era para Engels esa entidad que propiciaba la opresión del hombre sobre la mujer, entonces la “liberación” consistía en independizar a la mujer de la dominación a la que había sido sometida durante siglos en la “familia tradicional”, especialmente en lo referente a la maternidad. Es evidente que la mujer ha sido maltratada durante siglos y es un imperativo dignificarla en toda su dimensión, pero es falsa la premisa que asume que la solución para ello es sustituir a la familia como la primera célula y fundamento de la propia sociedad.

De manera paralela, surgieron diversas formas de feminismo radical que promovieron la separación de la vida sexual respecto de la familia y la procreación. La francesa Simone de Beauvoir (1908-1986), autora del libro “El segundo sexo”, publicado en 1949, afirmó que la condición de la mujer y su relación de pareja debía ser de “libertad”, lo que fue desarrollando una condición femenina cada vez más desligada de la maternidad, como si el ser madre fuera un obstáculo a la plena realización de la mujer.

Así mismo, la estadounidense Margaret Sanger (1879-1966) proclamó la “liberación” de la mujer, especialmente en el ámbito sexual. Difundió y promovió el uso de los anticonceptivos, y fundó la *Birth Control Federation*, que en 1942 pasó a llamarse *Planned Parenthood Federation of America* (PPFA). De esta organización surgió la *International Planned Parenthood Federation* (IPPF), una de las principales organizaciones que promueven la anticoncepción y el aborto en todo el mundo.

Margaret Sanger fue secundada en su particular “visión de sexualidad” por Katherine McCormick, quien, luego de heredar de su esposo la *International Harvester Company*, se convirtió, en los años cincuenta, en la mayor patrocinadora del desarrollo de la píldora anticonceptiva⁽¹⁾.

Sanger y McCormick apoyaron las investigaciones del biólogo Gregory Pincus, quien desarrolló la primera píldora anticonceptiva que, el 23 de abril de 1960, recibió la autorización para ser distribuida y vendida explícitamente como anticonceptivo oral en los Estados Unidos.

La aprobación por parte del gobierno americano para producir, distribuir y comercializar la “píldora”, desencadenó una “revolución” que afectaría la vida de millones de mujeres y familias de todo el mundo, produciendo graves consecuencias al paso de los años.

Con la llegada de la anticoncepción y la implementación del uso cotidiano de hormonas para evitar la ovulación, el primer objetivo de la misión del médico, esto es, *primun non nocere* (en primer lugar, no hacer daño), quedó frustrada: nunca antes se habían prescrito medicamentos por largos períodos de tiempo a personas sanas. A partir de entonces, la medicina, destinada desde la época hipocrática a prevenir o curar padecimientos, empezaría a enfermar a la sociedad.

El desarrollo de la anticoncepción hormonal significó, para muchos, un triunfo de la mujer y la liberación definitiva de su dependencia de la maternidad, pero las heridas que la “revolución sexual” infligió en nuestra cultura han sido profundas: enfatizó el egoísmo, alentó a las personas a tratarse mutuamente como objetos, y devaluó el valor y el papel de la familia y los hijos.

De la mano de la visión anticonceptiva, en la segunda mitad del siglo XX surgió la **ideología de género**, un sistema de pensamiento cerrado, que sostiene que las diferencias entre el hombre y la mujer no corresponden a una naturaleza fija, sino que son construcciones culturales y convencionales, según los roles y estereotipos que cada sociedad asigna a los sexos.

Para esta corriente, según la cual no existen sexos sino roles, es decir, no se nace hombre o mujer; la “orientación sexual” se iría construyendo a lo largo de la vida, pudiendo variar dependiendo de las circunstancias que se presenten.

La ideología de género promueve la lucha entre hombres y mujeres, donde estas últimas buscan disminuir, desprestigiar y, de ser posible, eliminar la presencia masculina de la vida en sociedad. Niega la determinación genética de pertenecer a los dos únicos sexos que existen, XY hombre y XX mujer, y la experiencia cotidiana de ver como los niños desde pequeños actúan como niños y las niñas como niñas, afirmando que estos comportamientos no se darían en forma natural sino que serían producto de una manipulación.

La promoción, por más de 60 años, de una mentalidad anticonceptiva, aunada a la influencia de la ideología de género, distorsionó la visión sobre el matrimonio y la familia, partiendo de 3 afirmaciones falsas:

1) El sexo no implica expresión del amor. Esta premisa abrió la puerta a las relaciones sexuales sin compromiso, a temprana edad, antes y fuera del matrimonio; es decir, a la infidelidad conyugal. Propició y generó un aumento en el número de parejas sexuales a lo largo de la vida, y por consiguiente, de los embarazos antes y fuera del matrimonio.

2) Es posible tener sexo sin tener hijos. La cultura anticonceptiva consintió y favoreció artificialmente, relaciones sexuales infértiles entre un hombre y una mujer, por lo que al paso de los años esta práctica dio lugar a la aceptación como normales, naturales e incluso benévolas, de las relaciones sexuales intrínsecamente infértiles.

3) Se puede tener hijos sin tener sexo. Al desvincular las relaciones sexuales de la fertilidad, también se desasoció la paternidad de la sexualidad; es decir, se abrió la puerta a la aceptación médica, científica y social de todas las técnicas de reproducción asistida, incluyendo la donación de óvulos, de espermatozoides y el uso del útero subrogado.

Al paso de los años, el poder destructivo de la “revolución sexual” ha dejado huella en la mujer, los hijos y la sociedad. La ciencia ha revelado que existen varias consecuencias médicas, conductuales y sociales ligadas a la visión anticonceptiva:

A.- El fracaso de los métodos anticonceptivos. Es común que muchas mujeres queden embarazadas sin “buscarlo” porque el método no funcionó correctamente. La visión anticonceptiva permite encuentros y relaciones sexuales que no habrían sucedido sin ella; es decir, aumenta el número de relaciones sexuales sin compromiso, lo que genera un aumento en el número de embarazos (incluso utilizando anticonceptivos).

B.- La promoción y legalización de la práctica del aborto. La escisión entre sexualidad y procreación por el uso de la píldora anticonceptiva estableció por primera vez, una nueva forma de “clasificar” la vida humana en gestación como “deseada” o “no deseada”, con las consecuencias que esto ha perpetrado a lo largo de los años: legalizar la eliminación de aquellos “no deseados” con la práctica del aborto. En la década de los setenta, lo sucedido en Estados Unidos influenció al resto del mundo cuando, 13 años después de que fue introducida la píldora anticonceptiva, la Suprema Corte de Justicia legalizó el aborto en todo el país al resolver en 1973 el caso de *Roe vs Wade*.

C.- El aumento en el número de infecciones de transmisión sexual (ITS). El inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, durante la adolescencia, la juventud temprana y fuera del matrimonio ha generado un aumento en el número de parejas sexuales presentando como consecuencia directa el aumento en el número de ITS, incluyendo el VIH/SIDA (virus de inmunodeficiencia humana).

Los primeros casos reportados de esta pandemia se remontan al 5 de junio de 1981 en el boletín epidemiológico semanal del Centro de Control y Prevención de Enfermedades en los Estados Unidos⁽²⁾, siendo descrito dicho virus por la Dra. Barré-Sinoussi y su grupo de investigadores en la revista *Science*, en 1983⁽³⁾.

D.- Los efectos adversos de los métodos anticonceptivos en la salud de la mujer. En la actualidad, se estima que 100 millones de mujeres en todo el mundo usan píldoras anticonceptivas; y desde hace varios lustros se han reportado efectos a corto, mediano y largo plazo en la salud de las usuarias, estando entre los más relevantes, el aumento en el riesgo de cáncer de mama y la trombosis venosa profunda.

La “visión anticonceptiva” que promueve el inicio de la vida sexual a temprana edad y fuera del matrimonio, el uso de anticonceptivos y, por supuesto, el aborto; desacreditan el matrimonio,

el valor de la masculinidad en la sociedad y de las relaciones sexuales como expresión del amor. Esto, sumado a la ideología de género, ha radicalizado a la mujer y la ha rebelado contra su propia naturaleza, dejándola cada vez más sola al asumir el rol de esposa y madre.

En los siguientes capítulos, analizaremos cuáles han sido las consecuencias de esta visión de la sexualidad, misma que será referida como “*junk sex*” o “sexo basura”⁽⁴⁾.

Notas capítulo 3

1. Marks L. Historia de la píldora anticonceptiva. Revista UNAM. 1997. Disponible en: <https://www.revistaciencias.unam.mx/es/197-revistas/revista-ciencias-48/1879-historia-de-la-p%C3%ADldora-anticonceptiva.html>
2. Centers for Disease Control and Prevention. First Report od AIDS. MMWR 2001; 50(21); 429. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5021a1.htm>
3. Barré-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J, et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Science. 1983 May 20; 220(4599): 868-71.
4. “*Junk food*” es un termino utilizado para referiste a la comida chatarra, de mala calidad que no nutre y por el contrario su consumo continuo puede tener graves consecuencias en la salud. Así mismo el término “*junk sex*” o sexo basura lo utilizamos para referirnos al sexo cuando se vive fuera de un contexto de amor, compromiso y exclusividad.

Capítulo 4

Generalidades de las infecciones de transmisión sexual

El aumento en el número de parejas sexuales a lo largo de la vida, aumenta el riesgo de contagio de las más de 35 tipos de infecciones de transmisión sexual reportadas.

Las infecciones de transmisión sexual (también conocidas como ITS)⁽¹⁾ son afectaciones infecto contagiosas que se transmiten de una persona infectada a otra, al tener relaciones o contactos sexuales; por el uso de jeringas o sangre contaminada, e incluso, algunas pueden transmitirse de la madre a su hijo durante el embarazo (es el caso, en particular, de la clamidiasis, la gonorrea, la hepatitis B primaria, el VIH y la sífilis).

Existen más de 35 ITS^(2,3) y pueden ser causadas ya sea por virus, parásitos, hongos o bacterias. Entre las más conocidas se encuentran el virus del papiloma humano, virus de Hepatitis B, virus de herpes simple, VIH/ SIDA, citomegalovirus, gonorrea, sífilis, clamidia, chacroide, tricomonas, linfogranuloma venéreo, gardiasis, molusco contagioso, micoplasma vaginal, filarisis, cándida, salmonelosis, shigela, y el meningococo.

De las ITS reportadas, ocho se han vinculado con el mayor número de casos de personas infectadas; cuatro de éstas son actualmente curables: sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis. Las otras cuatro, esto es, la hepatitis B, virus del herpes simple, VIH y virus del papiloma humano, son infecciones virales incurables, aunque existen tratamientos capaces de atenuar o modificar los síntomas o la enfermedad.

Los genitales, tanto del hombre como de la mujer, son órganos delicados que se vuelven vulnerables cuando entran en contacto con el medio externo. En el caso de la mujer, las trompas uterinas son los conductos que conectan los ovarios con el útero y es donde se lleva a cabo la fecundación. El espacio que existe dentro de estas trompas, conocido como “diámetro de la luz tubaría” es de sólo 1 milímetro, por lo que al existir contagio de tipo sexual, las trompas pueden verse afectadas, inflamarse, cicatrizar por dentro y afectar la fertilidad de la mujer.

La OMS estima que 498,9 millones de nuevos casos de las cuatro ITS curables anteriormente mencionadas, ocurrieron entre adultos de 15 a 49 años de edad, en el año 2008, lo que implica un aumento del 11,3 por ciento respecto de los 448,3 millones de casos nuevos estimados en 2005. Así mismo, cada día, más de 1 millón de personas contraen una ITS. En la actualidad, existen 530 millones de personas infectadas por herpes genital en todo el mundo y 290 millones de mujeres han contraído el virus del papiloma humano⁽²⁾.

De la misma manera, la Organización Mundial de la Salud refiere que no ha habido una disminución sustancial en las tasas de infecciones nuevas o existentes. En promedio, 1 de cada

25 personas en todo el mundo padece al menos una ITS y hay quienes experimentan múltiples infecciones al mismo tiempo⁽⁴⁾.

Si no son correctamente tratadas, las ITS comunes pueden causar complicaciones, como enfermedad inflamatoria pélvica⁽⁵⁾, embarazo ectópico, endometriosis posparto, infertilidad y dolor abdominal crónico; así como tumores genitales malignos⁽⁶⁾, cáncer cervicouterino⁽⁷⁾, artritis secundaria a gonorrea y clamidia, insuficiencia hepática y cáncer de hígado secundario al virus de la hepatitis B (VHB); y enfermedades del sistema nervioso central o meningoencefalitis secundaria a sífilis o al virus del herpes simple (VHS)⁽²⁾.

En hombres, puede presentarse estenosis uretral y epididimitis; y en el caso de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), además se observa proctitis, colitis y enteritis.

Así también, existen riesgos para la salud de los hijos si sus madres padecen de alguna ITS durante el embarazo, tales como: parto prematuro antes de las 32 y 35 semanas de gestación, 40% de probabilidades de muerte fetal⁽⁸⁾, conjuntivitis neonatal, neumonía e infecciones rectales y vaginales, y malformaciones congénitas⁽⁹⁾.

Virus del papiloma humano.

La infección por el virus del papiloma humano (VPH), se ha convertido en una fuente importante de morbilidad y mortalidad en todo el mundo⁽¹⁰⁾. Hasta la fecha, han sido identificados más de 200 tipos de VPH, de los cuales más de 30 se transmiten sexualmente, y de éstos, 15 son considerados oncogénicos o de alto riesgo^(11,12).

Los tipos 6 y 11 son los más comunes y se presentan en forma de verrugas genitales. Los tipos 16 y 18 son los más peligrosos, pues están directamente relacionados con el cáncer cervicouterino en la mujer. Las mujeres con una infección por VPH de alto riesgo que persista a los 20 años de edad, mostrarán mayor presencia de lesiones pre cancerígenas a los 30⁽¹³⁾.

Más del 80% de las mujeres sexualmente activas se han infectado con uno o más tipos de VPH en algún momento de su vida⁽¹⁴⁾, aunque la mayoría de las infecciones por VPH son transitorias y desaparecen espontáneamente. Sin embargo, se sabe que una infección persistente, con un VPH de alto riesgo, es un requisito previo para el desarrollo de cáncer cervical.

El VPH se transmite por contacto directo de piel a piel, incluso cuando la infección es asintomática, es decir, aunque no presente síntomas⁽¹⁵⁾. Más del 50% de las personas infectadas por el VPH no tiene síntomas, es decir, no saben que están infectadas, pero pueden contagiar a otras personas si tienen relaciones sexuales.

El aumento de la transmisión sexual del VPH generalmente alcanza su punto máximo en el inicio de la vida sexual y disminuye con la edad. Por lo tanto, las mujeres más jóvenes, dan positivo para VPH de alto riesgo con más frecuencia que las mujeres mayores de 30 años⁽¹⁶⁾. A mayor número de parejas sexuales, aumenta el riesgo de contagio de VPH⁽¹⁷⁾.

La detección de ADN genital del VPH⁽¹⁸⁾ es común en hombres jóvenes sexualmente activos, encontrándose más presente a nivel mundial, en hombres africanos y menos en la región de Asia y el Pacífico. El aumento en el número de parejas sexuales es un factor de riesgo muy importante para la prevalencia del ADN del VPH⁽¹⁹⁾.

Alrededor del 80% de las personas infectadas con VPH tiene entre 17 y 33 años, registrándose el mayor número de casos entre los 20 y los 24 años. Se estima que el 2,9% de la población masculina de los Estados Unidos tiene ADN genital de VPH. Se ha reportado presencia de VPH oral entre el 4,5% al 5,5% en individuos sanos, en tanto que estimaciones de ADN del VPH anal, oscilaron entre un 27 y 43% en mujeres, un 12 y 36% entre hombres, y entre 47,2 y 92,6% entre los HSH, siendo las proporciones más altas las correspondientes a HSH VIH positivos⁽²⁰⁾.

Según la OMS, la transmisión del VPH no necesariamente requiere penetración; puede ocurrir solamente por el contacto de los genitales con la piel. Así también, la mayoría de las infecciones desaparecen (90% de los casos) durante los dos primeros años⁽²¹⁾.

La infección por VPH se manifiesta en forma de verrugas alrededor del área genital y anal. Más del 90% de las verrugas anogenitales son causadas por el VPH tipo 6 y tipo 11. En las mujeres, las verrugas anogenitales externas siempre están acompañadas de verrugas planas o exofíticas de la vagina y el cuello uterino. En los hombres, la infección genital por VPH se manifiesta por la presencia de condiloma acuminado de áreas anogenitales, neoplasia intraepitelial del pene y carcinoma de pene⁽²²⁾.

El cáncer de cuello uterino (CaCu) es el cuarto cáncer más común en mujeres a nivel mundial, con un 87% de mortalidad en regiones menos desarrolladas, lo que da cuenta de su magnitud como problema de salud pública y la inequidad que implica⁽²³⁾. Se calcula que en 2018 se registraron 570.000 nuevos casos, representando el 7,5% de la mortalidad femenina por cáncer⁽²⁴⁾.

Casi el 100% de las mujeres que presentan este tipo de cáncer padecen la infección por el VPH; esto no significa que todas las mujeres que tienen VPH vayan a desarrollar cáncer, pero sí que todas las personas que tienen cáncer cervicouterino han presentado VPH. Así mismo, es causa muy importante de cáncer en toda la zona genital; por ejemplo el 80% de las personas con cáncer de ano, presentan infección por este virus⁽²⁵⁾.

Se han descrito factores de riesgo tanto de corto como de largo plazo para desarrollar CaCu. Los de corto plazo incluyen aquellos relacionados con las conductas sexuales, la edad en la primera relación sexual, el número de parejas sexuales a lo largo de la vida y el comportamiento sexual de dichas parejas; mientras que el grupo de factores de riesgo a largo plazo comprenden el uso de anticonceptivos orales, la alta paridad y el consumo de cigarrillos, como cofactores en la etiología del cáncer cervical⁽²⁶⁾.

Virus del herpes simple.

El virus del herpes simple (VHS), es otra infección sexual incurable muy común. Ya en el año 2012, se estimó que infectaba a 417 millones de personas en todo el mundo entre las edades de 15 a 49 años, presentado una prevalencia global de 11,3%, con 19,2 millones de infecciones cada año⁽²⁷⁾.

Esta infección afecta la piel o las mucosas de los genitales en hombres y mujeres⁽²⁸⁾. La infección se transmite al tener relaciones o contacto sexual con alguien que ya presenta el herpes, y es particularmente contagioso si el contacto se produce cuando la piel de la persona ya contagiada presenta úlceras, ampollas o erupción del herpes.

Los síntomas visibles son pequeñas y dolorosas ampollas, llenas de un líquido claro, que se ubican en la zona genital y las nalgas o muslos de hombres y mujeres. Antes que las ampollas sean evidentes, la persona puede sentir hormigueo, ardor, picazón o dolor en la piel del sitio donde las ampollas van a aparecer. Cuando las ampollas se rompen, dejan úlceras superficiales que son muy dolorosas, las cuales forman una costra y sanan lentamente durante siete a catorce días o más. También puede presentarse dolor al orinar y, en las mujeres, la presencia de flujo vaginal anormal, así como fiebre, malestar general, dolores musculares en la región lumbar, los glúteos, los muslos o las rodillas, y ganglios linfáticos inflamados y sensibles en la ingle.

Un segundo brote puede aparecer semanas o meses más tarde y casi siempre es menos intenso. El virus del herpes puede esconderse dentro de las células nerviosas del cuerpo y permanecer “dormido” (latente) durante mucho tiempo, para “despertar” (reactivarse) en cualquier momento y volver a presentar los síntomas⁽²⁹⁾. Los pacientes con herpes genital, tiene más posibilidades de presentar la infección por VIH⁽³⁰⁾.

Clamidia.

La clamidia (*Chlamydia trachomatis*) es la ITS bacteriana más común en todo el mundo^(31,32), presentándose más en las mujeres. La OMS ha estimado que alrededor de 98 millones de adultos fueron infectados por clamidia en 2005 y que anualmente ocurren 101 millones de nuevos casos en todo el mundo^(33,34). Las tasas de prevalencia pueden variar del 2 al 17% en mujeres asintomáticas, según la población y el país evaluados⁽³⁵⁾. Se ha observado que en los centros de detección de ITS ésta aumenta hasta el 15%⁽³⁶⁾.

Esta infección se presenta con inflamación de la uretra (conducto por el cual sale la orina del cuerpo), los testículos o la vejiga, así como inflamación aguda de las trompas uterinas, dolor al orinar y sangrado en las relaciones sexuales⁽³⁷⁾. Aunque casi el 80% de los infectados no presenta síntomas⁽³⁸⁾, con el paso del tiempo puede presentarse enfermedad pélvica inflamatoria, que es una de las mayores causas de infertilidad en las mujeres. La clamidia puede ser transmitida al recién nacido durante el parto, si la madre se encuentra infectada.

Debido a su naturaleza asintomática, su persistencia a largo plazo y capacidad para inducir la inflamación crónica, esta infección se considera un cofactor potencial en la infección por el VPH de alto riesgo, al promover la persistencia del virus y / o potenciar su oncogenicidad^(39,40), pues, además de inducir inflamación del tejido, este afecta la capacidad del huésped para depurar la infección por VPH, lo que contribuye a la persistencia viral y aumenta el riesgo de desarrollar lesiones con un mal pronóstico⁽⁴¹⁾.

Sífilis.

La sífilis es causada por la bacteria denominada *Treponema pallidum* y sigue siendo un importante problema de salud a nivel mundial. Cada año, se producen seis millones de nuevos casos de sífilis en todo el mundo, la mayoría en países de ingresos bajos y medios⁽⁴²⁾.

La infección por sífilis generalmente se presenta asintomática; sin embargo, esta puede ser diagnosticada de manera temprana y ser tratada de inmediato con penicilina⁽⁴³⁾. La sífilis no tratada puede causar daños a los sistemas nervioso central y periférico, sistema cardiovascular,

hígado, huesos y articulaciones⁽⁴⁴⁾. Las infecciones primarias pueden causar una mayor adquisición y transmisión del VIH.

Entre el 50% y el 80%⁽⁴⁵⁾ de las mujeres embarazadas infectadas que no reciben tratamiento, tendrán eventos adversos graves asociados con la sífilis, que incluyen muerte fetal, muertes neonatales, y lactantes con signos clínicos de la enfermedad o enfermedades congénitas⁽⁴⁶⁾.

Gonorrea.

La gonorrea, causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae* es la segunda ITS más importante y causa más de 100 millones de infecciones nuevas cada año⁽⁴⁷⁾.

Cuando presenta síntomas, estos aparecen entre los dos y los cinco días después de producida la infección. En el hombre, éstos pueden ser dolor y ardor al orinar, secreción del pene (de color blanco, amarillo o verde), uretra roja o inflamada, testículos sensibles o inflamados. Los síntomas en la mujer pueden ser flujo vaginal, dolor y ardor al orinar, aumento en el número de veces que se orina, dolor intenso en la parte baja del abdomen y fiebre. Muchas mujeres no tienen síntomas hasta que llegan las complicaciones como infertilidad y embarazos fuera del útero⁽⁴⁸⁾. Las mujeres que tienen gonorrea son más propensas a contagiarse de VIH⁽⁴⁹⁾.

VIH/SIDA.

Es una ITS incurable causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). En la actualidad hay más de 36,9 millones de personas que padecen esta infección y han muerto 1,7 millones de personas por enfermedades relacionadas con ella.

La epidemia de VIH continúa afectando a poblaciones grandes y diversas en países de ingresos bajos y medianos, incluyendo aproximadamente 2 millones de personas en América Latina⁽⁵⁰⁾. En muchos de esos países, poblaciones clave como hombres y mujeres menores de 24 años y HSH, se ven desproporcionadamente afectados⁽⁵¹⁾.

Esta pandemia alcanzó su punto máximo en 1997, con 3,3 millones de nuevas infecciones, disminuyendo en un 4,8% por año hasta 2005. De 2005 a 2015, las infecciones se mantuvieron estables en alrededor de entre 2,5 y 2,6 millones por año. El número de personas que viven con el VIH aumentó rápidamente, de 2,4 millones en 1985, a 28 millones de personas en el año 2000. Del 2000 a 2015, el número de personas que vive con el VIH aumentó en un 0,8% por año, alcanzando 38,8 millones en 2015⁽⁵²⁾.

En 2015, 1,8 millones de personas presentaron nuevas infecciones por VIH. El 75,4% de los nuevos casos, se reportaron en África Subsahariana. Las tasas de incidencia estimadas más altas en Europa se registraron en Rusia, en tanto que en Asia éstas se presentaron en Camboya. En América, sólo Belice, Guyana y Haití tuvieron tasas de más de 50 por cada 100.000 personas⁽⁵²⁾.

El virus del VIH afecta al sistema inmunitario, es decir, las defensas que el cuerpo produce para atacar las infecciones; por eso los pacientes que se contagian de VIH y no reciben el tratamiento adecuado, se debilitan rápidamente y mueren de otras infecciones, que en muchas personas son comunes pero en el caso de ellos se vuelven fatales.

Una vez que la persona se infecta con el virus, éste permanece dentro de su cuerpo durante toda su vida, pero con un buen tratamiento el cuerpo puede mantenerse sano por varios años. El virus se transmite de tres formas: la primera y más común, es por contacto sexual (por semen y secreciones vaginales); la segunda, es a través de la sangre; y la tercera, se produce de madre a hijo durante el parto o se traspa al momento de la lactancia, mediante la leche materna. El virus no se transmite por abrazar a una persona con VIH, por picaduras de mosquito o por entrar en contacto con cosas que hayan sido tocadas por alguien contagiado.

Cuando una persona se infecta de VIH puede presentar síntomas como diarrea, fiebre, dolor de cabeza, úlceras en la boca, infección por hongos como *Cándida*, dolor en los músculos, sudores fríos, erupciones de diferentes tipos y dolor de garganta, entre otros; aunque muchas personas no evidencian síntomas cuando son diagnosticadas. Después de presentar el contagio, pueden pasar meses o incluso varios años para desarrollar el SIDA (si es que no se utiliza el tratamiento adecuado).

Las personas contagiadas por alguna ITS son más propensas a contagiarse del VIH^(53,54) incluso llegan tener de cinco a diez veces más posibilidades de infectarse. Esto se debe, entre otros factores, a que las infecciones sexuales causan ruptura de la piel y de las barreras de los genitales, lo que permite que el VIH entre más rápido en el cuerpo⁽⁵⁵⁾.

Notas capítulo 4

1. Los profesionales de la salud utilizan los términos ETS (enfermedades de transmisión sexual) o ITS (infecciones de transmisión sexual) para referirse a las afecciones infecto contagiosas que se transmiten de una persona infectada a otra por medio de contacto sexual o relaciones sexuales vaginales, anales u orales. Ambos términos son correctos pero el término más actualizado es “ITS”, esto debido a que las personas pueden contraer una infección sin que se convierta en una enfermedad (y en muchos casos contagiar la misma sin presentar síntomas).
2. Holmes KK, Bertozzi S, Bloom BR, et al. Major Infectious Diseases: Key Messages from Disease Control Priorities, Third Edition. In: Holmes KK, Bertozzi S, Bloom BR, et al., editors. Major Infectious Diseases. 3rd edition. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2017 Nov 3. Chapter 1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525197/>
3. World Health Organization. 2019. Sexually transmitted infections (STIs). Disponible en [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
4. Organización Mundial de la Salud. 2019. Disponible: <https://www.who.int/news-room/detail/06-06-2019-more-than-1-million-new-curable-sexually-transmitted-infections-every-day>
5. Satterwhite CL, Newman D, Collins D, Torrone E. Chlamydia Screening and Positivity in Juvenile Detention Centers, United States, 2009-2011. *Women Health*. 2014 Sep 4.
6. Freire MP, Pires D, Forjaz R, Sato S, Cotrim I, Stiepcich M, et al. Genital prevalence of HPV types and co-infection in men. *Int Braz J Urol*. 2014 Jan-Feb; 40(1): 67-71.
7. Antic LG, Vukovic DS, Vasiljevic MD, Antic DZ, Aleksopolus HG. Differences in risk factors for cervical dysplasia with the applied diagnostic method in serbia. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014; 15(16): 6697-701.
8. Liu B, Roberts CL, Clarke M, Jorm L, et al. Chlamydia and gonorrhoea infections and the risk of adverse obstetric outcomes: a retrospective cohort study. *Sex Transm Infect*. Dec 1; 2013 89(8): 672-8.
9. Nguyen M, Cabeza J, Segura E, García PJ, Klausner JD. High Rate of Partner Treatment Among Chlamydia trachomatis-Infected Pregnant Women in Lima, Peru. *Sex Transm Dis*. 2016 May; 43(5): 296-8.
10. McQuillan, G.; Kruszon-Moran, D.; Markowitz, L.E.; Unger, E.R.; Paulose-Ram, R. Prevalence of HPV in adults aged 18–69: United States, 2011–2014. *NCHS Data Brief*. 2017, 280, 1–8.
11. Giuliano AR, Nyitray AG, Kreimer AR, et al. EUROGIN 2014 roadmap: differences in human papillomavirus infection natural history, transmission and human papillomavirus-related cancer incidence by gender and anatomic site of infection. *Int J Cancer* 2015; 136: 2752–60.

12. Saraiya M, Unger ER, Thompson TD, et al. US assessment of HPV types in cancers: implications for current and 9-valent HPV vaccines. *J Natl Cancer Inst* 2015; 107: djv086–186.
13. Ebisch RME, Ketelaars PJW, van der Sanden WMH, Schmeink CE, Lenselink CH, Siebers AG, et al. Screening for persistent high-risk HPV infections may be a valuable screening method for young women; A retrospective cohort study. *PLoS One*. 2018 Oct 24; 13(10): e0206219.
14. Chesson HW, Dunne EF, Hariri S, Markowitz LE. The estimated lifetime probability of acquiring human papillomavirus in the United States. *Sex Transm Dis*. 2014; 41(11): 660–664.
15. Lin CC, Hsieh MC, Hung HC, Tsao SM, Chen SC, Yang HJ, et al. Human papillomavirus prevalence and behavioral risk factors among HIV-infected and HIV-uninfected men who have sex with men in Taiwan. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Nov; 97(45): e13201.
16. Argyri E, Papaspyridakos S, Tsimplaki E, Michala L, Myriokefalitaki E, Papasideri I, et al. A cross sectional study of HPV type prevalence according to age and cytology. *BMC Infect Dis* 2013; 13: 53.
17. Remschmidt C, Kaufmann AM, Hagemann I, Vartazarova E, Wichmann O, Deleré Y. Risk factors for cervical human papillomavirus infection and high-grade intraepithelial lesion in women aged 20 to 31 years in Germany. *Int J Gynecol Cancer*. 2013 Mar; 23(3): 519-26.
18. ADN: ácido desoxirribonucleico Una prueba de ADN genital del VPH positiva significa que se tiene la infección por virus del papiloma humano, aunque no se presenten síntomas de la misma.
19. Vardas E, Giuliano AR, Goldstone S, Palefsky JM, Moreira ED Jr, Penny ME, et al. External genital human papillomavirus prevalence and associated factors among heterosexual men on 5 continents. *J Infect Dis*. 2011 Jan 1; 203(1): 58-65.
20. Lisboa C, Santo I, Azevedo J, Azevedo L, Pista A, Dias C, et al. High Prevalence of Human Papillomavirus on Anal and Oral Samples from Men and Women with External Anogenital Warts: The HERCOLES Study. *Acta Derm Venereol*. 2019 May 1; 99(6): 557-563.
21. Silva-Caso W, Olivera-Irazábal M, León-Álvarez P, Del Valle LJ, Díaz-Estacio S, Vargas M, et al. Identification of human papillomavirus as a preventive strategy for cervical cancer in asymptomatic women in the Peruvian Andes. *Asian Pac J Trop Med*. 2014 Sep; 7S1: S121-6.
22. Al-Awadhi R, Al-Mutairi N, Albatineh AN, Chehadeh W. Association of HPV genotypes with external anogenital warts: a cross sectional study. *BMC Infect Dis*. 2019 May 2; 19(1): 375.
23. Bychkovsky BL, Ferreyra ME, Strasser-Weippl K, Herold CI, de Lima Lopes G Jr, Dizon DS, et al. Cervical cancer control in Latin America: A call to action. *Cancer* 2016; 122: 502-14.
24. OMS 2017. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
25. Ravenda PS, Magni E, Botteri E, Manzotti M, Barberis M, Vacirca D, et al. Prognostic value of human papillomavirus in anal squamous cell carcinoma. *Cancer Chemother Pharmacol*. 2014 Nov; 74(5): 1033-8.
26. Almonte M, Albero G, Molano M, Carcamo C, García PJ, Pérez G. Risk factors for human papillomavirus exposure and co-factors for cervical cancer in Latin America and the Caribbean. *Vaccine*. 2008; Aug 19; 26 Suppl 11: L16-36.
27. Looker KJ, Magaret AS, Turner KM, Vickerman P, Gottlieb SL, Newman LM. Global estimates of prevalent and incident herpes simplex virus type 2 infections in 2012. *PLoS One*. 2015; 10(1): e114989.
28. Eckert LO, Lentz GM. Infections of the Lower and Upper Genital Tract: Vulva, Vagina, Cervix, Toxic Shock Syndrome, Endometritis, and Salpingitis. In: Katz VL, Lentz GM, Lobo RA, Gershenson DM, eds. *Comprehensive Gynecology*. 6th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2012: chap 23.
29. Schiffer JT, Corey L. Herpes simplex virus. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 7th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Churchill Livingstone; 2009: chap 136.
30. Mehta B. A clinico-epidemiological study of ulcerative sexually transmitted diseases with human immunodeficiency virus status. *Indian J Sex Transm Dis*. 2014 Jan; 35(1): 59-61.
31. Calil LN, Igansi CN, Meurer L, Edelweiss MI, Bozzetti MC. Chlamydia trachomatis and human papillomavirus coinfection: association with p16INK4a and Ki67 expression in biopsies of patients with pre-neoplastic and neoplastic lesions. *Braz J Infect Dis*. 2011 Mar-Apr; 15(2): 126-31.
32. Djoba-Siawaya JF. Chlamydia trachomatis, Human Immunodeficiency Virus (HIV) Distribution and Sexual Behaviors across Gender and Age Group in an African Setting. *PLoS ONE*, 2014; 9(3): e90174.
33. de Vries HJ, Schim van der Loeff MF, Bruisten SM. High-resolution typing of Chlamydia trachomatis: epidemiological and clinical uses. *Curr Opin Infect Dis*. 2015 Feb; 28(1): 61-71.

34. Dimech W, Lim MS, Van Gemert C, Guy R, Boyle D, Donovan B, et al. Analysis of laboratory testing results collected in an enhanced chlamydia surveillance system in Australia, 2008-2010. *BMC Infect Dis.* 2014 Jun 12; 14: 325.
35. Bébéar C, de Barbeyrac B. Genital Chlamydia trachomatis infections. *Clin Microbiol Infect.* 2009 Jan; 15(1): 4-10.
36. Peuchant O, Le Roy C, Desveaux C, Paris A, Asselineau J, Maldonado C, et al. Screening for Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, and Mycoplasma genitalium should it be integrated into routine pregnancy care in French young pregnant women. *Diagn Microbiol Infect Dis.* 2015 May; 82(1): 14-9.
37. Chen MY, Rohrsheim R, Donovan B. Chlamydia trachomatis infection in Sydney women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2005; 45: 410-3.
38. Ward J, Goller J, Ali H, Bowring A, Couzos S, Saunders M, et al. Chlamydia among Australian Aboriginal and/or Torres Strait Islander people attending sexual health services, general practices and Aboriginal community controlled health services. *BMC Health Serv Res.* 2014 Jul 1; 14: 285.
39. Deluca GD, Basiletti J, Schelover E, Vásquez ND, Alonso JM, Marín HM, et al. Chlamydia trachomatis as a probable cofactor in human papillomavirus infection in aboriginal women from northeastern Argentina. *Braz J Infect Dis.* 2011 Nov-Dec; 15(6): 567-72.
40. Karim S, Souho T, Benlemlih M, Bennani B. Cervical Cancer Induction Enhancement Potential of Chlamydia Trachomatis: A Systematic Review. *Curr Microbiol.* 2018 Dec; 75(12): 1667-1674.
41. Silins J, Ryd W, Strand A, Wadell G, Törnberg S, Hansson BG, et al. Chlamydia trachomatis infection and persistence of human papillomavirus. *Int J Cancer.* 2005 Aug 10; 116(1): 110-5.
42. Newman L, Rowley J, Vander Hoorn S et al. Global estimates of the prevalence and incidence of four curable sexually transmitted infections in 2012 based on systematic review and global reporting. *PLoS ONE* 2015; 10: e0143304.
43. World Health Organization (WHO). Investment Case for Eliminating Mother-to-Child Transmission of Syphilis: Promoting Better Maternal and Child Health and Stronger Health Systems. World Health Organization, 2012. Disponible en: [http:// apps.who.int/iris/bitstream/10665/75480/1/ 9789241504348_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75480/1/9789241504348_eng.pdf)
44. Rosa-Gonçalves D, Bernardes M, Costa L. Presentaciones poco comunes y peligros de la sífilis secundaria: periosteitis, tenosinovitis y anomalías hepáticas. *Reumatol Clin.* 2017 Jun 2. pii: S1699-258X(17)30064-5.
45. Wijesooriya NS, Rochat RW, Kamb ML et al. Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012: a health systems modelling study. *Lancet Glob Health* 2016; 4: e525–e533.
46. Mallma P, Garcia P, Carcamo C, Torres- Rueda S, Peeling R, Mabey D, et al. Rapid Syphilis Testing Is Cost-Effective Even in Low- Prevalence Settings: The CISNE-PERU Experience. *PLoS ONE* 2016; 11(3): e0149568.
47. Grad YH, Kirkcaldy RD, Trees D, Dordel J, Harris SR, Goldstein E, et al. Genomic epidemiology of Neisseria gonorrhoeae with reduced susceptibility to cefixime in the USA: a retrospective observational study. *Lancet Infect Dis.* 2014 Mar; 14(3): 220-6.
48. Jamil MS, Hocking JS, Bauer HM, Ali H, Wand H, Smith K, et al. Home-based chlamydia and gonorrhoea screening: a systematic review of strategies and outcomes. *BMC Public Health.* 2013 Mar 4; 13: 189.
49. Peterman TA, Newman DR, Maddox L, Schmitt K, Shiver S. Risk for HIV following a diagnosis of syphilis, gonorrhoea or chlamydia: 328,456 women in Florida, 2000-2011. *Int J STD AIDS.* 2015 Feb; 26(2): 113-9.
50. Wolff MJ, Cortes CP, Mejia FA, Padgett D, Belaunzarán-Zamudio P, Grinsztejn B, et al. Evaluating the care cascade after antiretroviral therapy initiation in Latin America. *Int J STD AIDS.* 2018 Jan; 29(1): 4-12.
51. UNAIDS. Global AIDS Update 2016. Geneva: UNAIDS; 2016.
52. GBD 2015 HIV Collaborators. Estimates of global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980-2015: the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet HIV.* 2016 Aug; 3(8): e361-e387.
53. Nelson LE, Tharao W, Husbands W, Sa T, Zhang N, Kushwaha S, Absalom D, et al. The epidemiology of HIV and other sexually transmitted infections in African, Caribbean and Black men in Toronto, Canada. *BMC Infect Dis.* 2019 Mar 29; 19(1): 294.
54. Taylor M, Newman D, Gonzalez J, Skinner J, Khurana R, Mickey T. HIV status and viral loads among men testing positive for rectal gonorrhoea and chlamydia, Maricopa County, Arizona, USA, 2011-2013. *HIV Med.* 2014 Sep 17.
55. Da Ros CT; Da Silva SC. Global epidemiology of sexually transmitted diseases. *Asian J Androl* 2008; 10(1): 110-14.

Capítulo 5

Infecciones de transmisión sexual en América

Las ITS se encuentran en aumento sostenido en los Estados Unidos y marcaron un nuevo récord histórico al superar los 2,3 millones de casos en 2017.

En 2017, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades –CDC– del gobierno estadounidense, reportaron un aumento sostenido de ITS, al confirmar 2,3 millones de casos de clamidia, gonorrea y sífilis; 200.000 casos más que en 2016⁽¹⁾.

El mismo año 2017 en los **Estados Unidos**, se registraron 1.069.111 casos de infección por **clamidia** en personas de 15 a 24 años, lo que representa el 62,6% de todos los casos informados de clamidia. Entre las personas de 15 a 19 años, la tasa de casos notificados por esta infección aumentó un 7,5% durante 2016-2017.

En mujeres de 15 a 24 años de edad, se presentó un aumento de casos de clamidia de 4,9% en comparación con 2016, y de 8,8% en comparación con 2013.

En relación a las infecciones por **gonorrea**, también en los **Estados Unidos**, durante el período 2016 - 2017, la tasa de casos informados aumentó un 15,5% para las personas de 15 a 19 años y un 12,8% para las personas de 20 a 24 años.

En 2017, entre las mujeres de 15 a 24 años, la tasa fue de 622,8 casos por 100.000 mujeres, esto es, un aumento del 24,1% en comparación con 2013 (501,7 casos por 100.000 mujeres). Entre los hombres de 15 a 24 años, la tasa fue de 520,1 casos por cada 100.000 hombres, es decir, un aumento del 51,6% con respecto a 2013 (343 casos por cada 100.000 hombres).

En el año 2017 también aumentaron los casos de **sífilis primaria y secundaria** en ese país, entre las mujeres de 15 a 24 años. La tasa fue de 5,5 casos por 100.000 mujeres, lo que representa un incremento del 83,3% en comparación con 2013 (3 casos por 100.000 mujeres). Ese mismo año, en hombres de entre 15 a 24 años, la tasa fue de 26,1 casos por cada 100.000 hombres, esto es un aumento del 50,9% en comparación con 2013 (17,3 casos por 100.000 hombres)⁽²⁾.

El **VPH** es la ITS más frecuente en los **Estados Unidos**^(3,4). Se estima que 14 millones de personas se infectan cada año de ésta, lo que representa un costo para los contribuyentes americanos de 1.700 millones de dólares (en un rango de 800 millones a 2.900 millones) en gastos indirectos asociados⁽⁵⁾.

Durante 2013-2014 en los Estados Unidos, la prevalencia de VPH genital en adultos de entre 18 a 59 años fue de 42,5% en el total de la población, cifra de la cual un 45,2% corresponde a hombres, y un 39,9% a mujeres; en tanto que la prevalencia de VPH genital de alto riesgo fue del 22,7% en la población total, con un 25,1% en hombres y un 20,4% en mujeres⁽⁶⁾.

En el año 2016 en tanto, según datos de los CDC, los **Estados Unidos** presentaron 488.700 casos de **clamidia, gonorrea y sífilis**⁽⁷⁾ entre personas de 15 a 19 años; registrándose al año siguiente 38.739 nuevos diagnósticos de **VIH**, de los cuales el 66% correspondió a HSH⁽⁸⁾.

Estudios sobre la prevalencia de **VPH** en hombres jóvenes de 20 a 24 años, refieren datos de 61,3% en los **Estados Unidos**, 58,5% en **México** y 78,6% en **Brasil**⁽⁹⁾. Estudios previos en países occidentales, han demostrado que la tasa de infección anal por VPH en hombres infectados por el **VIH** es de 97,9% en los **Estados Unidos**, 86,1% en **México** y 96,3% en **Italia**^(10,11).

En México, algunos estudios sobre el **VPH** han mostrado algunas diferencias en la prevalencia reportada, las cuales fluctúan de 4,8% a 40,9% y sugieren una variabilidad de la presencia del VPH con respecto a la zona geográfica⁽¹²⁾.

Datos de la Secretaría de Salud Federal en **México**, a través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, reflejan que en 2018 las ITS habían aumentado en comparación con años anteriores. Tal es el caso de la **gonorrea**, con 4.229 casos comparado con 1.383 casos en el año 2012; la **sífilis adquirida** con 5.703 casos comparada con los 3.272 del año 2012, y la **sífilis congénita**, es decir, la que se transmite de una madre infectada a su hijo durante el embarazo, que en 2018 llegó a 302 casos, en circunstancias que en 2012 la cifra era de 76 casos⁽¹³⁾.

Así mismo, el **herpes genital** aumentó en más del 50% al comparar cifras del año 2014 (3.556 casos) contra el año 2018 (5.854 casos), y el **VIH** aumentó de 8.153 casos en 2014 a 14.769 casos en el 2018⁽¹⁴⁾.

En **México**, se calcula que 286.700 personas padecen **VIH/SIDA**, de las cuales el 82% son hombres. El 94% lo adquirió por vía sexual⁽¹⁵⁾.

La prevalencia del **VIH/SIDA** entre los jóvenes de **Colombia** es una de las más altas de América Latina, así como las tasas de otras ITS entre jóvenes de 15 a 24 años de edad, por ejemplo, la **vaginosis bacteriana** (42%), la **infección por virus del papiloma humano** (28%) e infecciones por **clamidia** (11,4%), **gonorrea** (0,10%) y **uretritis** (6,2%)^(16,17).

El Ministerio de Salud y Protección Social de **Colombia** entregó datos según los cuales 1.538, 1.525 y 1.313 personas fueron diagnosticadas con **clamidia** en 2009, 2010 y 2011, respectivamente, siendo ésta la ITS más frecuente en personas de 15 a 49 años⁽¹⁸⁾. Al mismo tiempo, se observó que las mujeres que tenían más parejas sexuales e infecciones con múltiples tipos de VPH, tenían el mayor riesgo de presentar infecciones por clamidia⁽¹⁹⁾.

En el **Perú**, una encuesta nacional de población realizada en 2002, reveló una tasa de prevalencia de infección por **clamidia** del 6,5% en mujeres de 18 a 29 años de edad⁽²⁰⁾, con una prevalencia de la infección en mujeres embarazadas del 10%⁽²¹⁾, en la ciudad de Lima.

En relación al **VPH** en ese país, se ha reportado una prevalencia de la infección en mujeres de 43,9%, así como de infección por genotipos de alto riesgo de 71,9%, y de genotipos de bajo riesgo de 19,3%⁽²²⁾. Otros reportes indican prevalencias de 34,49%, de las cuales un 17% corresponde a múltiples infecciones⁽²³⁾.

Respecto al **VIH/SIDA**, datos del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades en el **Perú**, de 2018, refieren que desde el año 1983, en que se reportó el

primer caso de SIDA en el país, hasta el 31 de diciembre de 2018, han sido notificados un total de 120.389 casos de infección por VIH, de los cuales 43.072 se encuentran en estadio SIDA.

Del año 2013 al 2018, por su parte, se observa un mayor incremento en los casos de infección VIH diagnosticados en el grupo de 15 a 19 años (de 770 a 1.589 casos) y de 20 a 29 años (de 2.939 a 5.072 casos)⁽²⁴⁾.

Hasta diciembre del 2018, la relación de infección hombre – mujer era de 3,7 hombres por 1 mujer en los casos de VIH, y de 4,5 hombres por una mujer para los casos de SIDA.

Del total de casos de VIH notificados desde 1983 a diciembre 2018, la vía de transmisión más frecuente fue la sexual con un 97,58%, seguido del 1,98% por transmisión madre-niño (vertical) y 0,44% vía parenteral. Del 2013 al 2018, la vía de transmisión sexual se mantiene como la más frecuente con 98,9%, y se observa una reducción de la vía vertical a 0,7%⁽²⁴⁾.

En relación al **VPH en Chile**, estudios refieren una prevalencia de 21,8% en mujeres jóvenes (reportando, el 58,3% de las mujeres con VPH positivo, más de 3 parejas sexuales)⁽²⁵⁾, y datos en América Latina la sitúan entre un 25 a 30% para ese mismo grupo⁽²⁶⁾. En **Chile**, se obtuvo una prevalencia de 30,9% de VPH en muestras cérvico-vaginales de mujeres menores de 25 años de edad, asintomáticas⁽²⁷⁾. En el ámbito internacional, en tanto, para adolescentes y mujeres jóvenes se reporta una frecuencia de VPH de 35% en muestras de vulva-vagina y de 24,2% en muestras cervicales⁽²⁸⁾.

En **Chile**, la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres en edad reproductiva se debe al CaCu relacionado al **VPH**, produciendo alrededor de 600 decesos anuales, de acuerdo a datos del Ministerio de Salud –MINSAL–⁽²⁹⁾.

Respecto a la prevalencia de infección por **clamidia** en mujeres jóvenes en **Chile**, se han presentado diferentes datos sobre la misma: 11,2%⁽³⁰⁾, 6,9%⁽³¹⁾ y 11,49%⁽³²⁾.

El Departamento de Epidemiología y el Departamento de Estadística de Información en Salud (DEIS) del MINSAL, ha registrado que en los últimos cuatro años ha habido un aumento constante en los casos de **gonorrea**, de 8,3 por cada 100.00 habitantes en 2014, a 15,7 por 100.000 en 2018⁽³³⁾. Tan solo el año 2018, la tasa sobrepasó en 36% los registros del año 2016, predominantemente en el grupo clasificado entre los 15 y los 24 años.

Datos del primer trimestre del año 2019, indican que continúa la tendencia al alza, con la notificación de 530 casos de gonorrea, es decir, una tasa global de 2,8 casos por cada 100.000 habitantes, 13% superior a la mediana de casos del quinquenio 2014-2018. El grupo etario más afectado fue el de 20 a 24 años con 12,7 casos por cada 100.000 habitantes, en segundo lugar está el grupo de 15 a 19 años con 7,6 casos por cada 100.000 habitantes. De todos los casos reportados, el 86% corresponde a hombres⁽³³⁾.

El aumento de casos de gonorrea resulta ser un dato relevante que indica altas posibilidades de un aumento de otras ITS como el VIH. El MINSAL lo considera un potente indicador de que existe en ellos un aumento de otras infecciones de transmisión sexual, como sífilis, hepatitis B y VIH, entre otras, ya que tienen el mismo mecanismo de infección.

En el caso del **VIH en Chile**, en un período comprendido entre 2010 y 2018, se ha observado un incremento constante de casos confirmados por el Instituto de Salud Pública. En el año

2010, la tasa fue 17,5 casos por cada 100.000 habitantes, lo que se más que duplicó para el año 2018, con 37,5 casos por cada 100.000 habitantes. En el año 2017 fueron confirmados 5.816 casos de VIH, cifra que para el año 2018 subió a 6.984 casos, lo que indica un incremento bastante acelerado entre un año y otro, con un aumento de 18,3%⁽³⁴⁾.

Los datos muestran que el grupo de mayor riesgo es el que se encuentra entre los 20 y 39 años. En el primer trimestre, la mayoría de los nuevos casos (84,4%) se presentó en hombres, siendo la principal vía de transmisión la sexual (99% de los casos). La presencia de otras ITS aumenta el riesgo de infección del VIH, por lo que el aumento en los casos de gonorrea se relaciona con el mayor riesgo de contraer VIH⁽³⁵⁾. Cabe mencionar que ser menor de edad está importantemente asociado con presentar múltiples ITS.

El número de muertes por **SIDA** en **Chile**, desde 1990 hasta el año 2015, ha sido de 9.850 personas, de las cuales un 87% fueron hombres⁽³⁶⁾.

En el caso de la **sífilis** en adultos, en la región de las **Américas**, la tasa de contagio se estimó en un 0,4% en 2012, lo que representa alrededor de 937.000 nuevas infecciones. La mayor parte de los casos de contagio de sífilis adquirida sexualmente en América Latina y el Caribe ocurrió en individuos con alto riesgo de contraer VIH y otras ITS, por ejemplo: trabajadoras sexuales, poblaciones migrantes, y HSH⁽³⁷⁾, con aumento muy notable en HSH⁽³⁸⁾.

El año 2012, se estimó en **América Latina y el Caribe**, un total de 63.000 infecciones de **sífilis durante el embarazo**, lo que contribuyó a que se registraran 14.000 resultados perinatales adversos en la región. En 2015, la cifra entregada por la OPS ascendió a 22.800 casos de sífilis congénita, esto es, una tasa de 1,7 casos por 1.000 nacidos vivos⁽³⁹⁾.

Adolescentes, jóvenes y las ITS.

Las personas más afectadas por las ITS son los jóvenes de entre 15 y 24 años. Se estima que cada año, el 50% de las infecciones sexuales ocurren en personas de este rango de edad⁽⁴⁰⁾.

Los adolescentes que inician relaciones sexuales tempranamente, tienen mayor riesgo de tener relaciones sexuales no deseadas y mayor número de parejas sexuales⁽⁴¹⁾. El 25% de todos los adolescentes que tienen relaciones sexuales, presenta una ITS⁽⁴²⁾.

El tener relaciones sexuales durante la adolescencia puede tener graves consecuencias; por ejemplo, las adolescentes que las inician antes de los 15 años tienen 25% más de posibilidades de infectarse por clamidia un año después de iniciar la actividad sexual, cifra que sube a un 50% luego de dos años⁽⁴³⁾. Esta es la infección sexual más común en menores de 24 años⁽⁴⁴⁾. Así mismo, 1 de cada 4 mujeres adolescentes que tiene relaciones sexuales, está contagiada de una ITS como clamidia o VPH.

Además de tener relaciones sexuales con una persona contagiada con VIH (muchas veces sin saberlo), el inicio sexual temprano, los embarazos de adolescentes, el abandono escolar prematuro y la violencia sexual, también aumentan la vulnerabilidad de las adolescentes y mujeres jóvenes a contraer el VIH y las encierran en ciclos viciosos de pobreza y dependencia⁽⁴⁵⁾.

Las adolescentes y las jóvenes son las más propensas a contagiarse de una ITS por varias razones, entre ellas, la inmadurez de su aparato reproductor⁽⁴⁶⁾ y ciertas características, psicológicas, de

conducta^(47,48) y sociales, como por ejemplo, la elección indiscriminada de parejas sexuales, períodos cortos entre el momento en que dos personas se encuentran y la iniciación de la actividad sexual, falta o corta duración de los vínculos sociales entre las parejas sexuales y estrechamiento de las brechas entre las parejas sexuales consecutivas y los encuentros sexuales⁽⁴⁹⁾. El inicio temprano de las relaciones sexuales aumenta las probabilidades de experimentar ITS⁽⁵⁰⁾.

Entre las personas con mayor riesgo de contraer ITS, están aquellas que tienen más de una pareja sexual, una pareja sexual nueva o una pareja sexual con parejas concurrentes; aquellas que no mantienen relaciones mutuamente monógamas; y las que usan el condón en forma inconsistente. El riesgo es aún mayor en las personas que tienen un compañero sexual con una ITS, las que tienen una ITS anterior o actual, y las que intercambian relaciones sexuales por drogas o dinero⁽⁵¹⁻⁵⁴⁾.

Los factores de riesgo más frecuentes relacionados con la infección y persistencia de las ITS –incluido el VPH– en la población joven son, entre otras, edad temprana del inicio de las relaciones sexuales⁽⁵⁵⁻⁵⁷⁾, aumento en el número de parejas sexuales⁽⁵⁸⁾, el hábito de fumar y la utilización de algunos métodos anticonceptivos⁽⁵⁹⁾. Las mujeres jóvenes que inician relaciones sexuales a temprana edad y tienen más de 3 parejas sexuales, aumentan el riesgo de contraer VPH⁽⁶⁰⁾; asimismo, se ha demostrado que en hombres, existe una asociación positiva entre la edad temprana de inicio de las relaciones sexuales y la presencia de infección por VPH⁽⁶¹⁾.

En el caso del HSV-2, la exposición sexual es el principal factor de riesgo para contagiarse, así como el número creciente de parejas sexuales a lo largo de la vida⁽⁶²⁾.

Notas capítulo 5

- Centers for Disease Control and Prevention. New CDC analysis shows steep and sustained increases in STDs in recent years. Disponible en: <https://www.cdc.gov/media/releases/2018/p0828-increases-in-stds.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2017. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2018. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/stats17/default.htm>. Acceso May 31, 2019.
- Markowitz LE, Dunne EF, Saraiya M, et al. Human papillomavirus vaccination: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep* 2014; 63(RR-05): 1–30.
- Satterwhite CL, Torrone E, Meites E, et al. Sexually transmitted infections among US women and men: prevalence and incidence estimates, 2008. *Sex Transm Dis* 2013; 40(3): 187–93.
- Owusu-Edusei K Jr, Chesson HW, Gift TL, et al. The estimated direct medical cost of selected sexually transmitted infections in the United States, 2008. *Sex Transm Dis* 2013; 40(3): 197–201.
- McQuillan G, Kruszon-Moran D, Markowitz LE, Unger ER, Paulose-Ram R. Prevalence of HPV in Adults Aged 18-69: United States, 2011-2014. *NCHS Data Brief*. 2017 Apr; (280): 1-8.
- Sexually transmitted disease surveillance 2016. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2017. https://www.cdc.gov/std/stats16/CDC_2016_STDS_Report_for508WebSep21_2017_1644.pdf
- CDC. HIV surveillance report, 2017 (vol 289). Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2017. <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/library/reports/surveillance/cdc-hiv-surveillance-report-2017-vol-29.pdf>
- Giuliano AR, Lazcano E, Villa LL, et al. Circumcision and sexual behavior: factors independently associated with human papilloma - virus detection among men in the HIM study. *Int J Cancer* 2009; 124: 1251–7.
- Méndez-Martínez R, Rivera-Martínez NE, Crabtree-Ramírez B, Sierra-Madero JG, Caro-Vega Y, Galván SC, et al. Multiple human papillomavirus infections are highly prevalent in the anal canal of human immunodeficiency virus-positive men who have sex with men. *BMC Infect Dis* 2014; 14: 671.

11. Ucciferri C, Tamburro M, Falasca K, Sammarco ML, Ripabelli G, Vecchiet J. Prevalence of anal, oral, penile and urethral Human Papillomavirus in HIV infected and HIV uninfected men who have sex with men. *J Med Virol*. 2018 Feb; 90(2): 358-366.
12. Salcedo M, Pina-Sanchez P, Vallejo-Ruiz V, Monroy-García A, Aguilar-Lemarroy A, Cortes-Gutierrez EI, et al. Human papillomavirus genotypes among females in Mexico: a study from the Mexican institute for social security. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014; 15(23): 10061-6.
13. Secretaría de Salud. Boletín Epidemiológico Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Sistema Único de Información. 2012 y 2018, México. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-epidemiologia-boletin-epidemiologico>
14. Secretaría de Salud. Boletín Epidemiológico Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Sistema Único de Información. 2014 y 2018, México. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-epidemiologia-boletin-epidemiologico>
15. Registro Nacional de Casos de SIDA al 31 de diciembre del 2018, CENSIDA. Secretaría de Salud, México 2018.
16. Villegas-Castaño A, Tamayo-Acevedo LS. Prevalence of sexually transmitted infections, and risk factor for sexual health of adolescents, Medellín, Colombia, 2013. *Iatreia*. 2016; 29: 5–17.
17. Morales A, Vallejo-Medina P, Abello-Luque D, Saavedra-Roa A, García-Roncallo P, Gomez-Lugo M, et al. Sexual risk among Colombian adolescents: knowledge, attitudes, normative beliefs, perceived control, intention, and sexual behavior. *BMC Public Health*. 2018 Dec 17; 18(1): 1377.
18. Ministerio-de-salud-Colombia. Situación de las Infecciones de Transmisión Sexual diferentes al VIH, Colombia 2009–2011 2012. Citado el 27 mayo 2019. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/a_situacion_epidemiologica/SITUACION%20DE%20LAS%20INFECCIONES%20DE%20TRANSMISION1.pdf.
19. Quinónez-Calvache EM, Ríos-Chaparro DI, Ramírez JD, Soto-De León SC, Camargo M, Del Río-Ospina L, et al. Chlamydia trachomatis Frequency in a Cohort of HPV-Infected Colombian Women. *PLoS One*. 2016 Jan 25; 11(1): e0147504.
20. Cárcamo CP, Campos PE, García PJ, et al. Prevalences of sexually transmitted infections in young adults and female sex workers in Peru: a national population-based survey. *Lancet Infect Dis*. Oct; 2012 12(10): 765–73.
21. Cabeza J, García PJ, Segura E, et al. Feasibility of Chlamydia trachomatis screening and treatment in pregnant women in Lima, Peru: a prospective study in two large urban hospitals. *Sex Transm Infect*. Feb 1; 2015 91(1): 7–10.
22. Martorell M, García-García JA, Gomez-Cabrero D, Del Aguila A. Comparison of the prevalence and distribution of human papillomavirus infection and cervical lesions between urban and native inhabitants of an Amazonian region of Peru. *Genet Mol Res*. 2012 Aug 6; 11(3): 2099-106.
23. Iwasaki R, Galvez-Philpott F, Arias-Stella J Jr, Arias-Stella J. Prevalence of high-risk human papillomavirus by cobas 4800 HPV test in urban Peru. *Braz J Infect Dis*. 2014 Sep-Oct; 18(5): 469-72.
24. Ministerio de Salud del Perú. Boletín VIH/SIDA 2018. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=656
25. Melo A, Lagos N, Montenegro S, Orellana JJ, Vásquez AM, Moreno S, et al. [Human papilloma virus and Chlamydia trachomatis by number of sexual partners and time of sexual activity on university students in the Region of La Araucanía, Chile]. *Rev Chilena Infectol*. 2016 Jun; 33(3): 287-92.
26. Almonte M, Murillo R, Sánchez GI, Jerónimo J, Salmerón J, Ferreccio C, et al. [New paradigms and challenges in cervical cancer prevention and control in Latin America]. *Salud Publica Mex*. 2010 Nov-Dec; 52(6): 544-59.
27. Castillo M, Castillo C, Aravena M. Sistematización de la información sobre cáncer cérvico uterino en Chile: Revisión y análisis de estudios de costo-efectividad de la vacuna contra VPH. Departamento de Economía de la Salud División de Planificación Sanitaria Subsecretaría de Salud Pública MINSAL 2011.
28. Howell-Jones R, de Silva N, Akpan M, Oakeshott P, Carder C, Coupland L, et al. Prevalence of human papillomavirus (HPV) infections in sexually active adolescents and young women in England, prior to widespread HPV immunisation. *Vaccine*. 2012 Jun 6; 30(26): 3867-75.
29. Fernández González L. Implementación de la vacunación contra el virus papiloma humano en Chile: una mirada desde los determinantes sociales de la salud “ingreso” y “género” *Rev Med Chil*. 2017 Dec; 145(12): 1605-1609.

30. Melo A, Lagos N, Montenegro S, Orellana JJ, Vásquez AM, Moreno S, et al. [Human papilloma virus and Chlamydia trachomatis by number of sexual partners and time of sexual activity on university students in the Region of La Araucanía, Chile]. *Rev Chilena Infectol.* 2016 Jun; 33(3): 287-92.
31. Huneeus A, Pumarino MG, Schilling A, Robledo P, Bofil M. Rates of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in Chilean adolescents. *Rev Med Chil.* 2009 Dec; 137(12): 1569-74.
32. Silva R, León D, Viscarra T, Ili C, Roa JC, Sánchez R, et al. Frequency of Chlamydia trachomatis infection in a group of women from Region of Araucanía, Chile. *Rev Chilena Infectol.* 2013 Dec; 30(6): 611-5.
33. Departamento de Epidemiología y Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Boletín Epidemiológico Trimestral Gonorrea– Edición N°1, 2019. Recuperado en http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/04/BET_GONORREA_MARZO_2019.pdf
34. Departamento de Epidemiología y Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Boletín Epidemiológico Trimestral Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) – Edición N°1, 2019. Recuperado en http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/04/BET_VIH_MARZO_2019.pdf
35. Feldblum PJ, Lie CC, Weaver MA, Van Damme L, Halpern V, Adeiga A, et al. Baseline factors associated with incident HIV and STI in four microbicide trials. *Sex Transm Dis.* 2010 Oct; 37(10): 594-601.
36. Burton, Karen Cáceres. Informe: Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en Chile, 2017. *Revista Chilena de Infectología* 2019; 36.2
37. Zoni AC, Gonzalez MA, Sjogren HW. Syphilis in the most at-risk populations in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *Int J Infect Dis* 2013; 17: e84–e92.
38. Cunha CB, Friedman RK, de Boni RB et al. Chlamydia tra- chomatis, Neisseria gonorrhoeae and syphilis among men who have sex with men in Brazil. *BMC Public Health* 2015; 15: 686.
39. Pan American Health Organization (PAHO). Elimination of Mother-to-child Transmission of HIV and Syphilis: Update 2016. Washington, DC: PAHO, 2016.
40. Satterwhite CL, Torrone E, Meites E, Dunne EF, Mahajan R, Ocfemia MC, Su J, Xu F, Weinstock H. Sexually transmitted infections among US women and men: prevalence and incidence estimates, 2008. *Sex Transm Dis.* 2013 Mar; 40(3): 187-93.
41. Martinez G, Copen CE, Abma JC. Teenagers in the United States: sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2006-2010 national survey of family growth. *Vital Health Stat* 23. 2011; (31): 1-35.
42. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2012. March 4, 2014. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/stats12>. Accessed July 24, 2014.
43. Tu W, Batteiger BE, Wiehe S, Ofner S, Van Der Pol B, Katz BP, et al. Time from first intercourse to first sexually transmitted infection diagnosis among adolescent women. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009; 163(12): 1106-11.
44. Torrone E, Papp J, Weinstock H. Prevalence of Chlamydia trachomatis Genital Infection Among Persons Aged 14–39 Years — United States, 2007–2012. *MMWR* 2014; 63: 834-8. Center for Disease Control. *Morbidity And Mortality Weekly Report : MMWR.* [Atlanta, Ga.]: U.S. Dept. of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Center for Disease Control and Prevention.
45. Abdool Karim Q1, Baxter C, Bix D. Prevention of HIV in Adolescent Girls and Young Women: Key to an AIDS-Free Generation. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2017 May 1; 75 Suppl 1: S17-S26.
46. Braxton, Jim, et al. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease surveillance 2017. Sexually transmitted disease surveillance 2017. September 2018. [Atlanta, Ga.]: National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention Division of STD Prevention. <http://dx.doi.org/10.15620/cdc.59237> Recuperado en <https://www.cdc.gov/std/stats17/adolescents.htm>
47. DiClemente, R. J., Salazar, L. F., & Crosby, R. A. A review of STD/HIV preventive interventions for adolescents: Sustaining effects using an ecological approach. *Journal of Pediatric Psychology*, 2007 32(8), 888-906.

48. Sales JM, Brown JL, Diclemente RJ, Davis TL, Kottke MJ, Rose ES. Age differences in STDs, sexual behaviors, and correlates of risky sex among sexually experienced adolescent African-American females. *J Pediatr Psychol.* 2012 Jan; 37(1): 33-42. doi: 10.1093/jpepsy/jsr076. Epub 2011 Sep 20. PubMed PMID: 21933811; PubMed Central PMCID: PMC3263770.
49. Aral SO, Ward H. Behavioral Convergence: Implications for Mathematical Models of Sexually Transmitted Infection Transmission. *J Infect Dis.* 2014 Dec 1; 210(Suppl 2): S600-S604.
50. Lee SY, Lee HJ, Kim TK, Lee SG, Park EC. Sexually Transmitted Infections and First Sexual Intercourse Age in Adolescents: The Nationwide Retrospective Cross-Sectional Study. *J Sex Med.* 2015 Dec; 12(12): 2313-23.
51. LeFevre ML. Screening for chlamydia and gonorrhea: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2014; 161(12): 902-910.
52. Zakher B, Cantor AG, Pappas M, Daeges M, Nelson HD. Screening for gonorrhea and chlamydia: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2014; 161(12): 884-893.
53. Chou R, Selph S, Dana T, et al. Screening for HIV: systematic review to update the 2005 U.S. Preventive Services Task Force recommendation. *Ann Intern Med.* 2012; 157(10): 706-718.
54. O'Connor EA, Lin JS, Burda BU, Henderson JT, Walsh ES, Whitlock EP. Behavioral sexual risk-reduction counseling in primary care to prevent sexually transmitted infections: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2014; 161(12): 874-883.
55. Heeren GA, Mandeya A, Jemmott JB, Chiruka RT, Marange CS, Batidzirai JM, et al. Multiple partners and condom use among students at a South African University. *J Evid Based Soc Work.* 2014; 11(5): 437-44.
56. Remschmidt C, Fesenfeld M, Kaufmann AM, Deleré Y. Sexual behavior and factors associated with young age at first intercourse and HPV vaccine uptake among young women in Germany: implications for HPV vaccination policies. *BMC Public Health.* 2014 Dec 5; 14: 1248. doi: 10.1186/1471-2458-14-1248.
57. Castillo M, Castillo C, Aravena M. Sistematización de la información sobre cáncer cérvico uterino en Chile: Revisión y análisis de estudios de costo-efectividad de la vacuna contra VPH. Departamento de Economía de la Salud División de Planificación Sanitaria Subsecretaría de Salud Pública MINSAL 2011.
58. Aral SO, Ward H. Behavioral Convergence: Implications for Mathematical Models of Sexually Transmitted Infection Transmission. *J Infect Dis.* 2014 Dec 1; 210(Suppl 2): S600-S604.
59. Boccalini S, Tiscione E, Bechini A, Levi M, Mencacci M, Petrucci F, et al. Sexual behavior, use of contraceptive methods and risk factors for HPV infections of students living in central Italy: implications for vaccination strategies. *J Prev Med Hyg.* 2012 Mar; 53(1): 24-9.
60. Del Río-Ospina L, Soto-De León SC, Camargo M, Sánchez R, Mancilla CL, Patarroyo ME, et al. The Prevalence of High-Risk HPV Types and Factors Determining Infection in Female Colombian Adolescents. *PLoS ONE* 2019; 11(11): e0166502.
61. Rodríguez-Álvarez MI, Gómez-Urquiza JL, Husein-El Ahmed H, Albendín-García L, Gómez-Salgado J, Cañadas-De la Fuente GA. Prevalence and Risk Factors of Human Papillomavirus in Male Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2018 Oct 10; 15(10).
62. Johnston C, Corey L. Current Concepts for Genital Herpes Simplex Virus Infection: Diagnostics and Pathogenesis of Genital Tract Shedding. *Clin Microbiol Rev.* 2016 Jan; 29(1): 149-161.

Capítulo 6

Efectividad del condón**El preservativo podría reducir el riesgo de contagio de algunas ITS, pero nunca eliminarlo...**

El condón es una funda de plástico -generalmente de látex- que se coloca en el pene del hombre (condón masculino), o dentro de la vagina de la mujer (condón femenino), para impedir que el semen llegue a la vagina y al útero de la mujer y así, supuestamente, evitar un embarazo o una infección sexual.

En la actualidad, el condón presenta un alto porcentaje de falla (alrededor del 19%), confirmando que mientras más viejo es el condón, mayor será el riesgo de ruptura⁽¹⁾. Estudios evidencian que cuando se busca evitar un embarazo, el condón masculino presenta un porcentaje de falla del 12%⁽²⁾, 17%⁽³⁾ y hasta del 50%⁽⁴⁾.

Es sabido que, de todos los métodos anticonceptivos que han sido objeto de estudio, el condón y el coito interrumpido tienen las más altas probabilidades de falla (13% y 20%, respectivamente) con uso típico⁽⁵⁾. Entre un 35 y un 50% de los usuarios del condón refieren un deficiente ajuste del mismo y un 33% reporta fallas en los últimos seis meses de uso⁽⁶⁾.

Al ser una funda de plástico delgada, en muchos casos puede romperse⁽⁷⁾, deslizarse^(8,9) o tener fugas^(10,11). Varios estudios demuestran que en los jóvenes el deslizamiento del condón va desde un 27%⁽¹²⁾ hasta un 51%⁽¹³⁻¹⁵⁾; en tanto que el 67,7% de los fallos corresponde a rupturas⁽¹⁶⁾.

En relación a las más de 35 ITS reportadas, los estudios científicos han demostrado que la efectividad del condón para prevenir el contagio de éstas va de entre 0 hasta un 80%, dependiendo del tipo de ITS⁽¹⁷⁾, es decir, nunca es 100% seguro⁽¹⁸⁾.

Por ejemplo, importantes investigaciones sobre el condón masculino y su efectividad para prevenir infecciones virales, indican que ésta es del 59%⁽¹⁹⁾. En relación al VIH, específicamente, oscila entre 70%^(20,21) y 80%⁽²²⁾ por acto, con uso consistente (es decir, usándolo en el 100% de las relaciones sexuales y de la manera correcta en todas ellas). De no usarse así, carece de esta efectividad^(23,24).

Se ha demostrado que la efectividad del condón es mínima para aquellas infecciones que se contagian por el contacto con la piel de los genitales, como el VPH⁽²⁵⁾ y el VHS, sobre todo cuando la infección se encuentra localizada fuera de la zona que cubre el condón^(26,27).

El VPH, así como la infección VHS y otras que se traspasan por el mero roce de la piel, se pueden encontrar en toda la zona genital del hombre, en el pene, los testículos y hasta la zona del ano⁽²⁸⁾, por lo que si la infección se sitúa fuera del pene, el contagio puede darse aunque se use el condón.

En relación al condón y la infección por VPH, su uso puede implicar una menor protección en relación a otras ITS⁽²⁹⁾. Estudios científicos demuestran que los hombres que siempre usan condón, presentan entre un 32%⁽³⁰⁾ y un 37%⁽³¹⁾ de infección por VPH. No existe acuerdo respecto de datos según los cuales el uso del condón protegería contra la infección del VPH⁽³²⁾.

El condón podría ayudar a prevenir algunas ITS que se contraen a través de los fluidos corporales, como la gonorrea y la clamidia; sin embargo, brinda menos protección contra las ITS que se transmiten a través del contacto piel a piel, como el VPH (verrugas genitales), el VHS y la sífilis⁽³³⁾.

Diversas investigaciones muestran que el uso del condón no es una estrategia que haya presentado la confiabilidad esperada, lo que se asocia a diversos factores personales y sociales que influyen en las conductas sexuales de los jóvenes, aumentando aún más el riesgo de contagio⁽³⁴⁾.

Así mismo, se ha demostrado que el uso del condón, disminuye cuando se utiliza algún método anticonceptivo que no sea de barrera, como es el caso de los hormonales, exponiendo a las personas a un mayor riesgo de contagio de ITS debido a la sensación de falsa seguridad que brinda⁽³⁵⁾.

A través de los años y en variados contextos, el uso del condón ha demostrado poca eficacia⁽³⁶⁾. La promoción de su uso no lleva a los jóvenes a disminuir las conductas sexuales de riesgo, al contrario, los induce a exponerse al contagio por ITS^(37,38). Un estudio de 8.994 alumnos entre los 13 y 18 años, reportó que uno de cada siete adolescentes creía que el condón era 100% seguro, reportando 82% más probabilidades de haber tenido relaciones sexuales que aquellos sin esa creencia⁽³⁹⁾.

Se ha demostrado que, a mayor número de parejas sexuales durante la vida, menor es el número de veces en que se usa el condón, llegando incluso a suspender su uso por completo⁽⁴⁰⁾.

Los CDC en los Estados Unidos, afirman que el uso consistente y correcto del condón masculino de látex puede reducir (aunque no eliminar) el riesgo de transmisión de ITS. Al respecto, es necesario insistir en que para lograr el máximo efecto protector, el condón debe usarse de manera consistente y correcta. El uso inconsistente puede llevar a la adquisición de ITS porque la transmisión puede ocurrir con un solo acto de coito con una pareja infectada. De manera similar, si el condón no se usa correctamente, el efecto protector puede disminuir incluso cuando se usa de manera consistente. Las formas más confiables de evitar la transmisión de ITS, incluido VIH, son abstenerse de la actividad sexual o estar en una relación mutuamente monógama, permanente en el tiempo y con un compañero no infectado⁽⁴¹⁾.

¿Sexo anal y oral?

Existe una tendencia impulsada por ciertas organizaciones internacionales a través los medios de comunicación, a presentar ciertas “prácticas” sexuales como si fueran una expresión valiosa del amor humano, en circunstancias que son contradictorias y falsas en sí mismas. Tal es el caso del llamado “**sexo anal**” y del “**sexo oral**”.

Con respecto a la penetración anal, es necesario dejar en claro que el ano no forma parte del aparato reproductor, ni en el hombre, ni en la mujer. Y aunque algunos “expertos” en sexualidad

humana busquen propagar esta práctica argumentando que el ano sería una “zona erógena”, ello es tan absurdo como hablar de “sexo ótico”, afirmando que la oreja también lo sería.

El ano es parte del sistema digestivo y sirve únicamente para la expulsión de materia fecal, es decir, para la defecación, pues es un orificio de salida y no de entrada. Debido a que presenta una concentración increíblemente alta de bacterias nocivas, cualquier contacto directo con esa zona implicará una infección bacteriana, que primero afectará la piel y que, en caso de haber fricción y de existir lesiones, por diminutas que ellas fueran, esas bacterias podrán permear la piel, entrar y llegar hasta al torrente sanguíneo. La penetración anal contamina el pene con excremento y el canal rectal con semen, por lo que el aumento de las ITS en estos casos es considerablemente más alto que en una relación sexual vaginal, debido a las diferencias anatómicas y fisiológicas que existen entre el ano y la vagina.

La vagina está conformada por: 1) una mucosa de epitelio escamoso estratificado; 2) una lámina propia con abundantes fibras elásticas; 3) una capa fibromuscular responsable de su elasticidad, necesaria para el parto, y un plexo submucoso responsable de producción de secreciones vaginales; y 4) una adventicia de tejido conectivo laxo vascularizado con abundantes nervios y plexos venosos y linfáticos. Antes de la pubertad, el epitelio es delgado, pero durante el período fértil responde a los estrógenos con un engrosamiento y aumento de glucógeno, que al ser degradado por los lactobacilos comensales de dicha cavidad, producen un PH ácido que limita la invasión de bacterias y hongos patógenos.

Por el contrario, el ano, cuyo objetivo es la defecación, se compone de un epitelio mucoso grueso constituido por una mezcla de células de absorción y células mucosas, por lo que su tejido es mucho más propicio para permitir la entrada del virus al torrente sanguíneo⁽⁴²⁾.

El epitelio del ano es muy delicado, y someterlo a una presión excesiva le ocasionará desgarros, aumentando las posibilidades de contraer ITS. De igual manera, la penetración anal es un factor de riesgo para desarrollar fisuras anales⁽⁴³⁾, descritas como desgarros en el canal anal que se presentan con dolor, espasmos y/o sangrado en la defecación.

La penetración anal heterosexual tiene un alto riesgo de transmisión del VIH y otras ITS⁽⁴⁴⁾; así mismo se ha reportado que las personas que lo practican presentan mayor abuso de drogas en comparación con sus contrapartes en la población general. La penetración anal es, además, una conducta de riesgo que se asocia a un mayor número de parejas sexuales.

El estudio de Chow⁽⁴⁵⁾ en Australia (año 2017), evidencia que en el caso de los hombres entre 17 y 19 años, el sexo anal con una mujer se asoció con tener cinco o más parejas sexuales de por vida para el sexo oral y vaginal. En 2005, Benson⁽⁴⁶⁾ llevó a cabo un estudio de 10.463 mujeres heterossexualmente activas, de 15 a 44 años de edad, de las cuales el 13,2% había participado en penetración anal recientemente y el 36,3% alguna vez en su vida, encontrando que aquellas que habían practicado penetración anal, iniciaron las relaciones sexuales a más temprana edad, habían tenido múltiples parejas sexuales, antecedentes de relaciones sexuales orales, tratamiento para ITS e historial de consumo de drogas.

Un informe del año 2015 de los CDC sobre VIH/SIDA entre mujeres, describe un aumento dramático en la transmisión heterosexual del VIH, especificando el sexo anal receptivo como uno de los factores de riesgo para las mujeres⁽⁴⁷⁾. Así mismo, los CDC, informaron que en 2010

la mayoría de las nuevas infecciones por VIH entre mujeres (84%) se debieron al contacto heterosexual (en comparación con el 16% producto del uso de drogas inyectables).

Las estimaciones generales de la prevalencia de la penetración anal son del 22%⁽⁴⁸⁾. Autores destacan un peligro potencial de aumentar la infección por VIH heterosexual si aumenta la prevalencia de penetración anal⁽⁴⁹⁾, como es el caso del estudio de Gorbarch⁽⁵⁰⁾ según el cual, en clínicas de tratamiento de ITS, hasta un 37% de los pacientes refiere penetración anal heterosexual.

Basado en una revisión exhaustiva de la transmisión del VIH en parejas heterosexuales, se determinó que el sexo anal receptivo tenía un riesgo de transmisión del VIH del 1,7%, en comparación con las relaciones sexuales vaginales que tenían un riesgo de transmisión de hombre a mujer del 0,08% y del 0,04% de transmisión de mujer a hombre⁽⁵¹⁾.

Con respecto a las ITS entre hombres que practican la penetración anal, el estudio de Zou⁽⁵²⁾ realizado a 200 adolescentes de entre 16 y 20 años, detectó gonorrea faríngea, gonorrea rectal, clamidia uretral, clamidia rectal y sífilis en el 3,0%, 5,5%, 3,0%, 4% y 2,0% de los hombres, respectivamente.

A su vez, el estudio de Mao⁽⁵³⁾, de 2018, llevado a cabo a 4.496 hombres que tenían prácticas de penetración anal con hombres, concluye que en aquellos cuyas edades van entre los 16 y 21 años, se presentó una prevalencia de infección por VIH reciente en un 5,4%, de hemorragias anales en un 19,8% y por uso de drogas recreativas en un 19,5%.

En Holanda, el reporte de van den Broek⁽⁵⁴⁾ demostró que en el año 2015 los hombres que practicaron penetración anal, presentaron el 68% de todos los casos de gonorrea, 90% del total de casos de HIV y un 96% de todos los casos de sífilis diagnosticados en las clínicas de infecciones sexuales. Asimismo, datos de ese mismo año, indican que la proporción más alta de contagio de VIH en Europa se presentó en hombres que practican penetración anal, llegando a un 42% del total⁽⁵⁵⁾.

El ano posee unos anillos musculares llamados esfínteres, que cumplen la función de permanecer cerrados a fin de evitar evacuaciones involuntarias. Con la penetración anal, los esfínteres son expuestos a fuerzas opuestas que, eventualmente, acabarán dañándolos, inhabilitándolos para ejercer su función de evitar la salida de material fecal de forma involuntaria.

Estudios científicos han reportado aumento de incontinencia fecal en mujeres relacionado con sexo anal. Tal es el caso de la investigación de Geynisman-Tan⁽⁵⁶⁾ en 2019, llevada a cabo a más de 1000 mujeres; y el estudio de Markland⁽⁵⁷⁾ en 2016, que analizó datos de 4.170 adultos de 20 a 69 años, encontrando que el coito anal se presentaba entre las mujeres en un 37,3% y entre los hombres en un 4,5%, concluyendo que la penetración anal es un factor que contribuye a la incontinencia fecal en adultos, con una incidencia de 37%, especialmente entre los hombres.

La penetración anal, nada tiene que ver con la expresión del amor en una relación sexual, por el contrario, es una práctica violenta que lastima la dimensión corporal, emocional y espiritual de las personas.

El llamado “sexo oral” se refiere a la estimulación de los genitales masculinos, femeninos o ambos, con la boca, los labios o la lengua; e implica, específicamente, que el hombre eyacule dentro de la boca de la mujer.

Este tipo de prácticas aumenta el riesgo de contagio de ITS orofaríngeas. Fernandez-López⁽⁵⁸⁾, reporta manifestaciones otorrinolaringológicas secundarias a la práctica de penetración oral en adultos, siendo infecciosas, tumorales o secundarias a traumas. Los signos y síntomas más comunes encontrados fueron: infección por virus del papiloma humano (sobre todo, condiloma acuminado y papiloma/condiloma), sífilis oral o faríngea, faringitis gonocócica, infección por el virus del herpes simple y faringitis por *Chlamydia trachomatis*; así como un aumento dramático de carcinoma orofaríngeo inducido por el VPH.

Gaspari,⁽⁵⁹⁾ en 2019, realizó un estudio de prevalencia de clamidia y gonorrea orofaríngeos en 893 pacientes, encontrando un total de 134 casos de gonorrea (15%) y 34 infecciones por clamidia (3,8%); en tanto que Cossellu⁽⁶⁰⁾ concluyó que las mujeres con diagnóstico de VPH cervical y sus parejas masculinas, tienen un alto riesgo de infección subclínica por VPH oral, esto es de 20,4% y 30,7%, respectivamente.

Por su parte, Nguyen, en 2016⁽⁶¹⁾, determinó que el 60% de los casos de cáncer orofaríngeo reportados en los Estados Unidos, está asociado a infección por VPH y que esta infección está vinculada estrechamente a la penetración oral, por lo que las personas que llevan a cabo esta práctica con múltiples parejas, están en riesgo de desarrollar cáncer de orofaringe.

En 2014, en los Estados Unidos, se llevó a cabo un estudio en más de 9.000 personas por Sonawane⁽⁶²⁾, para detectar VPH oral, encontrándose una prevalencia del 11,5% en hombres y de 3,2% en mujeres, lo que equivale a 11 millones de hombres y a 3,2 millones de mujeres con la infección, siendo factores de riesgo fumar más de 20 cigarrillos al día, consumir marihuana y haber reportado 16 o más parejas sexuales orales o vaginales de por vida. Por su parte, el estudio de Schlecht⁽⁶³⁾, muestra que la detección del VPH oral se asoció con un mayor número de parejas sexuales anales y vaginales, una edad temprana en el primer coito anal, e historia de clamidia y verrugas anogenitales.

La infección por VPH anogenital y oral contribuyen, sustancialmente, a la presencia de cáncer anogenital y cáncer de orofaríngeo. En Alemania, Buttman-Schweiger,⁽⁶⁴⁾ en 2017, reportó que, de los cánceres masculinos orofaríngeos, el 46% fueron causados por VPH; y de los cánceres anales, el 36% fue atribuido a VPH así como el 16% de los cánceres de pene. En relación a las mujeres, el 70,9% del cáncer cervical fue atribuido a VPH, así como el 14% de los cánceres anales y el 3,2% de los cánceres orofaríngeos.

En los Estados Unidos, el cáncer asociado al VPH representa un 2% del total de los casos de cáncer en hombres y el 3,3% del total de los casos de cáncer en mujeres⁽⁶⁵⁾. La incidencia de cáncer de ano en países de altos recursos asociados al VPH, va en aumento⁽⁶⁶⁾.

Es importante no confundir “sexo oral” con el “preludio sexual”; ambos son completamente diferentes. Como ya se comentó, el sexo oral implica la eyaculación del hombre dentro de la boca de la mujer y niega la entrega total entre ambos cónyuges. En la actualidad, se observa como practica social común, tener relaciones sexuales con mínimo o nulo compromiso, donde el hombre busca su propio placer llegando al orgasmo pero sin “arriesgarse” a un embarazo o a contraer una infección sexual.

El preludio sexual o preparación para el acto sexual, se refiere a las muestras de cariño, besos y caricias en cualquier parte del cuerpo, que preceden al acto sexual; están dentro del

matrimonio, son necesarias para expresar el amor y, en un contexto de respeto por el cónyuge, permiten la unión y la culminación de la relación sexual tanto para el hombre como para la mujer. Sin todo este prelude, demostración de cariño y preocupación por el otro, el acto sexual se limitaría a una relación instintiva o animal.

Notas capítulo 6

1. Kanakis, G. A., and D. G. Goulis. "Male contraception: a clinically-oriented review." *Hormones (Athens, Greece)* 14.4 (2015): 598-614.
2. Parkes A, Wight D, Henderson M, Stephenson J, Strange V. Contraceptive method at first sexual intercourse and subsequent pregnancy risk: findings from a secondary analysis of 16-year old girls from the RIPPLE and SHARE studies. *J Adolesc Health* 2009; 44(1): 55-63.
3. Kost K, Singh S, Vaughan B, Trussell J, Bankole A. Estimates of contraceptive failure from the 2002 National Survey of Family Growth. *Contraception* 2008; 77(1):10-21.
4. Gayón VE, Hernández OH, Sam SS, Lombardo AE. Efectividad del preservativo para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual. *Ginecol Obstet Mex* 2008; 76(2): 88-96.
5. Sundaram A, Vaughan B, Kost K, Bankole A, Finer L, Singh S, et al. Contraceptive Failure in the United States: Estimates from the 2006-2010 National Survey of Family Growth. *Perspect Sex Reprod Health*. 2017 Mar; 49(1): 7-16.
6. Siegler AJ, Rosenthal EM, Sullivan PS, Ahlschlager L, Kelley CF, Mehta CC, Moore RH, Rosenberg ES, Cecil MP. Double-Blind, Single-Center, Randomized Three-Way Crossover Trial of Fitted, Thin, and Standard Condoms for Vaginal and Anal Sex: C-PLEASURE Study Protocol and Baseline Data. *JMIR Res Protoc* 2019; 8(4): e12205.
7. Amengual Mde L, Canto ME, Berenguer IP, Pol MI. Systematic Review of the profile of emergency contraception users. *Rev Lat Am Enfermagem*. 24: e2733.
8. Bauzà-Amengual ML, Esteva M, Ingla-Pol M, Font-Oliver MA, March S. Discourses on the postcoital pill in young women. *BMC Public Health*. 2018 Jun 27; 18(1): 803.
9. Crosby R, Shrier LA, Charnigo RJ, Weathers C, Sanders SA, Graham CA, et al. A prospective event-level analysis of condom use experiences following STI testing among patients in three US cities. *Sex Transm Dis*. 2012 Oct; 39(10): 756-60.
10. Crosby R, Graham C, Milhausen R, et al Associations between rushed condom application and condom use errors and problems. *Sex Transm Infect* 2015; 91: 275-277.
11. Sanders SA, Yarber WL, Kaufman EL, Crosby RA, Graham CA, Milhausen RR. Condom use errors and problems: a global view. *Sex Health*. 2012 Mar; 9(1): 81-95.
12. Crosby RA, Milhausen RR, Sanders SA, Graham CA, Yarber WL. Condoms are more effective when applied by males: a study of young black males in the United States. *Ann Epidemiol*. 2014 Nov; 24(11): 868-870.
13. Hall KM, Brieger DG, De Silva SH, Pfister BF, Youlden DJ, John-Leader F, Pit SW. Errors and Predictors of Confidence in Condom Use amongst Young Australians Attending a Music Festival. *J Sex Transm Dis*. 2016; 2016: 6054870.
14. Crosby R, Yarber WL, Sanders SA, Gram CA, Arno JN. Slips, breaks and "falls": condom errors and problems reported by men attending an STD clinic. *Int J STD AIDS*. 2008; 19(2): 90-3.
15. Coyle KK, Franks HM, Glassman JR, Stanoff NM. Condom Use: Slippage, Breakage, and Steps for Proper Use Among Adolescents in Alternative School Settings. *J Sch Health*. 2012; 82(8): 345-352.
16. Oleribe OO, Okojie OH, Burstow NJ, Taylor-Robinson SD. Premarital sex and condom use among trainee healthcare workers: an exploratory study of selected healthcare training institutions in Enugu State, Nigeria. *Pan Afr Med J*. 2019 Jan 4; 32: 7.
17. Winer RL, Huges JP, Qinghua F, O'Reilly BS, Kiviat NB, Holmes KK, et al. Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women. *N Eng J Med*. 2006; 354(25): 2645-54.
18. Remis RS, Alary M, Liu J, Kaul R, Palmer RW. HIV Transmission among Men Who Have Sex with Men due to Condom Failure. *PLoS One*. 2014 Sep 11; 9(9): e107540.

19. Crosby RA, Charnigo RA, Weathers C, Caliendo AM, Shrier LA. Condom effectiveness against non-viral sexually transmitted infections: a prospective study using electronic daily diaries. *Sex Transm Infect.* 2012 Nov; 88(7): 484-9.
20. Giannou FK, Tsiara CG, Nikolopoulos GK, Talias M, Benetou V, Kantzanou M, Bonovas S, Hatzakis A. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission: a systematic review and meta-analysis of studies on HIV serodiscordant couples. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2016 Aug; 16(4): 489-99.
21. Hughes JP, Baeten JM, Lingappa JR, Magaret AS, Wald A, de Bruyn G, et al. Determinants of per-coital-act HIV-1 infectivity among African HIV-1-serodiscordant couples. *J Infect Dis.* 2012 Feb 1; 205(3): 358-65.
22. Lasry A, Sansom SL, Wolitski RJ, Green TA, Borkowf CB, Patel P, et al. HIV sexual transmission risk among sero-discordant couples: assessing the effects of combining prevention strategies. *AIDS.* 2014 Jun 19; 28(10): 1521-9.
23. Crosby R, Bounse S. Condom effectiveness: where are we now? *Sexual Health* 2012, 9: 10–17.
24. Warner L, Gallo MF, Macaluso M. Condom use around the globe: how can we fulfill the prevention potential of male condoms? *Sex Health.* 2012; 9(1): 4-9.
25. Manhart LE, Koutsky LA. Do condoms prevent genital HPV infection, external genital warts, or cervical neoplasia? A meta-analysis. *Sex Transm Dis.* 2002 Nov; 29(11): 725-35.
26. Martin ET, Krantz E, Gottlieb SL, Magaret AS, Langenberg A, Stanberry L, et al. A Pooled Analysis of the Effect of Condoms in Preventing HSV-2 Acquisition. *Arch Intern Med.* 2009; 169(13): 1233-40.
27. Genuis SJ, Genuis SK. Primary prevention of sexually transmitted disease: applying the ABC strategy. *Postgrad Med J.* 2005; 81: 399-301.
28. Giuliano AR, Nielson CM, Flores R, et al. The optimal anatomic sites for sampling heterosexual men for human papillomavirus (HPV) detection: the HPV detection in men study. *J Infect Dis* 2007; 196: 1146–52.
29. Remschmidt C, Fesenfeld M, Kaufmann AM, Deleré Y. Sexual behavior and factors associated with young age at first intercourse and HPV vaccine uptake among young women in Germany: implications for HPV vaccination policies. *BMC Public Health.* 2014 Dec 5; 14: 1248.
30. Pierce Campbell CM, Lin HY, Fulp W, Papenfuss MR, Salmerón JJ, Quiterio MM, et al. Consistent condom use reduces the genital human papillomavirus burden among high-risk men: the HPV infection in men study. *J Infect Dis.* 2013 Aug 1; 208(3): 373-84.
31. Nielson CM, Harris RB, Nyitray AG, Dunne EF, Stone KM, Giuliano AR. Consistent condom use is associated with lower prevalence of human papillomavirus infection in men. *J Infect Dis.* 2010 Aug 15; 202(3): 445-51.
32. Leslie SW, Kumar S. Genital Warts. [Updated 2019 Apr 1]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 Jan-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441884/>
33. HIV/AIDS Prevention. Centers for Diseases Control and Prevention Web Site. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/basics/prevention.html>
34. Fedina L, Howard DE, Wang MQ, Murray K. Teen Dating Violence Victimization, Perpetration, and Sexual Health Correlates Among Urban, Low-Income, Ethnic, and Racial Minority Youth. *Int Q Community Health Educ.* 2016 Oct; 37(1): 3-12.
35. Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, et al. Canadian Contraception Consensus (Part 1 of 4): Chapter 7--Intrauterine Contraception. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015 Oct; 37(10): 936-42.
36. No authors listed] For Disadvantaged Urban Blacks, Condom Use May Vary with Relationship Type and Partner's Drug Use. *Perspect Sex Reprod Health.* 2016 Dec; 48(4): 238-239.
37. Carvalho T, Alvarez MJ, Barz M, Schwarzer R. Preparatory behavior for condom use among heterosexual young men: a longitudinal mediation model. *Health Educ Behav.* 2015 Feb; 42(1): 92-9.
38. Edelman N, Cassell JA, de Visser R, Prah P, Mercer CH. Can psychosocial and socio-demographic questions help identify sexual risk among heterosexually-active women of reproductive age? Evidence from Britain's third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *BMC Public Health.* 2017 Jan 4; 17(1): 5.
39. Osorio A, Lopez-del Burgo C, Ruiz-Canela M, Carlos S, de Irala J. Safe-sex belief and sexual risk behaviours among adolescents from three developing countries: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2015 Apr 27; 5(4): e007826.
40. Jacob C, Lindeman KV, Klewer J, Kugler J. Awareness of HIV Transmission Risks and Determinants of Sexual Behaviour: Descriptive and Multivariate Analyses among German Nursing Students. *Cent Eur J Public Health.* 2016 Dec; 24(4): 255-261.
41. Centers of Disease Control. 2019. Disponible en: <https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/latex.html>
42. Stevens A; Lowe J. Texto y Atlas de Histología. Mosby/Doyma; España: 1995, página: 170, 325.
43. Beatty JS, Shashidharan M. Anal Fissure. *Clin Colon Rectal Surg.* 2016 Mar; 29(1): 30–37.

44. Stulhofer A, Baćak V. Is anal sex a marker for sexual risk-taking? Results from a population-based study of young Croatian adults. *Sex Health*. 2011 Sep; 8(3): 384-9.
45. Chow EPF, Wigan R, McNulty A, Bell C, Johnson M, Marshall LG, et al. Early sexual experiences of teenage heterosexual males in Australia: a cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2017 Oct 15; 7(10): e016779.
46. Benson LS, Martins SL, Whitaker AK. Correlates of Heterosexual Anal Intercourse among Women in the 2006-2010 National Survey of Family Growth. *J Sex Med*. 2015 Aug; 12(8): 1746-52.
47. Hatch-Maillette MA, Beadnell B, Campbell AN, Meade CS, Tross S, Calsyn DA. Heterosexual Anal Sex Among Men and Women in Substance Abuse Treatment: Secondary Analysis of Two Gender-Specific HIV-Prevention Trials. *J Sex Res*. 2017 Jan; 54(1): 33-41.
48. Owen BN, Brock PM, Butler AR, Pickles M, Brisson M, Baggaley RF, et al. Prevalence and Frequency of Heterosexual Anal Intercourse Among Young People: A Systematic Review and Meta-analysis. *AIDS Behav*. 2015 Jul; 19(7): 1338-60.
49. Malunguza NJ, Hove-Musekwa SD, Mukandavire Z3. Projecting the impact of anal intercourse on HIV transmission among heterosexuals in high HIV prevalence settings. *J Theor Biol*. 2018 Jan 21; 437: 163-178.
50. Gorbach PM, Manhart LE, Hess KL, Stoner BP, Martin DH, Holmes KK. Anal intercourse among young heterosexuals in three sexually transmitted disease clinics in the United States. *Sex Transm Dis*. 2009 Apr; 36(4): 193-8.
51. Boily MC, Baggaley RF, Wang L, Masse B, White RG, Hayes RJ, et al. Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act: Systematic review and meta analysis of observational studies. *The Lancet-Infectious Diseases*. 2009; 9: 118-129.
52. Zou H, Prestage G, Fairley CK, Grulich AE, Garland SM, Hocking JS, et al. Sexual behaviors and risk for sexually transmitted infections among teenage men who have sex with men. *J Adolesc Health*. 2014 Aug; 55(2): 247-53.
53. Mao X, Wang Z, Hu Q, Huang C, Yan H, Wang Z, et al. HIV incidence is rapidly increasing with age among young men who have sex with men in China: a multicentre cross-sectional survey. *HIV Med*. 2018 Sep; 19(8): 513-522.
54. van den Broek IVF, van Aar F, van Oeffelen AAM, et al. Sexually transmitted infections in the Netherlands in 2015. *Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment (RIVM)*, 2016.
55. World Health Organization. *HIV/AIDS surveillance in Europe 2015*, 2016.
56. Geynisman-Tan J, Kenton K, Leader-Cramer A, Dave B, Bochenska K, Mueller M, et al. Anal Penetrative Intercourse as a Risk Factor for Fecal Incontinence. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2018 May/June; 24(3): 252-255.
57. Markland AD, Dunivan GC, Vaughan CP, Rogers RG. Anal Intercourse and Fecal Incontinence: Evidence from the 2009-2010 National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Gastroenterol*. 2016 Feb; 111(2): 269-74.
58. Fernández-López C, Morales-Angulo C. Otorhinolaryngology manifestations secondary to oral sex. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2017 May - Jun; 68(3): 169-180.
59. Gaspari V, Marangoni A, D'Antuono A, Roncarati G, Salvo M, Foschi C, et al. Pharyngeal Chlamydia and gonorrhea: a hidden problem. *Int J STD AIDS*. 2019 May 2: 956462419838922. [Epub ahead of print]
60. Cossellu G, Fedele L, Badaoui B, Angiero F, Farronato G, Monti E, et al. Prevalence and concordance of oral and genital HPV in women positive for cervical HPV infection and in their sexual stable partners: An Italian screening study. *PLoS One*. 2018 Oct 18; 13(10): e0205574.
61. Nguyen NP, Nguyen LN, Sroka T, Hong-Ly B, Chi A, Vos P, et al. Oral sex and oropharyngeal cancer: The role of the primary care physicians. *Medicine (Baltimore)* 2016 Jul; 95(28): e4228.
62. Sonawane K, Suk R, Chiao EY, et al. Oral Human Papillomavirus Infection: Differences in Prevalence Between Sexes and Concordance With Genital Human Papillomavirus Infection, NHANES 2011 to 2014. *Ann Intern Med*. 2017; 167(10): 714-724.
63. Schlecht NF, Burk RD, Nucci-Sack A, Shankar V, Peake K, Lorde-Rollins E, et al. Cervical, anal and oral HPV in an adolescent inner-city health clinic providing free vaccinations. *PLoS One*. 2012; 7(5): e37419.
64. Buttman-Schweiger N, Deleré Y, Klug SJ, Kraywinkel K. Cancer incidence in Germany attributable to human papillomavirus in 2013. *BMC Cancer*. 2017 Oct 16; 17(1): 682.
65. Jemal A, Simard EP, Dorell C, Noone AM, Markowitz LE, Kohler B, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2009, featuring the burden and trends in human papillomavirus(HPV)-associated cancers and HPV vaccination coverage levels. *J Natl Cancer Inst*. 2013; 105(3): 175-201.
66. Islami F, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Bray F, Jemal A. International trends in anal cancer incidence rates. *Int J Epidemiol*. 2016; 46(3): 924-38.

Capítulo 7

Prevención de VIH/SIDA

Con la estrategia del ABC en los años 90, Uganda redujo su población infectada con VIH del 30%, a sólo el 5% en 10 años. La efectividad del programa se ha comparado con la que podría tener la “vacuna contra el SIDA”.

A más de 35 años del diagnóstico de los primeros pacientes infectados con el VIH, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA –ONUSIDA–, estima que en el mundo hay más de 36,9 millones de personas que padecen dicha infección. A diferencia de los 3,4 millones de nuevas infecciones que hubo en 1996, en 2017 se registraron 1,8 millones; sin embargo, el progreso es lento y el objetivo del organismo internacional de llegar en 2020 a menos de 500.000 nuevas infecciones⁽¹⁾, se ve lejano.

Entre los años 2010 y 2017, la reducción más significativa de las nuevas infecciones por VIH, se registró en África Subsahariana, debido a las fuertes disminuciones (30%) en África oriental y meridional. También se lograron avances importantes en el Caribe (18%), en Asia y el Pacífico (14%), África occidental y central (8%), Europa occidental y central y en América del Norte (8%). La tendencia fue esencialmente estable en América Latina (disminución del 1%).

En el Medio Oriente y el norte de África, Europa oriental y Asia central, el número anual de nuevas infecciones por VIH se duplicó en menos de 20 años. En 2017, los HSH representaron aproximadamente el 57% de las nuevas infecciones por VIH en Europa occidental, Europa central y América del Norte, y un 41% de las nuevas infecciones en América Latina.

Actualmente, en África Subsahariana, las mujeres siguen presentando un porcentaje desproporcionadamente alto de nuevas infecciones por VIH, entre personas mayores de 15 años. El 59% de los 980.000 nuevos casos de VIH en adultos, en 2017, fueron mujeres. Ese mismo año, en otras partes del mundo, los hombres representaron el 63% de los 650.000 nuevos casos de infecciones de VIH en adultos. A nivel mundial, en 2017, se registraron 90.000 nuevas infecciones por VIH más en hombres que en mujeres.

Las asignaciones de recursos destinados a la prevención de VIH, en el 2017, se dividieron por regiones de la siguiente forma: 10.600 millones de dólares fueron para el este y sur de África (un 130% más que en el 2006); 3.700 millones de dólares para Asia y el Pacífico (76% más que en 2006), y 2.100 millones de dólares para África central y oeste.

En América Latina, también en 2017, el 95% de los fondos destinados al VIH/SIDA correspondieron a recursos propios de cada país. Del 2010 al 2017, ONUSIDA⁽¹⁾ reportó que en el Perú, la infección por VIH había disminuido en un 12%; sin embargo, había aumentado un 2% en Brasil, un 12 % en México, un 8% en Argentina, un 47% en Costa Rica, y un

85% en Chile; siendo este último uno de los países del mundo en que más ha aumentado la infección por VIH.

En el caso de **México**, del 2005 al 2017, el aumento de casos de VIH fue de 12.000 personas a 15.000 personas infectadas anualmente, con un total de 140.000 personas viviendo con VIH en 2005, y 230.000 en 2017. Datos de ONUSIDA del 2018, refieren que México destinó, en el año 2015, 936 millones de dólares al programa de VIH/SIDA.

En relación a **Colombia**, en el año 2006, había 140.000 personas viviendo con VIH, cifra que en 2017 aumentó a 150.000.

De acuerdo a información entregada por ONUSIDA en 2018, **Chile** destinó, en el año 2013, 119 millones de dólares al programa de VIH/SIDA.

En el caso de **Perú**, se presentó una disminución de casos anuales de VIH, siendo de 4.800 en 2005 y de 2.800 en 2017, con un total de 73.000 personas viviendo con VIH en 2005 y 72.000 en 2017. Datos de ONUSIDA del 2018, refieren que Perú destinó en el año 2014, 78 millones de dólares al programa de VIH/SIDA.

Del 2005 al 2017, en **Chile** se presentó un aumento de casos anuales de VIH de 2.200 personas a 6.000 personas infectadas, con un total de 28.000 personas viviendo con VIH en 2005, y 67.000 en 2017. Datos de ONUSIDA del 2018 señalan que Chile destinó en el año 2016, 184 millones de dólares al programa de VIH/SIDA.

Datos del 2013 de los **Estados Unidos**, referentes al costo médico directo, de por vida, de los 19,7 millones de casos de ITS ocurridos en personas de todas las edades en 2008, fue de 15.600 millones de dólares. Los costos asociados a la infección por VIH, en tanto, representaron más del 81% del costo total de las ITS. Entre las ITS no virales, la clamidia fue la infección más costosa⁽²⁾.

Aunque para luchar contra la pandemia del VIH/SIDA, se ha incrementado notoriamente la disponibilidad de terapia antirretroviral en los países en desarrollo (gracias a la cual el número anual de muertes globales por enfermedades relacionadas con el SIDA, ha disminuido de 1,9 millones en 2004 a 940.000 en 2017), existe un creciente consenso que, a menos que los esfuerzos sean dirigidos hacia la prevención, no habrá victoria en la lucha contra el VIH/SIDA; pues según datos oficiales de ONUSIDA, a la fecha han muerto más de 36 millones de personas por esta enfermedad.

Varios estudios realizados en Africa Subsahariana, muestran una falta de evidencia en cuanto a que el uso del condón juegue un papel prioritario en la disminución del VIH^(3,4), al tiempo que otros reflejan que en Sudáfrica, el uso del condón fue responsable de disminuir los casos de VIH sólo entre un 23 y 37%, en el período 2000 a 2008⁽⁵⁾.

Los hombres y mujeres en Swazilandia que tienen relaciones sexuales múltiples o concurrentes, o que tienen parejas sexuales con esas circunstancias de vida, enfrentan un riesgo muy alto de infección por VIH⁽⁶⁾.

Con respecto a la población general y el caso de las epidemias generalizadas, existen datos limitados sobre la efectividad que ha tenido la promoción del uso del condón. Una revisión

Cochrane no encontró pruebas claras de que las intervenciones comunitarias que promueven el uso del preservativo reduzcan la transmisión del VIH o las ITS⁽⁷⁾. Estudios en Costa de Marfil, Swazilandia, Tanzania y Zambia, proporcionan evidencia del creciente consenso en cuanto a que la promoción generalizada de preservativos en las epidemias heterosexuales, no debería ser una alta prioridad para los recursos de prevención del VIH⁽⁸⁾.

El esfuerzo mundial para prevenir el contagio del VIH se ha enfocado, principalmente, en la promoción del uso del preservativo, pero los resultados mundiales de esta estrategia no han sido los esperados. Por el contrario, estudios científicos demuestran que países africanos como Uganda y Zimbawe, han logrado disminuir significativamente el VIH en su población, promoviendo cambios en las conductas sexuales, en comparación a sus vecinos, que han dedicado la mayor parte de sus esfuerzos a promover el condón.

La disminución en la prevalencia del VIH se ha asociado con reducciones en el número de parejas sexuales, mientras que muchas otras estrategias de prevención no han demostrado reducir la transmisión del VIH a nivel de la población. En atención a ello, el Dr. Green, renombrado investigador del *Harvard Center for Population and Development Studies* y varios otros especialistas a nivel mundial, han sugerido una reorientación de los esfuerzos de prevención actuales, basados en la epidemiología del VIH transmitida sexualmente y las tendencias en el cambio de la conducta sexual⁽⁹⁾.

Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades –CDC– de los Estados Unidos, indican que la forma más confiable de evitar la infección es no tener relaciones sexuales ya sean vaginales, orales, o anales⁽¹⁰⁾. Así mismo, el *United States Preventive Task Force* (panel independiente de expertos en salud y prevención de enfermedades), responsable de hacer revisiones sistemáticas de la evidencia científica y recomendaciones pertinentes, ha confirmado que la primera línea de combate para contener las enfermedades de transmisión sexual y reducir riesgos, es la abstinencia sexual⁽¹¹⁾.

Casos de éxito.

En la década de los noventa, Uganda fue uno de los pocos países del mundo que logró disminuir de manera significativa el VIH en su población⁽¹²⁾, en contraste con sus vecinos⁽¹³⁾, que promovieron el condón pero no así la abstinencia ni la monogamia⁽¹⁴⁾.

En 1986, el 15% de los adultos que vivían en Kampala, la capital, tenían VIH, y en todo el país 1,3 millones de un total 19,5 millones de adultos, tenía VIH⁽¹⁵⁾.

Uganda pasó de tener, en 1991, un 30% de su población infectada con VIH, a sólo el 5% en 2001⁽¹⁶⁾. La efectividad del programa de prevención del VIH en ese país, se ha comparado con la efectividad que se podría obtener utilizando una vacuna contra el VIH, la cual sería del 80%^(17,18).

Por otro lado, en Zimbawe, África Austral, se logró disminuir el VIH de un 29% en los años noventa, a un 16% en 2007, al lograrse cambios de conducta en la población como disminución del sexo extramarital, comercial y casual, y en el número de parejas sexuales⁽¹⁹⁾, mediante la promoción de la fidelidad en adultos casados y el retraso del inicio de la vida sexual⁽²⁰⁾.

Estrategias para disminuir el VIH y recursos invertidos en ellas.

Un grupo de investigadores liderados por el Dr. Potts, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de California⁽²¹⁾, así como investigadores de la Universidad de Harvard, llevaron a cabo un análisis –publicado en la revista Science– sobre las estrategias más eficientes para disminuir la infección por VIH.

En relación a tales infecciones, se analizaron la promoción, acceso y uso de preservativos; el tratamiento de otras infecciones sexuales; el acceso y realización voluntaria de la prueba diagnóstico del VIH; la circuncisión, sangre segura y la promoción de la fidelidad, entre otras.

Dicho estudio demostró que las 3 estrategias más usadas (la promoción, acceso y uso de preservativos; el tratamiento de otras infecciones sexuales, el acceso y realización voluntaria de la prueba diagnóstico del VIH) han logrado un impacto bajo en la disminución del VIH y que, por el contrario, la circuncisión masculina y la disminución en el número de parejas sexuales y promoción de la fidelidad, eran las estrategias que mejores resultados habían obtenido.

Pero ¿qué ha sucedido con los recursos destinados para prevenir el VIH? ONUSIDA estimó que en el 2010, la asignación de recursos en millones de dólares fue la siguiente:

1) 6.376 millones de dólares asignados a grupos de alto riesgo como trabajadoras sexuales, homosexuales, usuarios de drogas inyectadas y prisioneros. De estos recursos, una gran proporción se usó para promover el condón.

2) 2.001 millones de dólares asignados al tratamiento de otras ITS.

3) 1.498 millones de dólares asignados a sangre segura y tratamientos médicos.

4) 1.349 millones de dólares asignados a la prueba voluntaria de detección.

5) 900 millones de dólares asignados a la entrega de condones.

6) 662 millones de dólares asignados a evitar la transmisión madre-hijo.

7) 521 millones de dólares asignados a la movilización comunitaria y comunicación.

8) 157 millones de dólares asignados a la circuncisión masculina.

Como se concluye de las cifras anteriores, las dos estrategias que han tenido el mayor impacto para disminuir el VIH, son aquellas que tiene la menor cantidad de recursos asignados: la circuncisión masculina, con el 1%; y la promoción de la disminución de parejas sexuales y la fidelidad, con 0%; y por el contrario, la promoción del condón en grupos de alto riesgo y el tratamiento de otras ITS, son aquellas que tienen la asignación más alta de recursos (más del 60%).

Actualmente, ONUSIDA, en el documento *HIV Prevention 2020 Road Map*, presenta como objetivo para 2020, disminuir a 500.000 las infecciones anuales por VIH y para el 2030, llegar a cero infecciones⁽²²⁾. Dentro de sus estrategias para lograr este objetivo –y dejando de lado amplia evidencia científica– ha eliminado el énfasis en disminuir el número de parejas sexuales y retrasar la edad de inicio de vida sexual en hombres y mujeres adolescentes y jóvenes. Por el contrario, opta por destinar los recursos a:

1) "Educación integral en sexualidad", el empoderamiento económico, abordaje de las normas de género y masculinidad dañinas y la violencia de género, y el acceso a servicios y derechos de salud sexual y reproductiva, incluida la anticoncepción; como medidas para la prevención en adolescentes, mujeres jóvenes y sus parejas masculinas en lugares de alta prevalencia, principalmente en África.

2) Programas combinados de prevención para todas las "poblaciones clave", basados en los "derechos humanos", incluido el "empoderamiento" de la comunidad, la divulgación entre pares y la distribución de condones; servicios de "reducción de daños" para las personas que usan drogas, "acceso al estigma y la discriminación"; pruebas de VIH y derivación al tratamiento.

3) Fortalecimiento de los programas nacionales de condones y cambio de comportamiento relacionados, que incluyen la comunicación para el cambio de comportamiento y la creación de la demanda de condones, la adquisición y el suministro adecuados de condones y lubricantes para hombres y mujeres, distribución gratuita, mercadeo social y ventas del sector privado para garantizar el acceso a todos los lugares, y el "mercado sostenible del condón".

4) Circuncisión masculina médica voluntaria en países con altos niveles de prevalencia del VIH para hombres y niños.

5) Ofrecer profilaxis previa a la exposición (PrEP) a grupos de población con riesgo sustantivo y con altos niveles de incidencia de VIH.

Resulta imperioso replantear la asignación de recursos a nivel mundial, para redirigirlos a aquellas intervenciones que han dado buenos resultados, en lugar de actuar según criterios político-ideológicos sobre el tema. Los cambios en la conducta sexual⁽²³⁾, entendidos como promoción de la abstinencia sexual en adolescentes y jóvenes, y la disminución de parejas sexuales⁽²⁴⁾, es decir, la monogamia con una persona sana, han sido estrategias que han resultado exitosas, logrando disminuir la infección por VIH muy por encima de la utilización del condón⁽²⁵⁻²⁸⁾. Tal es el caso de Uganda⁽²⁹⁾ y Zimbawe.

Notas capítulo 7

1. UNADIS Datas 2018. Consultado en: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/unaids-data-2018>.
2. Owusu-Edusei K Jr, Chesson HW, Gift TL, Tao G, Mahajan R, Ocfemia MC, et al. The estimated direct medical cost of selected sexually transmitted infections in the United States, 2008. *Sex Transm Dis.* 2013 Mar; 40(3): 197-201.
3. Hearst N, Chen S. Condom promotion for AIDS prevention in the developing world: is it working? *Stud Fam Plann.* 2004; 35: 39-47.
4. Potts M, Halperin DT, Kirby D, Swidler A, Marseille E, Klausner JD, et al. Reassessing HIV prevention. *Science.* 2008; 320: 749-750.
5. Johnson LF, Hallett TB, Rehle TM, Dorrington RE. The effect of changes in condom useage and antiretroviral treatment coverage on human immunodeficiency virus incidence in South Africa: a model-based analysis. *J R Soc Interface.* 2012 Jul 7; 9(72): 1544-54.
6. Ruark A, Dlamini L, Mazibuko N, Green EC, Kennedy C, Nunn A, et al. Love, lust and the emotional context of multiple and concurrent sexual partnerships among young Swazi adults. *Afr J AIDS Res.* 2014; 13(2): 133-43.
7. Moreno R, Nababan HY, Ota E, Wariki WM, Ezoe S, Gilmour S, et al. Structural and community-level interventions for increasing condom use to prevent the transmission of HIV and other sexually transmitted infections. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Jul 29; (7): CD003363.

8. Hearst N, Ruark A, Hudes ES, Goldsmith J, Green EC. Demographic and health surveys indicate limited impact of condoms and HIV testing in four African countries. *Afr J AIDS Res.* 2013 Mar; 12(1): 9-15.
9. Green EC, Mah TL, Ruark A, Hearst N. A framework of sexual partnerships: risks and implications for HIV prevention in Africa. *Stud Fam Plann.* 2009 Mar; 40(1): 63-70.
10. CDC. Sexual Risk Behaviors: HIV, STD, & Teen Pregnancy Prevention. Disponible en: <https://www.cdc.gov/healthyouth/sexualbehaviors/index.htm>
11. LeFevre ML, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral Counseling Interventions to Prevent Sexually Transmitted Infections: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2014; 161: 894-901.
12. Organización Mundial de la Salud. "Informe Mundial del año 2003", 2003 Capítulo 5.
13. Blum RW. Uganda AIDS prevention: A,B,C and politics. *J Adoelsc Health* 2004; 34: 428-32.
14. Moore DM, Hogg RS. Trends in antenatal human immunodeficiency virus prevalence in Western Kenya and Eastern Uganda: evidence of differences in health policies? *Inter J Epidem* 2004; 33: 542-48.
15. Asimwe-Okiror G, Opio AA, Musinguzi J, Madraa E, Tembo G, Michel Caraël M. Change in sexual behaviour and decline in HIV infection among young pregnant women in urban Uganda. *AIDS* 1997, 11: 1757-63.
16. Genuis SJ, Genuis SK. HIV/AIDS prevention in Uganda: why has it worked? *Postgrad Med J* 2005; 81: 615-17.
17. Stoneburner RL, Low-Beer D. Population-level HIV declines and behavioral risk avoidance in Uganda. *Science* 2004; 304: 714-18.
18. Alonso A, de Irala J. Strategies in HIV prevention: the A-B-C approach. *Lancet* 2004; 364: 1033.
19. Halperin DT, Mugurungi O, Hallett TB, Muchini B, Campbell B, et al. A Surprising Prevention Success: Why Did the HIV Epidemic Decline in Zimbabwe? *PLoS Med* 2011; 8(2): e1000414.
20. Mahomva A, Greby S, Dube S, Mugurungi O, Hargrove J, Rosen D, et al. HIV prevalence and trends from data in Zimbabwe, 1997-2004. *Sex Transm Infect* 2006; 82(Suppl I): i42-i47.
21. Potts M, Halperin DT, Kirby D, Swidler A, Marseille E, et al. Reassessing HIV prevention. *Science* 2008; 320: 749-750.
22. UNAIDS Prevention 2020 Road Map, 2016.
23. Asimwe-Okiror G, Opio AA, Musinguzi J, Madraa E, Tembo G, Michel Caraël M. Change in sexual behaviour and decline in HIV infection among young pregnant women in urban Uganda. *AIDS* 1997, 11: 1757-63.
24. Green EC, Halperin DT, Nantulya V, Hogle JA. Uganda's HIV prevention success: The role of sexual behavior change and the national response. *AIDS and Behavior* 2006; 10(4): 335-46.
25. Blum RW. Uganda AIDS prevention: A,B,C and politics. *J Adoelsc Health* 2004; 34: 428-32.
26. Kirby D. Changes in sexual behaviour leading to the decline in the prevalence of HIV in Uganda: confirmation from multiple sources of evidence. *Sex Transm Infect* 2008; 84(Suppl II): ii35-ii41.
27. May M. Commentary: Still dying of ignorance? Human immunodeficiency virus (HIV) prevention strategies revisited. *Int J Epidem* 2004; 33: 549-50.
28. Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet* 2006; 368(9548): 1706-28.
29. Genuis SJ, Genuis SK. HIV/AIDS prevention in Uganda: why has it worked? *Postgrad Med J* 2005; 81: 615-17.

Capítulo 8

Características del adolescente

El adolescente vive un período crítico en su desarrollo y cualquier elección puede impactar su salud y bienestar, a corto y largo plazo.

La adolescencia se considera una etapa bien definida de la vida del ser humano, situada entre la niñez y la edad adulta, caracterizada por cambios notables en el desarrollo corporal, psicológico y social del individuo; con fenómenos de separación e individualización, donde se adquieren habilidades para asumir roles y responsabilidades de la edad adulta⁽¹⁾. Se considera un período de gran estrés,⁽²⁾ debido a la importante transición hacia la madurez física, búsqueda de independencia, mayor prominencia social e interacción entre pares, y al desarrollo cerebral.

La OMS la define como la etapa que transcurre durante el segundo decenio de la vida de los seres humanos, es decir, entre los 10 y los 19 años⁽³⁾, existiendo una diferencia entre su estadio temprano (10 a 14 años) y tardío (15 a 19 años).

De los 10 a los 14 años de edad, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para quienes viven esta transformación.

Los cambios internos, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. En su desarrollo inicial, el cerebro está formado sólo por materia gris, y madurar consiste en convertirla en materia blanca. En esta primera etapa del adolescente, investigaciones neurocientíficas demuestran que el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico, con crecimiento en la plasticidad estructural y funcional⁽⁴⁾. El número de células cerebrales puede llegar casi a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, aumentando la mielinización axonal, especialmente en la corteza prefrontal y parietal; con repercusiones sobre la capacidad emocional y cognitiva⁽⁵⁾.

De los 15 a los 19 años de edad, usualmente, ya han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo del adolescente sigue desarrollándose. El cerebro también continúa su desarrollo y reorganización, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo tienden a ser importantes y esta relación con sus pares o iguales es mucho más predominante que en otras etapas de la vida⁽⁶⁾.

Internacionalmente, han sido definidos los términos niño, adolescencia y afines⁽⁷⁾. Así, la Convención de Derechos del Niño (1989) define “niño” como el ser humano menor de 18 años.

Adolescente, es un derivado del latín *adolescere* (del presente participio de *adolescens* que significa en crecimiento). El término “adolescente”, fue acuñado en los Estados Unidos

(teenager) en los años veinte, usándose popularmente en la cultura después de la Segunda Guerra Mundial, y se refiere a las personas entre 13 y 19 años.

De la misma manera, en 1985, con ocasión del Año internacional de la Juventud, Naciones Unidas definió “joven” como el grupo de personas de entre 10 y 24 años, por lo que se sugiere dividirlo en 3 categorías con el fin de examinar apropiadamente los cambios en la salud: 10-14 años (adolescencia temprana); 15-19 años (adolescencia tardía) y 20-24 años (juventud temprana).

Por último, “edad adulta” es el momento en que los adolescentes ya poseen derechos legales, alcanzándose en la mayoría de los países a la edad de 18 años.

En la adolescencia temprana (10-14 años), se presentan cambios físicos como crecimiento de vello en el cuerpo, aumenta la producción de grasa en el cuerpo y en el pelo, hay gran crecimiento físico (peso y talla), en las mujeres hay desarrollo de las glándulas mamarias y los pezones; en los hombres hay crecimiento de los testículos, el pene y cambio de la voz. Dentro del desarrollo cognitivo, se presenta crecimiento de la capacidad de abstracción e interés en el presente, aunque inicia el interés en el futuro. Así mismo, aumentan los intereses intelectuales, y el pensamiento profundo y moral. En el ámbito del desarrollo emocional y social, se observa la lucha sobre el sentido de identidad; se sienten incómodos consigo mismos y su cuerpo, se dan cuenta que los padres no son perfectos, aumentan los conflictos con los padres y cada vez son más influenciados por sus pares. En esta etapa, tienen un elevado deseo de independencia; retornan al comportamiento infantil cuando están estresados y son propensos a cambios de humor; prueban normas y límites; buscan privacidad y tienen un creciente interés por la sexualidad.

En la adolescencia tardía (15-19 años), el crecimiento físico se vuelve más lento en las mujeres, y en los hombres continúa. En cuanto al desarrollo cognitivo, sigue madurando la capacidad de abstracción, aumenta la capacidad de establecer metas, el interés en el razonamiento moral y el pensamiento sobre el significado de la vida. En relación a los cambios emocionales y sociales, se presenta un intenso desarrollo de la personalidad, con altas expectativas de sí mismos. Continúan entendiendo los cambios de su cuerpo, necesitan destacar, y les preocupa el ser normales; tienden a distanciarse de sus padres, siguen buscando su independencia, necesitan hacer amigos y el hecho de ser “popular” es importante en el contexto social. A su vez, tienen una mayor capacidad de regular sus emociones; experimentan sentimientos de amor y pasión; y la sexualidad se convierte en un tema recurrente en las inquietudes personales y en las conversaciones con los más cercanos.

En la juventud temprana (20-24 años), las mujeres terminan su desarrollo físico, y los hombres siguen aumentando de peso, talla, masa muscular y vello corporal como parte del desarrollo físico. Dentro del desarrollo cognitivo, se presenta la capacidad de generar ideas de principio a final; de esperar por las gratificaciones y hay mayor preocupación por el futuro, así como un continuo interés en el razonamiento moral. En lo que respecta al desarrollo emocional y social, se tiene un sentido firme de identidad, aumenta la estabilidad emocional, la preocupación por los demás y la tendencia a la independencia y autosuficiencia. Todavía son importantes las relaciones entre pares, pero desarrollan relaciones más serias, y recuperan cierto interés en las tradiciones sociales y culturales⁽⁷⁾.

En la adolescencia se presentan cambios hormonales y neurobiológicos que afectan el comportamiento, las emociones, los pensamientos y la salud. Estos son en parte regulados por la oxitocina y la vasopresina (hormonas sintetizadas en el hipotálamo), que se han vinculado al apego social, las relaciones o lazos sociales⁽⁸⁾, el reconocimiento social, la agresión⁽⁹⁾, las relaciones de pareja, y el comportamiento de la paternidad⁽¹⁰⁾.

Así mismo, el aumento súbito de hormonas gonadales (testosterona y estradiol) está correlacionado con cambios conductuales⁽¹¹⁾. Se ha demostrado que existe relación entre los niveles de testosterona y el asumir mayores riesgos por parte de los adolescentes,^(12,13) así como existe relación entre el estradiol y la toma de riesgos en las adolescentes, específicamente a la mitad del ciclo menstrual⁽¹⁴⁾.

En la adolescencia tardía, las chicas suelen correr mayor riesgo que los chicos de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión⁽¹⁵⁾; y a menudo la discriminación y el abuso magnifican estos riesgos. Las adolescentes tienen una propensión mayor que los hombres⁽¹⁶⁾ a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia⁽¹⁷⁾ y la bulimia⁽¹⁸⁾, vulnerabilidad que se deriva en parte de la profunda ansiedad sobre la imagen corporal, alentada por los estereotipos culturales de la delgadez, los mediáticos sobre la belleza femenina y la presión social⁽¹⁹⁾.

La transición de la adolescencia a la adultez trae consigo varias preocupaciones para el ámbito de la salud, pues aumentan las conductas de riesgo, la búsqueda de sensaciones, la depresión, el consumo de drogas y los accidentes⁽²⁰⁾. En este período, el ambiente social cambia, pues pasan más tiempo con sus pares que con adultos, y se presentan mayores conflictos de los adolescentes con sus padres, por lo que se vuelven emocionalmente más reactivos. También, la valoración de la información positiva y negativa se torna exagerada⁽²¹⁾.

La temeridad (acción excesivamente imprudente), es un rasgo común de la adolescencia, que va declinando en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. De igual forma, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol, se adquieren frecuentemente en esta etapa para prolongarse durante la edad adulta, haciendo más difícil dejar su uso⁽²²⁾.

Resultados de la *Youth Risk Behavior Survey* de 2017,⁽²³⁾ indican que la mayoría de los estudiantes de preparatoria en los Estados Unidos han presentado conductas de riesgo, lo que se asocia a las principales causas de muerte en ese país entre jóvenes de 10 y 24 años de edad. En los 30 días anteriores a la realización de dicha encuesta, el 39,2% de estos estudiantes había mandado un email o mensaje de texto mientras manejaba, el 29,8% informó consumo actual de alcohol, un 19,8% reportó consumo actual de marihuana y el 8,8% había fumado cigarrillos. En los doce meses anteriores a la misma, el 19% había sido víctima de acoso escolar o “bullying” y el 7,4% había intentado suicidarse. Así mismo, el 39,5% de los estudiantes reportaron haber tenido alguna vez relaciones sexuales y el 9,7% haber tenido relaciones sexuales con cuatro o más personas durante su vida.

En particular, los adolescentes se enrolan en conductas peligrosas como conducir automóviles de manera riesgosa, consumir drogas ilícitas y practicar conductas sexuales de riesgo. Esto se debe a que se sienten atraídos a buscar incentivos y vivir nuevas experiencias, lo que puede

estar mediado por una mayor prominencia a estímulos gratificantes durante esta edad, es decir, una búsqueda de recompensas⁽²⁴⁾. Así también, este tipo de conductas aumenta al ser influenciados por el ambiente y la escasa supervisión de sus padres.

La tendencia hacia las conductas de riesgo en los adolescentes no puede ser explicada por una falta de comprensión sobre las potenciales consecuencias de sus acciones⁽²⁵⁾, pues los adolescentes son cognitivamente capaces de apreciar los riesgos de sus actos de manera objetiva. Sin embargo, en el momento, estas advertencias no son atendidas, quizás debido a una variedad de influencias, incluyendo a sus pares⁽²⁶⁾ o iguales⁽²⁷⁾, el contexto ambiental (estabilidad en las relaciones familiares y con sus padres) o el estado emocional interno⁽²⁸⁾ (ansiedad, estado de ánimo), donde la existencia de un entorno que presenta una fuerte carga emocional tiende a “ganarle” al control de estas emociones. Esto puede explicar, en algunos casos, el aumento de comportamientos riesgosos con pobre capacidad de toma de decisiones, sin que exista una búsqueda de ganancia de por medio.

Dentro del desarrollo social de los adolescentes, se encuentran la formación de la identidad, la búsqueda de autonomía y la aceptación por los compañeros, mismas que se desarrollan en un ámbito de aumento en la toma de riesgos, lo que se ha visto como un proceso psicológico individual y social. El proceso inicia con un distanciamiento de sí mismo de las opiniones de los demás, especialmente de los padres, para formarse un claro sentido de cómo se es en realidad. Cuando este proceso es exitoso, los individuos tienden a evitar riesgos, pero si la identidad es difusa, se asocia con un aumento en la toma de riesgos⁽²⁹⁾.

El desarrollo de la autonomía está estrechamente vinculado a la formación de la identidad y también se conceptualiza como un proceso interpersonal. Se habla de autonomía saludable cuando los individuos asumen la responsabilidad de sus propias acciones, conservando relaciones cercanas con adultos significativos, lo cual permite desarrollar una autonomía propia y asumir bajos riesgos. Pero, si este proceso no se da correctamente, asumirán con mayor posibilidad riesgos elevados⁽³⁰⁾.

La capacidad para participar asertivamente en las relaciones sociales es muy importante tanto para el desarrollo de la identidad como para la aceptación en el grupo de iguales. Los adolescentes presentan cambios de identidad, conocimiento de su propia conciencia y de relación con los demás; comparado con los niños, los adolescentes son más sociables, forman relaciones más complejas con sus iguales, y son más sensibles a la aceptación y rechazo de los demás⁽³¹⁾.

Respecto a las conductas sexuales y reproductivas en los adolescentes, en esta etapa inician los cambios que permitirán que tanto el niño como la niña crezcan y se desarrollen, para llegar a la edad adulta donde serán hombre y mujer. De entre estos cambios biopsicosociales que experimentan, destaca la atracción física y la capacidad orgánica para iniciar las relaciones sexuales, aunque este desarrollo físico sexual no va aparejado con una maduración psicológica en lo que a la sexualidad se refiere. Existe evidencia suficiente para asumir que tener relaciones sexuales en la adolescencia implica muchos más riesgos que beneficios reales, como por ejemplo, la exposición a mayor número de parejas sexuales y a más conductas sexuales de riesgo, lo que se traduce en un aumento en las ITS, embarazos inesperados, consumo de hormonas anticonceptivas y aumento en el uso de alcohol, tabaco y drogas, entre otras.

Notas capítulo 8

1. Ernst M, Pine DS, Hardin M. Triadic model of the neurobiology of motivated behavior in adolescence. *Psychol Med.* 2006; 36(3): 299-312.
2. Spear LP. The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neurosci Biobehav Rev.* 2000; 24(4): 417-63.
3. World Health Organization. The second decade: improving adolescent health and development. Geneva: World Health Organization, 2001.
4. Burnett S, Blakemore SJ. The development of adolescent social cognition. *Ann N Y Acad Sci.* 2009; 1167: 51-6.
5. Choudhury S. Culturing the adolescent brain: what can neuroscience learn from anthropology? *Soc Cogn Affect Neurosc.* 2010; 5(2-3): 159-67.
6. Albores V. Formación de la Identidad Psicosexual. En: Dallal E, compilador. *Caminos del desarrollo psicológico. Vol 2.* México: Plaza y Valdez Editores; 1999. p. 125-159.
7. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezeh AC, Patton GC. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet.* 2012; 379(9826): 1630-40.
8. Lim MM, Young LJ. Neuropeptidergic regulation of affiliative behavior and social bonding in animals. *Horm Behav.* 2006; 50(4): 506-17.
9. Heinrichs M, Domes G. Neuropeptides and social behaviour: effects of oxytocin and vasopressin in humans. *Prog Brain Res.* 2008; 170: 337-50.
10. Insel TR. A neurobiological basis of social attachment. *Am J Psychiatry.* 1997; 154(6): 726-35.
11. Neufang S, Specht K, Hausmann M, Gunturkun O, Herpertz-Dahlmann B, Fink GR, et al. Sex differences and the impact of steroid hormones on the developing human brain. *Cerebral Cortex.* 2009; 19(2): 464-73.
12. Vermeersch H, T'Sjoen G, Kaufman JM, Vincke J, Van Houtte M. Testosterone, androgen receptor gene CAG repeat length, mood and behaviour in adolescent males. *Eur J Endocrinol.* 2010; 163(2): 319-28.
13. Vermeersch H, T'Sjoen G, Kaufman JM, Vincke J. The role of testosterone in aggressive and non-aggressive risk-taking in adolescent boys. *Horm Behav.* 2008; 53(3): 463-71.
14. Vermeersch H, T'Sjoen G, Kaufman JM, Vincke J. Estradiol, testosterone, differential association and aggressive and non-aggressive risk-taking in adolescent girls. *Psychoneuroendocrinology.* 2008; 33(7): 897-908.
15. Esbjørn BH, Sømhovd MJ, Turnstedt C, Reinholdt-Dunne ML. Assessing the Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) in a national sample of Danish youth aged 8-16 years. *PLoS One.* 2012; 7(5): e37339.
16. Neumark-Sztainer D, Wall M, Larson NI, Eisenberg ME, Loth K. Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: findings from a 10- year longitudinal study. *J Am Diet Assoc.* 2011; 111(7): 1004-11.
17. Owers SG, Clark AF, Roberts C, Byford S, Barrett B, Griffiths A. A randomised controlled multicentre trial of treatments for adolescent anorexia nervosa including assessment of cost-effectiveness and patient acceptability - the TOuCAN trial. *Health Technol Assess.* 2010; 14(15): 1-98.
18. Radmanović-Burgić M, Gavrić Z, Burgić S. Eating attitudes in adolescent girls. *Psychiatr Danub.* 2011; 23(1): 64-8.
19. Deleel ML, Hughes TL, Miller JA, Hipwell A, Theodore LA. Prevalence of eating disturbance and body image dissatisfaction in young girls: an examination of the variance across racial and socioeconomic groups. *Psychol Sch.* 2009; 46(8): 767-775.
20. Sadeh A, Dahl RE, Shahar G, Rosenblat-Stein S. Sleep and the transition to adolescence: a longitudinal study. *Sleep.* 2009; 32(12): 1602-9.
21. Casey BJ, Jones RM, Hare TA. The Adolescent Brain. *Ann N Y Acad Sci* 2008; 1124: 111-26.
22. Lipperman-Kreda S, Lee JP. Boost Your High: Cigarette Smoking to Enhance Alcohol and Drug Effects among Southeast Asian American Youth. *J Drug Issues.* 2011; 41(4): 509-522.

23. Kann L, McManus T, Harris WA, Shanklin SL, Flint KH, Queen B, et al. Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2017. *MMWR Surveill Summ*. 2018 Jun 15; 67(8): 1-114.
24. Casey BJ, Getz S, Galvan A. The adolescent brain. *Developmental Review*. 2008; 28(1): 62-77.
25. Reyna V, Farley F. Risk and rationality in adolescent decision making: implications for theory, practice, and public policy. *Psychological Science in the Public Interest*. 2006; 7(1): 1-44.
26. Gardner M, Steinberg L. Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: an experimental study. *Dev Psychol*. 2005; 41(4): 625-35.
27. Silk JS, Siegle GJ, Whalen DJ, Ostapenko LJ, Ladouceur CD, Dahl RE. Pubertal changes in emotional information processing: pupillary, behavioral, and subjective evidence during emotional word identification. *Dev Psychopathol*. 2009; 21(1): 7-26.
28. Sebastian C, Burnett S, Blakemore SJ. Development of the self-concept during adolescence. *Trends Cogn Sci*. 2008; 12(11): 441-6.
29. National Academy of Sciences. *The Science of Adolescent Risk-Taking*, Workshop Report. United States of America; 2011.
30. Kagitcibasi, C. Autonomy and relatedness in cultural context: Implications for self and family. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2005; 36(403): 403-422.
31. Blakemore SJ. Development of the social brain in adolescence. *J R Soc Med*. 2012; 105(3): 111-6.

Capítulo 9

Riesgos del embarazo en la adolescencia

El embarazo inesperado es una más de las consecuencias de las relaciones sexuales en la adolescencia y la juventud temprana.

Una expresión común de nuestra época es el término “**embarazo no deseado**”, usada para referirse a un embarazo, la mayoría de los casos en adolescentes, fuera de una relación estable, o cuando el hombre o la mujer no desean asumir la paternidad propia que es consecuencia natural de tener relaciones sexuales en la etapa fértil de la mujer. El uso de esta expresión, refleja que el valor intrínseco que se da a las personas, en especial a las más indefensas —el niño concebido—, queda supeditado a la consideración que los “más fuertes, ricos o poderosos” tengan respecto de ellas. Catalogar a una persona como “deseada” y, por ello, con derecho a vivir y a ser recibida con alegría por su familia, o “no deseada”, en cuyo caso, su derecho a vivir queda subordinado al deseo de su madre o padre a terminar o no con su vida, es una consecuencia de esta mentalidad.

Por ello, parece más justo hablar de embarazos inesperados para referirse a los embarazos que llegan de manera sorpresiva, pues aunque en un principio la madre o el padre se vean sobrepasados ante este acontecimiento, al paso del tiempo esto puede cambiar y ese niño o niña en gestación puede ser recibido con alegría e ilusión por su propia familia biológica o por una nueva familia adoptiva.

El embarazo inesperado es una de las consecuencias de las relaciones sexuales en la adolescencia. Los jóvenes que inician relaciones sexuales a temprana edad, incrementan sus posibilidades de acumular varias parejas sexuales durante su vida y de vivir un embarazo a menor edad⁽¹⁾. El embarazo en esta etapa de la vida puede tener consecuencias negativas tanto para los padres como para el hijo; puede afectar la salud del recién nacido, la de la madre, contribuir a la pérdida de oportunidades educativas, limitar la posibilidad de conseguir empleo para los padres, y por ello de padecer pobreza.

Los niños que nacen de madres adolescentes tienen mayor riesgo de presentar nacimientos prematuros, bajo peso al nacer, accidentes en la infancia, déficit cognitivo, problemas de salud mental y maltrato,⁽²⁾ e incluso pueden llegar a tener hasta un 60% más de posibilidades de morir⁽³⁾.

Las mujeres que tienen un niño durante la adolescencia tienen mayor probabilidad de vivir en la pobreza y registrar menos consultas prenatales⁽⁴⁾, así mismo, de presentar complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio (los 40 días posteriores al parto). De igual manera, los hijos de madres adolescentes tiene mayor posibilidad de presentar problemas como bajo peso al nacer⁽⁵⁾, nacimientos prematuros^(6,7), talla pequeña para la edad gestacional, malformaciones⁽⁸⁾, y mayor mortalidad neonatal^(9,10,11) e infantil⁽¹²⁾.

Las madres adolescentes tienen más probabilidad de mostrar comportamientos malsanos, que podrían producir complicaciones en el hijo, como crecimiento inadecuado, infección o dependencia de sustancias químicas. Igualmente, cuanto más joven sea la madre (menor de 18 años), mayor será el riesgo para el niño de morir durante el primer año de vida⁽¹³⁾.

Las jóvenes que se encuentran embarazadas tienen mayores posibilidades de presentar depresión⁽¹⁴⁾. De hecho, el embarazo en la adolescencia es un factor de riesgo para desarrollar depresión durante el embarazo, el postparto⁽¹⁵⁾ y la edad adulta⁽¹⁶⁾. Datos de países de ingresos altos, indican que la depresión en adolescentes embarazadas va del 25 al 47%⁽¹⁷⁻¹⁹⁾, en tanto que estudios en Latinoamérica muestran rangos de entre 21 y 39%⁽²⁰⁾, de los cuales un 12,9% corresponde a casos de depresión clínica.

Así también, desde el punto de vista sociocultural, esta situación conlleva problemas familiares que pueden ser tan dañinos como las mismas complicaciones médicas, tales como la limitación para seguir estudiando,⁽²¹⁾ deserción escolar⁽²²⁾ y la falta de oportunidades laborales como consecuencia de un bajo nivel de escolaridad.

La muerte por violencia es la segunda causa de muerte durante el embarazo para adolescentes, siendo mayor en este grupo que en cualquier otro. Así mismo, presentan mayor número de matrimonios no deseados e inestables⁽²³⁾.

La paternidad a temprana edad, se ha relacionado con otros problemas sociales como dependencia económica, abuso infantil, fracaso escolar, trabajos informales⁽²⁰⁾ y actividad criminal⁽²⁴⁾.

Las niñas que nacen de madres adolescentes tienen más probabilidades de convertirse, a su vez, en madres adolescentes⁽²⁵⁾, y los niños varones son más propensos a cometer delitos.

Las adolescentes embarazadas registran mayores porcentajes de abandono de la escuela y de vivir en pobreza,⁽²⁶⁾ así mismo los hijos de padres adolescentes tiene más riesgo de dejar la escuela, tener problemas de conducta y cometer ilícitos, y a su vez, de tener hijos durante la adolescencia⁽²⁷⁾.

Embarazo adolescente en América.

La OMS estima que anualmente hay cerca de 16 millones de embarazos en adolescentes, en el rango de edad entre 15 a 19 años, y 2 millones en adolescentes menores de 15 años⁽²⁸⁾. En el mundo, en las distintas regiones en desarrollo, hay 252 millones de adolescentes cuyo rango de edad va de los 15 a 19 años, de los cuales, 38 millones son sexualmente activos.

Comparado con los países de altos ingresos, **Estados Unidos** presenta rangos elevados de embarazos en adolescentes, la mayoría de los cuales son inesperados⁽²⁹⁾. Entre los años 1991-2014, la tasa de natalidad en las adolescentes de 15 a 19 años de edad disminuyó en un 61%, esto es, de 61,8 a 24,2 nacimientos por 1.000 habitantes. No obstante, en 2014, la tasa de natalidad entre las adolescentes se mantuvo aproximadamente el doble para las adolescentes hispanas y no hispanas afroamericanas en comparación con los adolescentes no hispanas blancas⁽³⁰⁾. Por ejemplo, en 2006, las tasas de embarazo entre las adolescentes hispanas y afroamericanas de 15 a 19 años de edad fueron mucho más altas (132,8 y 128 por 1.000 habitantes) que en chicas no hispanas blancas (45,2 por 1.000 habitantes)⁽³¹⁾.

La tasa de embarazo adolescente en los Estados Unidos sigue siendo la más alta entre los países desarrollados⁽³²⁾. Cada año, aproximadamente 750.000 mujeres adolescentes menores de 20 años quedan embarazadas y más del 75% de estos embarazos no son planeados⁽³³⁾. En el año 2016, entre las personas de 15 a 19 años, se registraron 209.809 nacimientos⁽³⁴⁾.

Datos de la OMS estiman que la región de América Latina y el Caribe cuenta con la segunda tasa de fecundidad más alta en todo el mundo. Mientras que la tasa mundial de nacimientos es de 46 por cada 1.000 adolescentes en el grupo de 15 a 19 años, en la región de América Latina y el Caribe, la tasa es de 66,5 nacimientos por cada 1000 adolescentes, en ese mismo rango de edad. De todos los embarazos reportados en esta región, alrededor del 15 % ocurren en menores de 20 años⁽³⁵⁾.

Datos del Gobierno de México del 2018, refieren que el embarazo en adolescentes de entre 15 y 19 años ha disminuido paulatinamente, presentando un tasa de 77 nacimientos por cada 1.000 adolescentes en 2012, y de 70,5 por cada 1.000 en 2018; lo que representa una disminución del 8,4%. Sin embargo, en niñas y adolescentes de entre 10 y 14 años, de 1,9 nacimientos por cada 1.000 niñas en el año 2012 (10.377), aumentó a 2,1 por cada 1.000 niñas en 2015 (11.488), lo que representa un incremento del 9,5%⁽³⁶⁾.

En **Colombia**, una de cada cinco adolescentes entre 15 y 19 años de edad, está o ha estado embarazada y el 64% de estos embarazos no fueron planeados⁽³⁷⁾. En 2017, en ese país, nacieron 420.047 niños, 20% de los cuales (86.239) fueron de adolescentes entre 15 y 19 años. El año 2015, en tanto, el número de nacimientos por cada 1.000 adolescentes en el grupo de 15 a 19 años, fue menor que en países de América Central, como Guatemala y Nicaragua, pero más alto que en otros países de Sudamérica, como Chile y Perú⁽³⁸⁾.

En el **Perú**, el embarazo adolescente se presenta en el 14,6% de esta población⁽³⁹⁾. La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar –ENDES– del 2014, arrojó que el 25% de las mujeres entre 15 a 19 años de edad, mantenían una vida sexual activa y habían tenido más de una pareja sexual. Un estudio en escolares de secundaria, evidenció que el 11% de los adolescentes mantenía una vida sexual activa, principalmente los varones⁽⁴⁰⁾. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática –INEI–, cada día, cuatro adolescentes menores de 15 años quedan embarazadas, y este promedio sube a diez cuando las menores alcanzan esa edad. La ENDES⁽⁴¹⁾ correspondiente al año 2017, reveló que el 13,4% de las adolescentes entre 15 y 19 años, fueron madres o quedaron embarazadas por primera vez aquel año, lo que significó un alza del 0,7% con respecto al 2016. El porcentaje se había mantenido en el mismo rango durante los cinco años anteriores y fue de un 14% de adolescentes embarazadas en el 2013; 14,6 % en 2014 y 13,6 % en 2015⁽⁴²⁾.

Con respecto al embarazo adolescente en **Chile**, Velarde⁽⁴³⁾ reporta que de 1992 a 2012, la tasa de natalidad experimentó un descenso del 25%. Datos de la OPS indican que en Chile, entre el 2011 y el 2015, la tasa de fecundidad de las adolescentes se redujo en más del 10%, situándose en 2015, en 21,11 por cada 1.000 mujeres en edad fértil, cifra inferior al promedio de 24,4 registrado en los países de la OCDE⁽⁴⁴⁾.

Se ha demostrado que las jóvenes que inician las relaciones sexuales durante los primeros años de la adolescencia, tienen muchas más probabilidades de ser madres adolescentes que aquellas que retrasan la edad de inicio de la vida sexual⁽⁴⁵⁾. Cifras de **México** así lo demuestran.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 realizada por el Gobierno de México, reportó que de las adolescentes (12 a 19 años) que tuvieron relaciones sexuales (21,5% de todo el país), el 51,9%, es decir más de la mitad, estaban o habían estado embarazadas⁽⁴⁶⁾.

Los resultados del análisis de Wado⁽⁴⁷⁾ llevado a cabo en 2019, sobre 21.000 mujeres adolescentes entre 15 y 19 años, concluyó que las chicas que inician relaciones sexuales a temprana edad, tienen mayores probabilidades de embarazarse antes de los 19 años; y que las adolescentes que obtienen un mayor acceso a la educación, disminuyen las posibilidades de vivir la maternidad temprana al mejorar su conocimiento y capacidad para prevenir embarazos, y retrasar las relaciones sexuales.

También en 2019, el estudio de Hubert⁽⁴⁸⁾, entrevistó a 1.639 adolescentes y jóvenes, concluyendo que la asistencia a la escuela y la educación terciaria, disminuyeron significativamente la probabilidad de haber estado alguna vez embarazadas, y que registrar mayor edad en la primera relación sexual se asoció negativamente con el hecho de embarazarse, por lo que el retrasar el inicio de la vida sexual activa, podría reducir la tasa de embarazos en adolescentes.

¿En qué momento inicia la vida de una nueva persona?

La vida humana comienza desde el momento de la fecundación o fertilización, es decir, de la unión del óvulo de la madre con el espermatozoide del padre, por lo general posterior a una relación sexual. Desde el primer contacto y fusión de las membranas plasmáticas de ambas células reproductoras, se inicia un proceso de desarrollo continuo e interdependiente de un individuo genéticamente nuevo, distinto a su madre, que es una persona.

Se habla de **desarrollo continuo** porque, siempre y cuando no exista una intervención externa, se pueden observar distintas etapas coordinadas unas con otras, cuyo orden no es posible alterar ya que están predeterminadas genéticamente.

Este **desarrollo es interdependiente**, porque en cada etapa se activan o apagan distintos genes que determinan el progreso, inicio y fin de cada ciclo; es decir, a nivel genético, existe una interrelación entre cada etapa del desarrollo embrionario, lo que impide que el proceso sea discontinuo.

Esta nueva persona, **posee material genético distinto al de sus padres** y al de cualquier otro ser humano. Así mismo, **la vida de esta nueva persona es autónoma**, es decir, que **ella por sí sola coordina su crecimiento y desarrollo**, como lo refleja el proceso de formación de la placenta, el cordón umbilical y el saco amniótico, los que dependen del embrión humano.

Este cigoto, es un ser humano formado por una sola célula que en su interior **contiene toda la información y la capacidad necesaria para desarrollarse** por sí mismo durante nueve meses, hasta su nacimiento.

Una reciente investigación en el Reino Unido⁽⁴⁹⁾ demostró cómo el cigoto humano dirige, de manera autónoma, su propio desarrollo desde los primeros momentos de su vida, incluso cuando no está en el vientre de su madre. Esta nueva persona, conformada inicialmente por una sola célula, sabe precisamente lo que debe hacer después de la concepción, independientemente de si recibe o no señales del útero de la mujer; es decir, el cigoto humano es un ser vivo autónomo.

Así mismo, desde el primer instante posterior a la fecundación, se desarrolla un diálogo intermolecular entre el cigoto y la madre. Mientras éste atraviesa las trompas uterinas, envía avisos moleculares y la madre responde produciendo varias sustancias que permiten el crecimiento del cigoto (que después pasa a llamarse embrión) y le proporcionan toda la vitalidad que necesita, porque durante los cinco primeros días de su vida, no dispone de más energía que la que se encuentra guardada en el óvulo.

Además, este diálogo molecular convierte al sistema inmunológico materno en tolerante hacia el embrión, mitad materno y mitad paterno. Este clima de tolerancia inmunológica creado en el diálogo molecular, hace que las defensas de la madre se desactiven contra el ser extraño, y que la madre perciba al embrión sin rechazarlo, a pesar de no ser algo propio sino diferente de ella.

Es así que **el embrión humano posee las siguientes características:**

- 1) **Es una persona viva**, única e irrepetible.
- 2) **Es un individuo de la especie humana** que en cada célula tiene 46 cromosomas.
- 3) **Tiene su propio material genético** que es distinto al de su madre y su padre, y al de cualquier persona que haya existido en toda la historia de la humanidad.
- 4) **Vive en un crecimiento y desarrollo continuo, desde la fecundación** y hasta la muerte natural, sin saltos cualitativos y **sin interrupciones, de carácter gradual e irreversible.**
- 5) **Es autónomo**, es decir que por si solo **coordina todo su crecimiento y desarrollo.**

Notas capítulo 9

1. Remschmidt C, Fesefeld M, Kaufmann AM, Deleré Y. Sexual behavior and factors associated with young age at first intercourse and HPV vaccine uptake among young women in Germany: implications for HPV vaccination policies. *BMC Public Health*. 2014 Dec 5; 14:1248.
2. Cavazos-Rehg PA, Krauss MJ, Spitznagel EL, Schootman M, Cottler LB, Bierut LJ. Substance use and the risk for sexual intercourse with and without a history of teenage pregnancy among adolescent females. *J Stud Alcohol Drugs*. 2011; 72(2):194-8.
3. Tripa J, Viner R. Sexual health, contraception, and teenage pregnancy. *BMJ*. 2005; 330:590-93.
4. Dos Santos GH, Martins Mda G, Sousa Mda S. Teenage pregnancy and factors associated with low birth weight. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008; 30(5):224-31.
5. Martins Mda G, Dos Santos GH, Sousa Mda S, Da Costa JE, Simões VM. Association of pregnancy in adolescence and prematurity. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011; 33(11):354-60.
6. Jolly MC, Sebire N, Harris J, Robinson S, Regan L. Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. *Obstet Gynecol*. 2000; 96(6):962-6.
7. Santos GH, Martins Mda G, Sousa Mda S, Batalha Sde J. Impact of maternal age on perinatal outcomes and mode of delivery. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31(7):326-34.
8. Gortzak-Uzan L, Hallak M, Press F, Katz M, Shoham-Vardi I. Teenage pregnancy: risk factors for adverse perinatal outcome. *J Matern Fetal Med*. 2001; 10(6):393-7.
9. Chen XK, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *Int J Epidemiol* 2007; 36(2):368-73.

10. Chen XK, Wen SW, Fleming N, Yang Q, Walker MC. Increased risks of neonatal and postneonatal mortality associated with teenage pregnancy had different explanations. *J Clin Epidemiol*. 2008; 61(7):688-94.
11. Cunnington AJ. What's so bad about teenage pregnancy? *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2001; 27(1):36-41.
12. Donoso Siña E, Becker Valdivieso J, Villarroel del Pino L. Birth rates and reproductive risk in adolescents in Chile, 1990-1999. *Rev Panam Salud Publica*. 2003; 14(1):3-8.
13. Malamitsi-Puchner A, Boutsikou T. Adolescent pregnancy and perinatal outcome. *Pediatr Endocrinol Rev* 2006; 3 Suppl 1:170-1.
14. Pan American Health Organization. Adolescent and youth regional strategy and plan of action. Washington, DC: PAHO; 2010.
15. Silva R, Jansen K, Souza L, Quevedo L, Barbosa L, Moraes I, et al. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012; 34(2):143-8.
16. Holzman C, Eyster J, Tiedje LB, Roman LA, Seagull E, Rahbar MHA. A life course perspective on depressive symptoms in mid-pregnancy. *Matern Child Health J*. 2006; 10(2):127-38.
17. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health*. 2007; 10(3):103-9.
18. Holzman C, Eyster J, Tiedje L, Roman L, Seagull E, Rahbar M. A life course perspective on depressive symptoms in mid-pregnancy. *Matern Child Health J*. 2006; 10(2):127-38.
19. Barnett B, Liu J, Devove M. Double jeopardy: depressive symptoms and rapid subsequent pregnancy in adolescent mothers. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008; 162(3):246-52.
20. Lara MA, Berenson S, Juárez García F, Medina-Mora ME, Natera Rey G, Villatoro Velázquez JA, et al. Population study of depressive symptoms and risk factors in pregnant and parenting Mexican adolescents. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31(2):102-8. *Misma* 162.
21. Chagas de Almeida MC, Aquino EM. Adolescent pregnancy and completion of basic education: a study of young people in three state capital cities in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(12):2386-2400.
22. Molina M, Ferrada C, Pérez R, Cid L, Casanueva V, García A. The relationship between teenage pregnancy and school desertion. *Rev Med Chil*. 2004; 132(1):65-70.
23. Lee SH, Yen CH, Wu WY, Lee MC. A review on adolescent childbearing in Taiwan: its characteristics, outcomes and risks. *Asia Pac J Public Health*. 2007; 19(1):40-2.
24. Brindis CD. A public health success: understanding policy changes related to teen sexual activity and pregnancy. *Annu Rev Public Health*. 2006; 27:277-95.
25. Whitehead E. Understanding the association between teenage pregnancy and inter-generational factors: a comparative and analytical study. *Midwifery*. 2009; 25(2):147-54.
26. Kost K, Henshaw S, Carlin L. US Teenage Pregnancies, Births and Abortions: National and State Trends and Trends by Race and Ethnicity. 2010. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/USTPtrends.pdf>.
27. Centers for Disease Control and Prevention. Improving the Lives of Young People and Strengthening Communities by Reducing Teen Pregnancy: At a Glance 2011. March 3, 2011. Available at: <http://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/aag/teen-preg.htm>. Accessed July 25, 2014.
28. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNICEF. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica. 2016. Recuperado en: [https://www.unicef.org/panama/spanish/EmbarazoAdolescente_ESP\(1\).pdf](https://www.unicef.org/panama/spanish/EmbarazoAdolescente_ESP(1).pdf)
29. Finer L, Henshaw S. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspect Sex Reprod Health*. 2006; 38(2):90-96.
30. Romero L, Pazol K, Warner L, Cox S, Kroelinger C, Besera G, et al. Reduced Disparities in Birth Rates Among Teens Aged 15-19 Years - United States, 2006-2007 and 2013-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016 Apr 29; 65(16):409-14.
31. Gavin L, MacKay AP, Brown K, Harrier S, Ventura SJ, Kann L, et al. Sexual and reproductive health of persons aged 10-24 years United States, 2002-2007. *MMWR Surveill Summ*. 2009; 58(S S06):1-58.

32. McKay A, Barrett M. Trends in teen pregnancy rates from 1996–2006: a comparison of Canada, Sweden, U.S.A., and England/Wales. *Can J Hum Sex.* 2010; 19(1–2):43–52.
33. Finer LB. Unintended pregnancy among U.S. adolescents: accounting for sexual activity. *J Adolesc Health.* 2010; 47(3):312–314.
34. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK, Driscoll AK, Drake P. Births: final data for 2016. *Natl Vital Stat Rep* 2018; 67:1–54. https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr67/nvsr67_01.pdf
35. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNICEF. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica. 2016. Recuperado en: [https://www.unicef.org/panama/spanish/EmbarazoAdolescente_ESP\(1\).pdf](https://www.unicef.org/panama/spanish/EmbarazoAdolescente_ESP(1).pdf)
36. Gobierno de México, Informe Ejecutivo Anual 2018 de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA); 2018. Disponible en: <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>
37. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta nacional de demografía y salud, ENDS. [National demographic and health survey, ENDS] 2015. Retrieved from: <http://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/2834>
38. OPS and UNICEF. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe [Accelerate progress towards reducing adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean]. 2018. Retrieved from <https://www.unicef.org/lac/informes/acelerar-el-progreso-hacia-la-reduccion-del-embarazo-adolescente-en-am%C3%A9rica-latina-y-el>
39. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2014 [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2015 [citado 22 mayo 2019]. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
40. Carmona G, Beltran J, Calderón M, Piazza M, Chávez S. [Contextualization of sexual initiation and individual barriers to the use of contraceptives by adolescents of Lima, Huamanga, and Iquitos]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2017 Oct-Dec; 34(4):601-610.
41. Gobierno del Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES. 2017. Capítulo 3, fecundidad. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html
42. INEI. Perú, fecundad adolescentes. Síntesis estadística. 2016. Disponible: <https://www.inei.gov.pe/biblioteca-virtual/boletines/fecundidad-adolescente-9529/1/>
43. Velarde M, Zegers-Hochschild F. Measuring the distribution of adolescent births among 15-19-year-olds in Chile: an ecological study. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2017 Oct; 43(4):302-308.
44. OPS. Informe Salud en Adolescentes. Disponible en: <https://www.paho.org/informe-salud-adolescente-2018/country-focus-chile.html>
45. Waldron M, Heath AC, Turkheimer E, Emery R, Bucholz KK, Madden PA, et al Age at first sexual intercourse and teenage pregnancy in Australian female twins. *Twin Res Hum Genet.* 2007; 10(3):440-9.
46. Gutierrez JB, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernandez S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, Mexico: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
47. Wado YD, Sully EA, Mumah JN. Pregnancy and early motherhood among adolescents in five East African countries: a multi-level analysis of risk and protective factors. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019 Feb 6; 19(1):59.
48. Hubert C, Villalobos A, Abreu AB, Suárez-López L, Castro F. Factors associated with pregnancy and motherhood among Mexican women aged 15-24. *Cad Saude Publica.* 2019 May 30; 35(6):e00142318.
49. Shahbazi MN, Jedrusik A, Vuoristo S, Recher G, Hupalowska A, Bolton V, et al. Self-organization of the human embryo in the absence of maternal tissues. *Nat Cell Biol.* 2016 Jun; 18(6):700-708.

Capítulo 10

Anticoncepción y sus efectos

Prescribir hormonas anticonceptivas a una mujer saludable es tan absurdo como recetar insulina a un paciente sin diabetes.

Vivimos en una sociedad donde la información directa y subliminal relacionada a la paternidad, está encaminada a evitar la concepción, a disminuir la fertilidad o, directamente, a eliminarla, todo ello con el objetivo de excluir el compromiso y la responsabilidad de las relaciones sexuales; es decir, se busca que estén libres de hijos. Nos han vendido muy bien la idea de que existiría un derecho absoluto sobre nuestra “salud sexual y reproductiva”, gracias al cual podríamos afectar nuestra salud y fertilidad durante años, para luego retomarla en el momento que quisiéramos.

Desde el inicio de las relaciones sexuales, sea durante la adolescencia, la juventud temprana, antes del matrimonio, e incluso dentro del matrimonio mismo, el embarazo es una preocupación constante tanto en la mujer como en el hombre. Para evitar el embarazo se recurre, en la mayoría de los casos, al empleo de “métodos anticonceptivos”, pero aunque estos se han posicionado en el imaginario colectivo de la sociedad contemporánea como la panacea para eludir o burlar un embarazo, la realidad es muy distinta. Los métodos anticonceptivos convierten la etapa fértil de la mujer en infértil, afectan su salud y, en muchas ocasiones, propician la infertilidad física; además de abrir espacio para la infertilidad emocional, intelectual y espiritual de la mujer, del hombre, o de ambos cónyuges.

Los anticonceptivos son sustancias, dispositivos o procedimientos que buscan impedir que se logre un embarazo o que este siga su curso. Existen varias clasificaciones, una de ellas es la siguiente:

1. Anticonceptivos de dosis regular. Existen en presentación de pastillas, parches, implantes, inyecciones y anillos vaginales.

En la actualidad, cada vez menos anticonceptivos hormonales de dosis regular actúan únicamente como anovulatorios, es decir, evitando la ovulación. Tienen varios mecanismos de acción: 1) reducen la frecuencia de la ovulación, por lo que algunas veces la mujer puede ovular y otras no; 2) alteran la movilidad de las trompas uterinas; 3) alteran la consistencia del moco cervical; y 4) afectan al endometrio, que es la capa interna del útero de la mujer, lo que provoca, en caso de haber fecundación, la imposibilidad de implantación de esa nueva persona, que en esta etapa inicial de su desarrollo se denomina cigoto.⁽¹⁻⁵⁾ Es decir, pueden actuar como abortivos.

Estos métodos pueden evitar que se produzca un embarazo o que este siga su curso, con una efectividad de 90 a 97%.

Varios estudios científicos han demostrado que las mujeres que utilizan alguno de estos métodos, tienen más riesgo de padecer hemorragias vaginales intensas⁽⁶⁾, cefalea (dolor de cabeza), migraña, acné, hirsutismo (crecimiento de vello en la cara), aumento de peso, vaginitis (inflamación de la vagina), dolor abdominal, náusea y vómito⁽⁷⁾, alteraciones vasculares como trombosis venosa profunda (trombos en las piernas)⁽⁸⁾, infarto agudo al miocardio⁽⁹⁾, hipertensión arterial⁽¹⁰⁾, embolia pulmonar⁽¹¹⁾, tromboembolias, infarto cerebral⁽¹²⁾, hemorragias o trombos cerebrales, aumento de cáncer cervicouterino, cáncer de mama^(13,14), cáncer de ovario, cáncer de pulmón, alteraciones vesiculares y depresión (sobre todo en adolescentes)⁽¹⁵⁾, entre otras.

Investigaciones recientes, han confirmado que el uso de anticonceptivos hormonales llamados “de nueva generación” (desogestrel y ciprosterona) aumenta el riesgo en las usuarias de presentar trombosis venosa⁽¹⁶⁾. Así mismo, en las mujeres que usan parches anticonceptivos y anillos vaginales, aumenta el riesgo de trombosis venosa⁽¹⁷⁾ hasta en 8 y 6,5 veces más, respectivamente, que en aquellas que no los usan⁽¹⁸⁾.

En relación a la presencia de enfermedades vasculares, el estudio de Sugiura de 2015⁽¹⁹⁾, reportó que el 45% de los eventos tromboembólicos se desarrollaron dentro de los noventa días siguientes al inicio del uso de los anticonceptivos orales combinados, y que el 81% de los eventos se presentó antes de cumplir un año de uso.

El estudio de Mørch⁽²⁰⁾ que dio seguimiento, durante diez años, a 1,8 millones de mujeres en Dinamarca, comparó la presencia de cáncer de mama entre aquellas que nunca habían usado hormonas anticonceptivas, con relación a aquellas que eran usuarias. El estudio concluyó que la presencia de cáncer de mama fue mayor en las mujeres que si habían usado anticonceptivos hormonales, sobre todo en aquellas que llevaban más de cinco años usándolos.

El uso materno de desogestrel, gestodeno o acetato de ciproterona⁽²¹⁾ combinado con etinilestradiol antes del embarazo, aumentó el riesgo de rinitis alérgica entre los niños menores de seis años, según reveló un estudio de 1.182 casos, reportado por Keski-Nisula y colaboradores. Así mismo, se detectó mayor riesgo de infección por virus del herpes simple tipo dos, en usuarias de progestina inyectable⁽²²⁾.

Un estudio nacional llevado a cabo en Dinamarca, entre 1996 y 2013 por Skovlund⁽²³⁾ y colaboradores, sobre la relación entre el uso de anticonceptivos hormonales, el intento de suicidio y el suicidio; dio seguimiento a casi medio millón de mujeres durante un promedio de 8,3 años y concluyó que el uso de anticonceptivos hormonales se asoció positivamente con el intento de suicidio y el suicidio subsiguiente, alcanzando esa tendencia su punto máximo luego de dos meses de uso de los mismos, siendo las mujeres adolescentes quienes experimentaron el mayor riesgo.

Los efectos de los anticonceptivos hormonales en la salud de las mujeres han sido alarmantes. Tan solo en Estados Unidos, se han presentado miles de demandas en contra de las empresas que los producen y venden. Un ejemplo de ello es el caso de Bayer (que produce y distribuye anticonceptivos y dispositivos intrauterinos), farmacéutica que tuvo que pagar 1.800 millones de dólares por más de 9.000 demandas interpuestas contra sus productos, por usuarias de anticonceptivos que vieron su salud afectada al usar estas hormonas⁽²⁴⁾, en especial por trombosis venosa.

2. Anti implantatorios.

a) Dispositivo intrauterino. Los dispositivos intrauterinos medicados y no medicados, actúan por medio de varios mecanismos, modificando el moco cervical para evitar que el espermatozoide fecunde al óvulo, o alterando de manera local el recubrimiento interno del útero llamado endometrio⁽²⁵⁾ (lugar donde se anida o implanta el embrión humano), de manera que la implantación no sea favorable, por lo que en este caso, actuarían como abortivos.

La implantación es impedida debido a un efecto irritativo que genera la producción de células endometriales disfuncionales y glándulas atróficas⁽²⁶⁾. La reacción al cuerpo extraño producida por el dispositivo intrauterino en el endometrio, activa la liberación de leucocitos y prostaglandinas que actúan en el útero y trompas uterinas, impidiendo el desarrollo del cigoto⁽²⁷⁾. Su efectividad para evitar o poner fin a un embarazo fluctúa entre un 94 y un 98%.

Dentro de los efectos negativos que pueden tener en la salud de la mujer, están el aumento de sangrado vaginal, amenorrea (falta de menstruación), sangrado intermenstrual, dolor abdominal o pélvico, quistes en el ovario, embarazo ectópico (embarazo fuera del útero), enfermedad pélvica inflamatoria^(28,29), sepsis (infección en todo el cuerpo). Además, puede penetrar las paredes uterinas, perforar el útero o fijarse en el ovario^(30,31), producir migrañas, acné, depresión, vulvovaginitis, dismenorrea (dolor durante la menstruación), aumento de peso, disminución de la libido (disminución del deseo sexual), cervicitis (inflamación del cérvix), hipertensión arterial, dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales), anemia, alopecia (caída del pelo), alteraciones en la piel, prurito (comezón), urticaria, hirsutismo (crecimiento de vello en la cara), distensión abdominal y edema (pies hinchados).

Investigaciones científicas recientes han encontrado una relación significativa entre el uso del dispositivo intrauterino con liberación hormonal (DIU-HR) y el riesgo de sufrir cáncer de mama (específicamente cáncer de mama de tipo lobular y ductal⁽³²⁾), en comparación con personas que nunca han usado un dispositivo intrauterino⁽³³⁾.

b) Píldora del día siguiente o pastilla anticonceptiva de emergencia (PAE). Esta píldora está compuesta por una gran dosis de hormonas, que se calcula equivalente a quince pastillas anticonceptivas diarias, por lo que el usar la “dosis recomendada” de dos unidades, equivale a ingerir, de una vez, la dosis de hormonas de todo un mes.

Aunque en sus comienzos se sugirió que solo tenían un efecto inhibitorio o de retraso en la ovulación, investigaciones recientes indican que existe un efecto post-ovulatorio, por lo que el mecanismo de acción sería anti implantatorio al actuar directamente sobre el embrión, es decir, sería abortivo^(34,35).

La PAE presenta diferentes mecanismos de acción, dependiente del momento del ciclo menstrual de la mujer en que se consuma. Si al momento de tomarla, la mujer no ha ovulado, puede impedir la ovulación⁽³⁶⁻³⁸⁾, pero algunas de estas pastillas afectan al endometrio^(39,40) por lo que si la mujer ya ovuló, tuvo relaciones sexuales y hubo fecundación, su efecto será anti implantatorio⁽⁴¹⁻⁴⁶⁾, es decir abortivo, puesto que la capa interna del útero no estará preparada para recibir al cigoto.

También puede tener efectos inmediatos en la salud de la mujer, tales como dolor intenso de cabeza⁽⁴⁷⁾, náusea, vómito y mareos, dolor abdominal intenso⁽⁴⁸⁾, letárgica⁽⁴⁹⁾, es decir, presentar disminución del estado de alerta (también conocido como efecto “zombie”), hemorragias vaginales intensas^(50,51) y embarazos ectópicos⁽⁵²⁾, es decir, embarazos fuera del útero de la mujer, generalmente en las trompas uterinas⁽⁵³⁾.

En España, un estudio sistemático, encontró que era frecuente que jóvenes de entre 21 y 24 años, acudieran al servicio de urgencias para solicitar la PAE después de haber tenido una relación sexual sin protección o de haber sufrido la ruptura del condón durante la misma, concluyendo que el aumento considerable del uso de anticoncepción no frenó el aumento del número de abortos, como tampoco la mayor disponibilidad de condones disminuyó la demanda de la PAE. La razón principal reportada por las mujeres al momento de solicitarla, fue la ruptura del condón⁽⁵⁴⁾.

Otro estudio referente a la PAE, esta vez del 2018, demostró que, en general, las mujeres recurren a ella –y particularmente en su primera relación sexual–, por fallas asociadas al uso del condón⁽⁵⁵⁾.

3. De barrera.

a) **Condón masculino.** Véase todo el capítulo 4.

b) **Espermicidas y esponjas.** Son sustancias químicas que destruyen o inhiben la movilidad de los espermatozoides. Su porcentaje de efectividad para prevenir un embarazo es de entre el 50 y el 60%. Pueden causar irritación y producir reacciones alérgicas en los genitales externos e internos de la mujer.

c) **Coito interrumpido.** Es la eyaculación de los espermatozoides fuera del cuerpo de la mujer. No es considerado propiamente un método de barrera, ya que el líquido preeyaculatorio contiene espermatozoides, por lo que, en caso de encontrarse la mujer en su período fértil, podría haber fecundación. Su efectividad es del 73%⁽⁵⁶⁾ con uso común.

4. Definitivos.

a) **Salpingoclasia.** También conocida como ligadura de trompas, es la intervención quirúrgica mediante la cual se extirpan parcial o completamente las trompas uterinas de la mujer. Tiene como efectos adversos, aquellos relacionados con las intervenciones quirúrgicas, tales como los derivados de la anestesia local o general, infecciones, y la posibilidad de lesionar el intestino.

b) **Vasectomía.** Intervención quirúrgica donde se ligan o seccionan los conductos deferentes del hombre o se cierran con pequeños cilindros de nylon. Uno de sus efectos adversos más graves, es la producción de anticuerpos capaces de inducir infertilidad permanente, incluso tras la recanalización, si es que el paciente cambia de parecer sobre una eventual paternidad.

Es sabido que la frecuencia del dolor testicular y escrotal crónico después de la vasectomía, afecta a más de una cuarta parte de los individuos que se someten a este procedimiento, llegando al 33%; esto derivado de la congestión del epidídimo y la obstrucción de los conductos encargados de dar paso al semen^(57,58).

Esta complicación, que ha sido denominada “síndrome doloroso post-vasectomía”, sigue siendo uno de los problemas urológicos de más difícil solución, ya que no se cuenta con un esquema de diagnóstico preciso y no existe un tratamiento efectivo y confiable. La etiología del síndrome doloroso post-vasectomía no se conoce con precisión. Algunas causas consideran daño al cordón nervioso espermático y escrotal, mediado por efectos inflamatorios y del sistema inmune⁽⁵⁹⁾.

Otras complicaciones reportadas incluyen hematomas, sangrado, granuloma por reacción a cuerpo extraño, epididimitis y abscesos. Se han reportado complicaciones graves de tipo infeccioso, que han resultado en accidentes cerebrovasculares por embolia y endocarditis infecciosa^(60,61).

Existen también complicaciones que competen a la psiquiatría, como es el caso de la depresión crónica, la que llega a durar años y es resistente al tratamiento con antidepresivos. En algunos casos, la depresión es gatillada por un ataque de pánico en el período post-operatorio. Las complicaciones psiquiátricas de la vasectomía incluyen la disfunción sexual, efectos negativos en las relaciones maritales, dolor crónico, ansiedad y depresión⁽⁶²⁾.

Notas capítulo 10

1. Disponible en: http://berlex.bayerhealthcare.com/html/products/pi/Mirena_PI.pdf
2. Disponible en: <http://www.spfiles.com/pinuvaring.pdf>
3. http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2009/021529s004lbl.pdf
4. http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2008/021180s026lbl.pdf
5. Sonalkar S, Schreiber CA, Barnhart KT. Contraception. De Groot LJ, Chrousos G, Dungan K, et al., editors. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000-2014 Nov 11.
6. Bahamondes L, Brache V, Meirik O, Ali M, Habib N, Landoulsi S, et al. A 3-year multicentre randomized controlled trial of etonogestrel- and levonorgestrel-releasing contraceptive implants, with non-randomized matched copper-intrauterine device controls. *Hum Reprod.* 2015 Nov; 30(11): 2527-38.
7. Ali M, Akin A, Bahamondes L, Brache V, Habib N, Landoulsi S, et al. Extended use up to 5 years of the etonogestrel-releasing subdermal contraceptive implant: comparison to levonorgestrel-releasing subdermal implant. *Hum Reprod.* 2016 Nov; 31(11): 2491-2498.
8. Selvan P, Piran P, Balucani C, Tark B, Adler Z, Levine SR. Stroke and Etonogestrel/Erhinyol Estradiol Ring (NuvaRing): Clinical, Radiological, and Prognostic Features. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2016 Dec 29. pii: S1052-3057(16)30576-6.
9. Roach RE, Helmerhorst FM, Lijfering WM, Stijnen T, Algra A, Dekkers OM. Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Aug 27; (8): CD011054.
10. Noilhan C, Barigou M, Bieler L, Amar J, Chamontin B, Bouhanick B. Causes of secondary hypertension in the young population: A monocentric study. *Ann Cardiol Angeiol (Paris).* 2016 Jun; 65(3): 159-64.
11. Weill A, Dalichampt M, Raguideau F, Ricordeau P, Blotière PO, Rudant J, et al. Low dose oestrogen combined oral contraception and risk of pulmonary embolism, stroke, and myocardial infarction in five million French women: cohort study. *BMJ.* 2016 May 10; 353: i2002.
12. Qureshi AI, Malik AA, Adil MM, Suri MF2. Oral contraceptive use and incident stroke in women with sickle cell disease. *Thromb Res.* 2015 Aug; 136(2): 315-8.
13. Zouré AA, Bambara AH, Sawadogo AY, Ouattara AK, Ouédraogo M, Traoré SS; et al. Multiparity and Breast Cancer Risk Factor among Women in Burkina Faso. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016 Dec 1; 17(12): 5095-5099.

14. Mirghafourvand M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Ahmadpour P, Rahi P. Breast Cancer Risk Based on the Gail Model and its Predictors in Iranian Women. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016; 17(8): 3741-5.
15. Skovlund CW1, Mørch LS1, Kessing LV2, Lidegaard Ø1. Association of Hormonal Contraception With Depression. *JAMA Psychiatry.* 2016 Nov 1; 73(11): 1154-1162.
16. Vinogradova Y, Coupland C, Hippisley-Cox J. Use of combined oral contraceptives and risk of venous thromboembolism: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *BMJ* 2015; 350: h2135.
17. Tepper NK, Dragoman MV, Gaffield ME, Curtis KM. Nonoral combined hormonal contraceptives and thromboembolism: a systematic review. *Contraception.* 2017 Feb; 95(2): 130-139.
18. Lidegaard O, Nielsen LH, Skovlund CW, Løkkegaard E. Venous thrombosis in users of non-oral hormonal contraception: follow-up study, Denmark 2001-10. *BMJ* 2012; May 10; 344: e2990.
19. Sugiura K, Kobayashi T, Ojima T. Thromboembolism as the adverse event of combined oral contraceptives in Japan. *Thromb Res.* 2015 Dec; 136(6): 1110-5.
20. Mørch LS, Skovlund CW, Hannaford PC, Iversen L, Fielding S, Lidegaard Ø. Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. *N Engl J Med.* 2017 Dec 7; 377(23): 2228-2239.
21. Keski-Nisula L, Pekkanen J, Xu B, Putus T, Koskela P. Does the pill make a difference? Previous maternal use of contraceptive pills and allergic diseases among offspring. *Allergy.* 2006 Dec; 61(12): 1467-72.
22. Deese J, Pradhan S, Goetz H, Morrison C. Contraceptive use and the risk of sexually transmitted infection: systematic review and current perspectives. *Open Access J Contracept.* 2018 Nov 12; 9: 91-112.
23. Skovlund CW, Mørch LS, Kessing LV, Lange T, Lidegaard Ø. Association of Hormonal Contraception With Suicide Attempts and Suicides. *Am J Psychiatry.* 2018 Apr 1; 175(4): 336-342.
24. Stockholders' Newsletter. Bayer Financial Report as of June 30, 2014. Second quarter of 2014. Disponible en: <http://www.stockholders-newsletter-q2-2014.bayer.com/en/bayer-stockholders-newsletter-q2-2014.pdf>
25. Disponible en: https://labeling.bayerhealthcare.com/html/products/pi/Mirena_PI.pdf
26. Sonalkar S, Schreiber CA, Barnhart KT. Contraception. [Updated 2014 Nov 11]. In: De Groot LJ, Chrousos G, Dungan K, et al., editors. *Endotext.* South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2014.
27. Disponible en: <http://www.wildemeersch.com/misconceptions/> - item-5 Dr Dirk Wildemeersch, MD, PhD
28. Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, et al. Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4): Chapter 7--Intrauterine Contraception. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016 Feb; 38(2): 182-222.
29. Zigler RE, McNicholas CP. Unscheduled vaginal bleeding with progestin-only contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol.* 2017 May; 216(5): 443-450.
30. Rovati M, Raveglia F, Baisi A, De Simone M, Cioffi U. Ovarian transmigration of intrauterine device. *J Obstet Gynaecol Res.* 2016 Dec; 42(12): 1889-1890.
31. Yang X, Duan X, Wu T. Ureteric Obstruction Caused by a Migrated Intrauterine Device. *Urol Case Rep.* 2017 Jan; 10: 33-35.
32. Soini T, Hurskainen R, Grénman S, Mäenpää J, Paavonen J, Joensuu H, Pukkala E. Levonorgestrel-releasing intrauterine system and the risk of breast cancer: A nationwide cohort study. *Acta Oncol.* 2016; 55(2): 188-92.
33. Heikkinen, S., Koskenvuo, M., Malila, N. et al. *Cancer Causes Control* 2016 27: 249.
34. Peck R, Rella W, Tudela J, Aznar J, Mozzanega B. Does levonorgestrel emergency contraceptive have a post-fertilization effect? A review of its mechanism of action. *Linacre Q.* 2016 Feb; 83(1):35-51.
35. Rosato E, Farris M, Bastianelli C. Mechanism of Action of Ulipristal Acetate for Emergency Contraception: A Systematic Review. *Front Pharmacol.* 2016 Jan 12; 6: 315.
36. Hapangama D, Glasier AF, Baird DT. The effects of peri-ovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception* 2001; 63(3): 123-9.
37. Durand M, Cravioto MC, Raymond EG, Durán-Sánchez O, De la Luz-Hinojosa M, Castell-Rodríguez A; et al. On the mechanism of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception* 2001; 64(4): 227-34.

38. Marions L, Hulthenby K, Lindell I, Sun X, Stabi B; Gemzell-Danielsson K. Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action. *Obstet Gynecol* 2002; 100: 65-71.
39. Guida M1, Marra ML, Palatucci V, Pascale R, Visconti F, Zullo F. Emergency contraception: an updated review. *Transl Med UniSa*. 2011 Oct 17; 1: 271-94.
40. Kahlenborn C, Severs WB. Comment in: reply Emergency contraception. *Cleve Clin J Med*. 2013 Mar; 80(3): 185.
41. Young DC, Wiehle RD, Joshi SG, Poindexter AN 3er. Emergency contraception alters progesterone-associated endometrial protein in serum and uterine luminal fluid. *Obstet Gynecol* 1994; 84(2): 266-71.
42. Disponible en: http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2010/022474s000lbl.pdf
43. Koyama A, Hagopian L, Linden J. Emerging options for emergency contraception. *Clin Med Insights Reprod Health*. 2013 Feb 18; 7: 23-35.
44. Disponible en: http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2009/021998lbl.pdf
45. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginfo/meds/a610021.html>
46. Shohel M, Rahman MM, Zaman A, Uddin MM, Al-Amin MM, Reza HM. A systematic review of effectiveness and safety of different regimens of levonorgestrel oral tablets for emergency contraception. *BMC Womens Health*. 2014 Apr 4; 14: 54.
47. Katzman D, Taddeo D. Emergency contraception. *Paediatr Child Health*. 2010 Jul; 15(6): 363-72.
48. Fine P, Mathé H, Ginde S, Cullins V, Morfesis J, Gainer E. Ulipristal acetate taken 48-120 hours after intercourse for emergency contraception. *Obstet Gynecol* 2010; 115(2 Pt 1): 257-63.
49. Ashok PW, Hamoda H, Flett GM, Templeton A. Mifepristone versus the Yuzpe regimen (PC4) for emergency contraception. *Int J Gynaecol Obstet* 2004; 87(2): 188-93.
50. Shohel M, Rahman MM, Zaman A, Uddin MM, Al-Amin MM, Reza HM. A systematic review of effectiveness and safety of different regimens of levonorgestrel oral tablets for emergency contraception. *BMC Womens Health*. 2014 Apr 4; 14: 54.
51. Gainer E, Kenfack B, Mboudou E, Doh AS, Bouyer J. Menstrual bleeding patterns following levonorgestrel emergency contraception. *Contraception*. 2006 Aug; 74(2): 118-24.
52. Cleland K, Raymond E, Trussell J, Cheng L, Zhu H. Ectopic pregnancy and emergency contraceptive pills: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2010 Jun; 115(6): 1263-6.
53. Ulipristal acetate for emergency contraception. *Australian Prescriber*. 2016; 39(6): 228-229.
54. Amengual M de L, Canto ME, Berenguer IP, Pol MI. Systematic Review of the profile of emergency contraception users. *Rev Lat Am Enfermagem*. 24: e2733.
55. Bauzà-Amengual ML, Esteva M, Ingla-Pol M, Font-Oliver MA, March S. Discourses on the postcoital pill in young women. *BMC Public Health*. 2018 Jun 27; 18(1): 803.
56. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
57. Smith RP, Lipshultz LI, Kovac JR. Vasectomy reversal and other strategies to mitigate postvasectomy pain syndrome. *Asian Journal of Andrology*. 2016; 18(3): 338.
58. Bhuyan K, Ali I, Sarma G, Das U. No Scalpel Vasectomy (NSV) with Ligation and Excision: A Single Centre Experience. *The Indian Journal of Surgery*. 2015; 77(Suppl 3): 1038-1040.
59. Tan WP, Levine LA. An overview of the management of post-vasectomy pain syndrome. *Asian Journal of Andrology*. 2016; 18(3): 332-337.
60. David M, Loftsgaarden M, Chukwudelunzu F. Embolic Stroke Caused by *Staphylococcus lugdunensis* Endocarditis Complicating Vasectomy in a 36-Year-Old Man. *Texas Heart Institute Journal*. 2015; 42(6): 585-587.
61. Schandiz H, Olav Hermansen N, Jørgensen T, Roald B. *Staphylococcus lugdunensis* endocarditis following vasectomy – report of a case history and review of the literature. *APMIS* 2015; 123: 726–729.
62. Shaik S, Rajkumar RP. Post-Vasectomy Depression: A Case Report and Literature Review. *Mental Illness*. 2014; 6(2): 5494.

Capítulo 11

Aborto y sus consecuencias

La anticoncepción desvincula la relación sexual con el inicio de la vida, pero cuando falla en su objetivo, el aborto se ofrece como otra alternativa, otro camino más.

La palabra aborto proviene del latín abortus que, a su vez, deriva de *aborior*, término usado para referirse a aquello que es opuesto a orior, es decir, implica matar.

La Medicina entiende por **aborto involuntario o espontáneo**, la finalización del embarazo, posterior a que este haya sido confirmado por medio de un ultrasonido o por evidencia histológica. Se considera pérdida clínica inicial del embarazo, la que ocurre antes de la semana 12 gestacional; y tardía, la que tiene lugar entre la semana 12 y 21 de gestación⁽¹⁾, aunque algunos autores consideran que hay aborto espontáneo hasta la semana 20⁽²⁾. Si la expulsión se realiza en el período viable, pero antes de alcanzar el final del embarazo, es decir, antes de la semana 37 de gestación, recibe el nombre de parto prematuro⁽³⁾, tanto si el feto sobrevive como si muere.

Se entiende por **aborto voluntario o provocado**, en cambio, la terminación del embarazo antes de alcanzar la viabilidad fetal⁽⁴⁾. Este tipo de aborto se refiere a toda expulsión de una persona en estado de cigoto, embrión o feto, de forma provocada, en el período no viable de su vida intrauterina, es decir, cuando no puede vivir fuera del vientre de su madre (por lo general es antes de las 28 semanas de gestación o cuando su peso es inferior a 500 gramos). Por consiguiente, un aborto voluntario significa acabar con una vida nueva. En la especie humana, todo aborto provocado, del tipo que sea, implica matar. La terminología “interrupción voluntaria del embarazo”, tan usada en la actualidad, es un eufemismo e induce a error, por lo que debe ser rechazada. “Interrumpir” significa suspender algo que luego puede ser retomado; el aborto, por el contrario, pone fin a una vida que no es susceptible de ser “recuperada”.

Clasificación del aborto.

Aproximadamente el 15% de los embarazos terminarán en **aborto espontáneo**, y en su mayoría esto ocurrirá en el primer trimestre del embarazo⁽⁵⁾. Así mismo, este tipo de aborto se vuelve más frecuente según aumenta la edad de la paciente. Por ejemplo, un estudio prospectivo en Dinamarca, que evaluó 1.2 millones de embarazos, concluyó que se presenta en el 8,9% de las mujeres entre 20 y 24 años, pero aumenta notablemente a un 74%, en mujeres mayores de 45 años de edad⁽⁶⁾.

En el **aborto provocado**, en cambio, generalmente existe la intencionalidad de poner fin a un embarazo (aunque en algunos casos ello no ocurre, como en el criptoaborto) y siempre requiere de cierta intervención para terminar con la vida del cigoto, embrión o feto.

De acuerdo a sus causas, el **aborto provocado** se clasifica en:

1) Aborto eugenésico. Es aquel que se realiza con el argumento de evitar que nazca un niño con alguna enfermedad o defecto congénito, detectado mediante un diagnóstico prenatal. Este tipo de aborto relega a un segundo plano el derecho a la vida del hijo en gestación, anteponiendo la voluntad de los padres de no cuidar un hijo enfermo, cuya esperanza de vida se estima corta o que vivirá sometido a algún grado de dependencia, discapacidad o sufrimiento⁽⁷⁾.

2) Aborto terapéutico. Se lleva a cabo cuando se estima que, de continuar con el embarazo, la salud de la madre podría estar en peligro.

El valor de la persona humana es intrínseco, y por ello es independiente de su salud, su edad, o si tiene o carece de capacidad de defenderse; ambas vidas, de la madre y del hijo, son igualmente valiosas. Por último, el que la madre muera o su enfermedad se vea agravada, es una posibilidad, no una certeza, pudiendo perfectamente suceder que ello ocurra a pesar de haberse practicado el aborto.

En la actualidad, con los avances médicos y las características que tienen las unidades de terapia intensiva y cuidados neonatales, ¿seguirá dándose un escenario tan extremo, o se tratará más bien de un argumento que busca la legalización del aborto?

Por mencionar un ejemplo, datos del Parlamento Británico, de julio del 2012, indican que desde su legalización en 1968 y hasta el 2011, se practicaron 6,4 millones de abortos en Inglaterra y Gales, de los cuales solo el 0,006% (143 abortos) se realizó para, efectivamente, salvar la vida de la madre o prevenirla de un daño grave⁽⁸⁾, argumentando el “derecho” que permite el aborto cuando la terminación inmediata es necesaria para salvar la vida de la mujer embarazada o para prevenir lesiones permanentes graves tanto para la salud física o mental de la mujer, en tanto que un 0,37% del total de abortos practicados (23.778) durante ese período, se realizaron por estimarse que la continuación del embarazo implicaba un riesgo mayor para la vida de la madre.

La promoción del llamado “aborto terapéutico”, es decir, quitarle la vida al niño no nacido cuando el embarazo pone a la mujer en peligro de muerte o de un mal grave y permanente, ha sido un argumento utilizado para su legalización. Sin embargo la realidad indica que –como se puede observar en el caso inglés– son mínimos los casos en los que el aborto se lleva a cabo por dicha causa, y por el contrario, la ciencia médica actual garantiza que prácticamente no haya circunstancias en las cuales se deba optar por terminar con la vida de la madre o la del hijo⁽⁹⁾.

3) Aborto sexo selectivo. Es el aborto provocado que se realiza acorde con la selección del sexo que desean ambos padres o la madre, y se lleva a cabo durante el segundo trimestre de la gestación, que es el momento en que se puede conocer el sexo del feto. Aunque en la actualidad, este tipo de políticas ha cambiado en países como la India, donde en el año 2007 nacieron 93 niñas por cada 100 niños. En Estados Unidos cada vez es más frecuente este tipo de aborto en mujeres inmigrantes⁽¹⁰⁾, pues muchas de ellas tienen preferencia por los hijos varones, debido a cuestiones socioculturales tales como como la presión que existe por parte de las suegras y los maridos, el espectro de abuso verbal y físico que las mujeres enfrentan cuando no tienen hijos varones, y/o cuando se enteraron que estaban embarazadas de una mujer. Así mismo, un estudio reportó que, de las mujeres entrevistadas, el 40% había tenido

un aborto previo de “fetos femeninos” y que el 89% de las madres embarazadas entrevistadas, estaban buscando llevar a cabo un aborto⁽¹¹⁾.

4) Aborto oculto o criptoaborto. Tiene lugar de manera inconsciente, sin que la mujer lo sepa, y es cada vez más común. Ocurre debido al uso de anticonceptivos tales como, hormonales de dosis regular, el DIU y algunos tipos de píldora anticonceptiva de emergencia que, además de actuar como anovulatorios, impedir el paso de espermatozoides al cuerpo de la mujer y reducir la motilidad de las trompas uterinas; actúan como anti implantatorios, por lo que de haber fecundación, el embrión no se podría implantar, ocasionando un aborto (véase el capítulo 9, para más información).

5) Aborto criminal. En este tipo de aborto, no existen razones de salud, ni en la madre ni en el hijo, aunque es preciso dejar en claro que todos los tipos de aborto voluntario son criminales, aunque hayan sido legalizados, ya que en todos ellos se da muerte al hijo, una persona autónoma, que tiene todo su material genético y es, por consiguiente, única e irreplicable. Entre las pretendidas razones para practicar este tipo de abortos, están el embarazo como resultado de una violación, problemas económicos o psicológicos para tener al hijo, embarazo en adolescentes, falla de los anticonceptivos, e incluso, algo tan caprichoso como el llamado “embarazo no deseado”. El objetivo del aborto es, entonces, “tranquilizar” a la madre, “proteger su honra”, asegurar un bienestar económico y, para algunos, “garantizar el derecho de la mujer a decidir sobre su cuerpo”; olvidando, claro está, que ella no es dueña del cuerpo de su hijo.

Aborto y Salud Pública.

A nivel mundial, cada año, tienen lugar 208 millones de embarazos, de los cuales se considera que un 41% (85 millones) son no planeados⁽¹²⁾, y del total de embarazos no planeados a nivel mundial, el 50% terminan en aborto⁽¹³⁾, es decir que aproximadamente al año se llevan a cabo 43 millones de abortos, lo que implicaría que, casi una cuarta parte de la población mundial muere por aborto anualmente.

1) Legalizar el aborto no disminuye la mortalidad materna. De acuerdo con la OMS, el descenso más dramático en las tasas de mortalidad materna de los países desarrollados tuvo lugar entre 1941 y 1951 (mucho antes de que fuera legalizado el aborto), y coincidió con el desarrollo de técnicas obstétricas y mejoras en el estado general de salud de la mujer⁽¹⁴⁾.

Actualmente, más del 50% de las muertes maternas del mundo tienen lugar en los países donde el aborto es legal. Tal es el caso de la **India**, donde, aun cuando el aborto fue despenalizado en 1972, el año 2000 registró el 25% de las muertes maternas de todo el mundo⁽¹⁵⁾. De igual manera, **China**—donde se encuentra legalizado y es promovido como política pública—ocupa el octavo lugar con mayor mortalidad materna en el mundo⁽¹⁶⁾.

Otro caso es **Rusia**, que presenta aborto legal desde hace muchas décadas, pero donde en el año 2008, la mortalidad materna fue de 39 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, cifra tres veces superior al promedio⁽¹⁷⁾, siendo la mayoría de ellas resultado de hemorragias y sepsis⁽¹⁸⁾. Para el año 2010, los datos no habían variado de manera significativa, pues la mortalidad materna observada fue de 34 por cada 100.000 nacidos vivos. Estos datos contrastan con los de la **República Checa**, que en 2008 registraba una mortalidad materna de 7 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos, y para el 2010 esta había disminuido a 5 mujeres por cada 100.000

nacidos vivos. Así mismo, en el caso de Irlanda (donde fue ilegal hasta el 2018), en el 2010 la mortalidad materna fue de 5 por cada 100.000 nacidos vivos.

A continuación, nos referiremos en especial al caso de **Chile**, donde el aborto fue ilegal en todas sus formas desde 1989 hasta el 2017, y que en el año 2010 registró la mortalidad materna más baja de América Latina (25 por 100.000 nacidos vivos); menor que la de Cuba (73 por 100.000 nacidos vivos) y Guyana (280 por 100.000 nacidos vivos), países donde el aborto es legal sin restricciones. Haciendo una comparación de datos entre 1990 y el 2010, la mortalidad materna en Chile disminuyó de 56 a 25 por cada 100.000 nacidos vivos (un 56%), y por el contrario en Cuba y Guyana aumentó de 63 a 73 (un 16%) y de 180 a 280 (un 51%) muertes por 100.000 nacidos vivos, respectivamente. Es importante mencionar que países donde el aborto es legal, como Estados Unidos y Canadá, presentaron un aumento en la mortalidad materna, de 12 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos en 1990 a 21 en el 2001 (esto es, un 65%), y de 6 en 1990 a 12 en el 2010 (un aumento de 101%), respectivamente⁽¹⁹⁾.

El caso de Chile evidencia que la legalización del aborto no disminuye la mortalidad materna. Un nuevo estudio demuestra⁽²⁰⁾ que entre 1957 y 2007, en ese país, la mortalidad materna disminuyó un 93,8%, debido a un incremento en el nivel educativo de las madres, así como al mejoramiento de los servicios de salud, sin que la despenalización del aborto tuviera ninguna relación con estas cifras. Por el contrario, concluye que desde 1989 (año en que se prohibió el aborto en todas sus formas) esta disminuyó en un 69,2%, esto es de 41,3 a 12,7 muertes por 100.000 nacidos vivos.

La ilegalidad del aborto no aumenta la mortalidad materna, pero sí la disminuye el que los partos sean atendidos por personal calificado. Un estudio realizado en los 32 estados de **México**, identificó que el estatus legal del aborto no es el factor que aumenta la mortalidad materna, sino otros factores de desarrollo humano como el acceso a servicios obstétricos de urgencia y servicios médicos de calidad; la escolaridad de las mujeres y acceso a la educación; y el acceso a servicios de agua potable y drenaje⁽²¹⁾. Este es también el caso de **Haití**, donde la mortalidad materna en 2011 fue la más elevada del continente (300 por 100.000 nacidos vivos), y donde solamente el 26% de los partos recibe atención calificada; y de **Bolivia**, donde este número llega al 66% y la mortalidad materna fue de 180 por 100.000 nacidos vivos en el 2011⁽²²⁾.

2) Legalizar el aborto es promoverlo. Al respecto, cabe mencionar el caso de **España**, donde se despenalizó el aborto en 1985. Cifras comparativas entre 1987 y el año 2008, indican que el aborto aumentó de 16.728 a 115.812 por año, durante ese período. Así mismo, en los últimos 10 años, el porcentaje de abortos se ha duplicado en menores de 18 años⁽²³⁾. Actualmente en ese país, uno de cada seis embarazos termina en aborto.

En el **Reino Unido**, el aborto se despenalizó hace varias décadas. Datos de 1968, indican que ese año se practicaron 23.641 abortos, y datos del 2004, muestran que esa cifra fue de 194.197. Esto significa que, desde su legalización, ha aumentado más del 800%. En los últimos 10 años, el alza en el número de abortos fue del 17%. En la actualidad, el 79% de los abortos que se llevan a cabo en Inglaterra, tienen lugar en adolescentes⁽²⁴⁾.

En **Nueva Zelanda**, el aborto es legal desde 1977. Estudios indican que hasta el 25% de las mujeres menores de 21 años han estado embarazadas, y casi el 31% ha tenido un aborto provocado⁽²⁵⁾. En Estados Unidos, anualmente, casi uno de cada cuatro embarazos termina en aborto provocado. En el año 2004, se practicaron 839.226 abortos en dicho país⁽²⁶⁾.

En **Ciudad de México**, el aborto se despenalizó el 25 de abril del año 2007 y las cifras oficiales indican que ya en el año 2008, se llevaron a cabo 10.137 abortos, cantidad que para el 2015 había aumentado a 14.390. En la actualidad, a más de nueve años de su legalización, se practican más de 138.000 abortos, tan solo en hospitales públicos.

3) El aborto provocado tiene graves consecuencias en la salud de la mujer. Las mujeres que optan por realizarse un aborto, en la mayoría de los casos, tienen consecuencias físicas y psicológicas que pueden durar toda la vida.

Estudios científicos reportan los siguientes datos:

- Tienen 50% más de posibilidades de tener depresión y ansiedad que aquellas que tuvieron a sus hijos^(27,28);
- Tienen 155 veces más riesgo de cometer suicidio, y el riesgo de sufrir alguna enfermedad mental aumenta en 81 veces;
- Tienen 220 veces más riesgo de consumir marihuana y 110 veces más de consumir alcohol que aquellas que no han abortado;
- Son 30% más propensas a consumir drogas^(29,30) y alcohol en embarazos futuros⁽³¹⁻³³⁾;
- Tienen mayor riesgo de morir por problemas vasculares y cerebrovasculares⁽³⁴⁾;
- Tienen 80% más riesgo de morir durante el primer año posterior al aborto y un 40% en los 10 años siguientes⁽³⁵⁾;
- Según el número de abortos que ha tenido una mujer, se incrementa el riesgo de muerte en caso de futuros abortos: 45% si se trata del primer aborto intencional o inducido; 114% si se trata del segundo aborto, y 191% si lleva a cabo tres o más abortos; esto en comparación con las mujeres que no han tenido uno⁽³⁶⁾.
- Así mismo, tienen más posibilidades de tener problemas en embarazos futuros, como por ejemplo:
 - Tener hijos con bajo peso al nacer⁽³⁷⁻³⁹⁾;
 - Tener hijos de tamaño menor al normal⁽⁴⁰⁾.
 - Que los hijos nazcan antes de tiempo⁽⁴¹⁻⁴⁴⁾.

Mucho se ha argumentado que el aborto es un “derecho de la mujer”, y que esta práctica no afecta su integridad. Esta es otra falsa premisa. El hecho de que la mujer decida libremente sobre su cuerpo, no incluye tomar una decisión que afecte la vida de otra persona, como lo es el niño en gestación.

Así mismo, el aborto no es una decisión que competa solamente a la madre o a los padres del niño que está por nacer; pues involucra la vida de un tercero, una persona distinta de sus padres, cuyo derecho a la vida debe ser defendido con mayor fuerza, precisamente por su

condición de completa inocencia e indefensión, tal como establece expresamente el Preámbulo de la Convención de los Derechos del Niño.

La situación de una mujer ante un embarazo inesperado, debe llevar a plantearnos, como sociedad, varias interrogantes: ¿por qué generalmente, es la mujer quien debe asumir toda la responsabilidad de un embarazo inesperado, si para la procreación fue necesaria también la intervención del hombre?, y ¿por qué no promover políticas públicas que permitan a la mujer vivir de manera más segura su maternidad, en lugar de hacer todo lo posible por separarla para siempre de su hijo?

Como sociedad, es necesario dar solución a los problemas de fondo, de una manera justa, sin ideologías, y sin excluir a nadie de sus derechos. ¿Cuántas madres que recurren al aborto lo hacen con un profundo desgarramiento interior, impulsadas la mayoría de las veces, por un sentimiento de angustia y abandono? Detrás de esta acción, se puede esconder el desamparo y la incompreensión del padre del hijo que espera, de su familia y de la sociedad, lo que la vuelve profundamente vulnerable ante el desafío que significa llevar a feliz término su embarazo. Por ello, es fundamental impulsar políticas públicas que apoyen las dos vidas: la de la mujer y la de su hijo en gestación.

¿Cuál es la relación entre aborto y anticoncepción?

Es común escuchar el argumento que ante un embarazo “no planeado” la mujer recurre al aborto por una falta de acceso a la anticoncepción (incluyendo el condón), por lo que la forma de evitar más abortos sería promoviendo el consumo de anticonceptivos. Este argumento es falso y, por el contrario, sólo confunde a la mujer.

Recurrir a anticonceptivos, agudiza el desprecio hacia la fecundidad y busca vivir las relaciones sexuales excluyendo la llegada de posibles nuevas vidas. Esta visión refuerza aún más el deseo de exclusión de cualquier hijo que llegue de modo imprevisto y prepara el camino para la lamentable opción en favor del aborto.

Un hecho irrefutable es que muchas técnicas anticonceptivas fallan en un porcentaje considerable. De ello deriva el que muchos abortos se producen, precisamente, como “complemento” a la anticoncepción: cuando ésta ha fallado, se recurre con más facilidad al aborto porque la mujer, el hombre o ambos, ya habían excluido desde un principio, la posibilidad de tener un hijo.

Mencionaremos, a continuación, algunos ejemplos de lo anterior. En el año 2012, el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad de Francia, publicó un reporte llamado “La interrupción voluntaria del embarazo 2010” (“*Les interruptions volontaires de grossesse en 2010*”)⁽⁴⁵⁾ según el cual, en ese año, se habían llevado a cabo un total de 212.000 abortos inducidos en dicho país. El 91% de las mujeres a las que se les practicó, reportaron algún uso de anticonceptivos durante su vida, y, en concreto, el 66% de las mujeres que recurrieron al aborto, eran usuarias de anticonceptivos. Así mismo, estos resultados señalaron que la mayoría de las mujeres que recurrieron a la práctica del aborto, tenían entre 20 y 24 años de edad.

Sobre el mismo tema, pero en una región diferente, el estudio publicado en diciembre del 2012 por la revista *Plos One*, a cargo del ruso Boris Denisov⁽⁴⁶⁾, indicó que en Rusia, Bielorrusia y Ucrania, (donde el aborto era legal y promovido como un método anticonceptivo durante los

gobiernos soviéticos), la tasa de abortos había disminuido considerablemente; aunque la caída había sido mucho menor en Rusia, donde el uso de métodos anticonceptivos se había impuesto en mayor proporción que en Bielorrusia y en Ucrania. Datos de este estudio indican que en la década de los noventa, en Rusia se llevaban a cabo 113 abortos por cada 1.000 mujeres de entre 15 a 49 años, 82,6 en Ucrania, y 106 en Bielorrusia. Para el año 2010, las cifras habían disminuido a 31,9, 15,1 y 13,5 por cada 1.000 mujeres, respectivamente, siendo que el uso de anticonceptivos reportado fue de 77% en Rusia, 74% en Bielorusia y 68% en Ucrania.

Así mismo, un análisis geográfico de los datos para 148 áreas de gobierno local de primer nivel en Inglaterra, en 2006⁽⁴⁷⁾, refirió que posterior a la implementación de la estrategia nacional de embarazo en adolescentes, enfocada en la promoción y distribución de anticonceptivos, por parte del gobierno británico, los abortos habían aumentado en un 7,5%.

Un estudio realizado en España en 2015, encontró que entre mujeres que practicaban la prostitución, un 52,7% había tenido un aborto inducido, no obstante que todas referían haber usado condón, y el 35,5% usaba, además, otro método anticonceptivo. Llamaba la atención el elevado índice de ruptura de los condones⁽⁴⁸⁾.

Un importante estudio llevado a cabo en Noruega en 2016, reportó que del total de mujeres que solicitaron un aborto en ese país (80.346), el 36,5% refirió haber usado algún método anticonceptivo y aun así, haber quedado embarazada. Del total de ellas, un 16,6% reconoció haber utilizado anticonceptivos hormonales orales, un 11,5% condón y el 1,1% indicó haber usado anticonceptivos de acción prolongada (de las cuales un 1,0% utilizó dispositivo intrauterino). Se pudo observar que una gran proporción de las mujeres que solicitaron un aborto (36,5%), había experimentado fallas en el uso de anticonceptivos⁽⁴⁹⁾.

El aborto se ha convertido en una falsa “solución” ante un embarazo inesperado, por lo que no es de sorprender que, en los países donde se promueve el sexo fuera de un contexto de amor, responsabilidad y fidelidad, existan de manera paralela grupos de presión y cabildeo cuyo propósito sea legalizar el aborto sin restricciones, en lugar de contribuir en la elaboración de programas de política pública que aseguren a todos los niños, tanto dentro como fuera del vientre materno, crecer y desarrollarse de manera integral.

Notas capítulo 11

1. Larsen EC, Christiansen OB, Kolte AM, Macklon N. New insights into mechanisms behind miscarriage. *BMC Med.* 2013 Jun 26; 11: 154.
2. Lentz, G. M., Lobo, R. A., Gershenson, D. M., & Katz, V. L. (Eds.). *Comprehensive gynecology.* Elsevier Health Sciences. 2012.
3. Melville JM, Moss TJ. The immune consequences of preterm birth. *Front Neurosci.* 2013; 21; 7: 79.
4. Beckmann CR, Ling FW, Barzansky BM, Herbert L, Laube DW, Smith RP (Eds). *Obstetricia y Ginecología.* Lippincott Williams and Wilkins. USA, 2010.
5. Saravolos SH, Li TC. Unexplained recurrent miscarriage: how can we explain it? *Human Reprod* 2012; 27(7): 1882-86.
6. Nybo Andersen AM, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *BMJ.* 2000; 320: 1708–1712.

7. Rodríguez Martín E. Eugenics' extension in the Spanish health care system through the prenatal diagnosis. *Cuad Bioet.* 2012; 23(77): 53-70.
8. Disponible en: <http://www.publications.parliament.uk/pa/ld201213/ldhansrd/text/120719w0001.htm#12071972000444>
9. Disponible en: <http://www.dublindeclaration.com/>
10. Puri S, Adams V, Ivey S, Nachtigall RD. "There is such a thing as too many daughters, but not too many sons": A qualitative study of son preference and fetal sex selection among Indian immigrants in the United States. *Soc Sci Med.* 2011 Apr; 72(7): 1169-76.
11. Puri S, Adams V, Ivey S, Nachtigall RD. "There is such a thing as too many daughters, but not too many sons": A qualitative study of son preference and fetal sex selection among Indian immigrants in the United States. *Soc Sci Med.* 2011 Apr; 72(7): 1169-76.
12. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems* Second edition. World Health Organization; 2012.
13. Orner PJ, de Bruyn M, Barbosa RM, Boonstra H, Gatsi-Mallet J, Cooper DD. Access to safe abortion: building choices for women living with HIV and AIDS. *J Int AIDS Soc.* 2011 Nov 14; 14: 54. doi: 10.1186/1758-2652-14-54.
14. World Health Organization. *The World health report 2005: make every mother and child count.* Geneva: World Health Organization; 2005.
15. AbouZahr C, Wardlaw TM. *Maternal mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA.* Geneva: Dept. of Reproductive Health and Research, World Health Organization; 2004.
16. Reardon DC. Suicide rates in China. *Lancet* 2002; 359: 2274.
17. Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Y Ahn S, Wang M, Makela SM, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet* 2010.
18. Gurina NA, Vangen S, Forsén L, Sundby J. Maternal mortality in St. Petersburg, Russian Federation. *Bull World Health Organ* 2006; 84: 283-89.
19. Weitz TA, Taylor D, Desai S, et al. Safety of Aspiration Abortion Performed by Nurse Practitioners, Certified Nurse Midwives, and Physician Assistants Under a California Legal Waiver. *American Journal of Public Health.* 2013; 103(3): 454-461.
20. Koch E, Thorp J, Bravo M, Gatica S, Romero CX, et al. Women's Education Level, Maternal Health Facilities, Abortion Legislation and Maternal Deaths: A Natural Experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoS ONE* 2012; 7(5): e36613.
21. Koch E, Chireau M, Pliego F, Stanford J, Haddad S, et al. Abortion legislation, maternal healthcare, fertility, female literacy, sanitation, violence against women and maternal deaths: a natural experiment in 32 Mexican states. *BMJ Open.* 2015; 5(2): e006013.
22. United Nations Population Fund. *The State of the world's midwifery 2011. Delivering Health, Saving Lives.* UNFPA New York, 2011.
23. Instituto de Política Familiar. *Evolución del Aborto en España: 1985-2005;* 2005.
24. Adler M. Sexual health: report finds sexual health service to be a shambles. *BMJ* 2003; 327: 62–3.
25. Fergusson DM, Boden JM, Horwood J. Abortion among young women and subsequent life outcomes. *Perspec Sex Reprod Health* 2007; 39(1): 6–12.
26. Strauss LT, Gamble SB, Parker WY, Cook DA, Zane SB, Hamdan S, et al. Abortion surveillance-United States, 2004. *MMWR Surveill Summ* 2007; 56(9): 1-33.
27. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Abortion in young women and subsequent mental health. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47(1): 16-24.
28. Cogle JR, Reardon DC, Coleman PK. "Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion: a cohort study of the 1995 National Survey of Family Growth". *Journal of anxiety disorders.* 2005; 19(1): 137-42.
29. Coleman PK, Reardon DC, Cogle JR. Substance use among pregnant women in the context of previous reproductive loss and desire for current pregnancy. *Br J Psychiatry* 2005 May; 10(Pt 2): 255-68.

30. Coleman PK, Reardon DC, Rue VM, Cogle J. A history of induced abortion in relation to substance use during subsequent pregnancies carried to term. *Am J Obstetrics and Gynecology*. 2002 Dec; 187(6): 1673-8.
31. Gladstone J, Levy M, Nulman I, Koren G. Characteristics of pregnant women who engage in binge alcohol consumption. *Can Med Assoc J* 1997; 156(6): 789-94.
32. Thomas T, Tori CD, Wile JR, Scheidt SD. Psychosocial characteristics of psychiatric inpatients with reproductive losses. *J Health Care Poor Underserved* 1996; 7(1): 15-23.
33. Reardon DC. Maternal age and fetal loss. Missing abortion stratification adds to confusion. *BMJ* 2001; 322(7283): 429-30.
34. Reardon DC, Coleman P. Pregnancy-associated mortality after birth. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191(4): 1506-7.
35. Reardon DC, Coleman PK. Short and long term mortality rates associated with first pregnancy outcome: population register based study for Denmark 1980-2004. *Med Sci Monit*. 2012 Sep; 18(9): PH71-6.
36. Coleman PK, Reardon DC, Calhoun BC. Reproductive history patterns and long-term mortality rates: a Danish, population-based record linkage study. *Eur J Public Health*. 2013 Aug; 23(4): 569-74.
37. Klemetti R, Gissler M, Niinimäki M, Hemminki E. Birth outcomes after induced abortion: a nationwide register-based study of first births in Finland. *Hum Reprod*. 2012 Nov; 27(11): 3315-20.
38. Zhou W, Sorensen HT, Olsen J. Induced abortion and low birthweight in the following pregnancy. *Int J Epidemiol* 2000; 29(1): 100-6.
39. Swingle HM, Colaizy TT, Zimmerman MB, Morris FH Jr. Abortion and the risk of subsequent preterm birth: a systematic review with meta-analyses. *J Reprod Med* 2009; 54(2): 95-108.
40. Shah PS, Zao J; Knowledge Synthesis Group of Determinants of preterm/LBW births. Induced termination of pregnancy and low birthweight and preterm birth: a systematic review and meta-analyses. *BJOG*. 2009 Oct; 116(11): 1425-42.
41. Henriët L, Kaminski M. Impact of induced abortions on subsequent pregnancy outcome: the 1995 French national perinatal survey. *BJOG* 2001; 108(10): 1036-42.
42. Zhou W, Sorensen HT, Olsen J. Induced abortion and subsequent pregnancy duration. *Obstet Gynecol* 1999; 94(6): 948-53.
43. Moreau C, Kaminski M, Ancel PY, Bouyer J, Escande B, Thiriez G, et al. Previous induced abortions and the risk of very preterm delivery: results of the EPIPAGE study. *BJOG* 2005; 112(4): 430-7.
44. 44.- Ancel PY, Lelong N, Papiernik E, Saurel-Cubizolles MJ, Kaminski M, EUROPOP. History of induced abortion as a risk factor for preterm birth in European countries: results of the EUROPOP survey. *Hum Reprod* 2004; 19(3): 734-40.
45. Disponible en: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2010,10978.html>
46. 46.- Denisov BP, Sakevich VI, Jasilioniene A. Divergent trends in abortion and birth control practices in Belarus, Russia and Ukraine. *PLoS One*. 2012; 7(11): e49986.
47. 47.- Wilkinson P, French R, Kane R, Lachowycz K, Stephenson J, Grundy C, et al. Teenage conceptions, abortions, and births in England, 1994-2003, and the national teenage pregnancy strategy. *Lancet*. 2006 Nov 25; 368(9550): 1879-86.
48. 48.- Cabrerizo Egea, MJ; Barroso Garcia, MP y Rodriguez-Contreras Pelayo, R. Interrupción voluntaria del embarazo y uso de métodos anticonceptivos en mujeres que ejercen la prostitución en Almería. *Gac Sanit* [online]. 2015, vol.29, n.3, pp.205-208
49. 49.- Strøm-Roum, Ellen Marie, Julie Lid, and Anne Eskild. Use of contraception among women who request first trimester pregnancy termination in Norway. *Contraception* 94.2 (2016): 181-186.

Capítulo 12

Otras conductas de riesgo durante la adolescencia

Padres, familia, nivel educativo, amigos y religión: factores determinantes para prevenir conductas de riesgo en la adolescencia.

Las relaciones sexuales en la adolescencia son un asunto muy sensible y pueden tener consecuencias médicas y psicológicas a corto y largo plazo. Existe evidencia científica que indica que varias conductas de riesgo se incrementan en la adolescencia, en particular con el consumo de sustancias y las conductas sexuales⁽¹⁾. Así también, el inicio de las relaciones sexuales en esta etapa, se ha asociado con conductas como consumo de drogas, tabaco, agresividad y pobre bienestar psicosocial⁽²⁾.

1) Un mayor número de parejas sexuales aumenta las ITS y los embarazos adolescentes.

El inicio de la vida sexual en la adolescencia tiene como consecuencia un mayor número de parejas sexuales^(3,4), lo que de manera directa aumenta las ITS⁽⁵⁾ y los embarazos inesperados⁽⁶⁻¹¹⁾.

Los adolescentes y jóvenes son más vulnerables a contagiarse de una ITS que la población general, debido a que ellos tienen una intensa exploración de su sexualidad⁽¹²⁾, son más proclives a cambiar de parejas sexuales, a tener varias parejas y de alto riesgo, así como a experimentar diversas prácticas sexuales⁽¹³⁾.

Las relaciones sexuales en esta etapa de la vida, se asocian con mayor presencia de conductas sexuales de riesgo en la propia juventud y en la edad adulta. Un estudio de una cohorte de 22.000 hombres de entre 18 y 45 años en Dinamarca, concluyó que aquellos que habían iniciado las relaciones sexuales a más temprana edad, habían reportado, en mayor proporción, haber tenido más de ocho parejas sexuales, más de dos nuevas parejas en los últimos 6 meses, y haber tenido sexo con sexo servidoras⁽¹⁴⁾.

El estudio de Kaestle en Estados Unidos, sobre 9.844 jóvenes de entre 18 y 26 años de edad que fueron examinados para detectar infección por clamidia, gonorrea y tricomoniasis, concluyó que, a edades más tempranas de inicio de la primera relación sexual, eran mayores las probabilidades de presentar una ITS, en comparación con quienes empezaban más tarde. Por ejemplo, las probabilidades de tener una ITS para un joven de 18 años de edad que tuvo relaciones sexuales por primera vez a los 13 años, fueron más del doble que las de un joven de esa misma edad que tuvo relaciones sexuales por primera vez a los 17 años⁽¹⁵⁾. A menor edad, siempre habrá más tiempo para cambiar de pareja sexual y, por otro lado, una vez iniciada la vida sexual, si lo que se ha buscado ha sido solo el placer, resulta evidente que la duración de la relación será breve, lo que se asocia a un mayor número de parejas sexuales.

Un estudio de Lowry, con una muestra representativa de 19.240 estudiantes mayores de 16 años, indica que los alumnos que experimentaron su primera relación sexual antes de los 13 años, fueron más propensos a tener cuatro o más parejas sexuales durante la adolescencia. Por ello, es recomendable que los programas escolares de educación sobre salud sexual, incluyan estrategias que fomenten la demora en el inicio de las relaciones sexuales y estén coordinados con los programas de prevención de la violencia y uso de sustancias⁽¹⁶⁾.

Datos de la investigación de Yaya⁽¹⁷⁾ del 2018 en Nigeria a 60.611 mujeres de entre 15 y 49 años, muestran que el inicio sexual temprano, se asocia con múltiples parejas sexuales, lo que puede aumentar el riesgo de ITS. Por lo anterior, es importante diseñar intervenciones efectivas, que alienten a las mujeres a retrasar el debut sexual, y de esa manera, prevenir embarazos no deseados y disminuir la carga desproporcionada de resultados de salud adversos.

El estudio de Karrett⁽¹⁸⁾ en 2018, sobre una muestra aleatoria de 837 adolescentes y adultos jóvenes de 15 a 24 años de Jamaica, concluyó que entre las mujeres, el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, se asociaba con mayor número de parejas sexuales.

El análisis de una encuesta llevada a cabo a 8.337 participantes en 2018 por Warner,⁽¹⁹⁾ comparó a jóvenes de suburbios blancos de clase media alta, con jóvenes de barrios rurales de escasos recursos, encontrando que, a menor edad del inicio de la vida sexual, mayor era la cantidad de parejas sexuales entre los jóvenes de barrios rurales; y consideró el debut sexual temprano en la adolescencia como un problema de salud pública con implicaciones inmediatas y a largo plazo.

2) Aumento en el consumo de alcohol, tabaco y drogas. El inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia se ha asociado a otras conductas de riesgo, como el aumento en el consumo de alcohol, tabaco, drogas y conductas delictivas⁽²⁰⁾.

El consumo de alcohol en la adolescencia se asocia con el inicio de la vida sexual, múltiples parejas sexuales, consumo de drogas y embarazos inesperados⁽²¹⁾. Estudios demuestran que a menor edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas, menor será la edad de inicio de la vida sexual. Tal es el caso del estudio de Rothman, que analiza la relación entre la edad de la primera bebida alcohólica y la de la primera relación sexual, en una muestra de 1.110 adolescentes multiétnicos, concluyendo que mientras menor es la edad de inicio de las relaciones sexuales, menor es la edad de inicio del consumo de bebidas alcohólicas⁽²²⁾.

La vida sexual activa en los jóvenes, se asocia con el consumo de drogas⁽²³⁾, tabaco, agresividad y pobre bienestar psicosocial⁽²⁴⁾, con un aumento de las alteraciones mentales⁽²⁵⁾, y con una relación débil con las instituciones convencionales, tales como la escuela, la familia y los grupos religiosos⁽²⁶⁾, siendo las jóvenes que inician las relaciones sexuales en la adolescencia antes de los 16 años^(27,28), quienes resultan más afectadas.

Estudios científicos indican que el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad en mujeres, se relaciona con un aumento en la cantidad y la frecuencia de ingestión de alcohol⁽²⁹⁾, fumar diariamente, haber utilizado marihuana, y una apreciación negativa de la vida⁽³⁰⁾. Así mismo, los jóvenes que tienen una vida sexual activa, reportan de 50 a 100% más consumo de tabaco que aquellos que no han iniciado la vida sexual, lo que se aplica de manera similar para el consumo de alcohol y marihuana⁽³¹⁾.

Datos de Francia, Finlandia y Polonia, indican que existe relación entre el consumo de cigarrillos, alcohol y otras drogas; y el inicio de la vida sexual en la adolescencia^(32,33), y que el inicio de las relaciones sexuales está asociado a problemas conductuales como los ya mencionados y es inversamente proporcional a la permanencia escolar⁽³⁴⁾.

Un estudio de Cha⁽³⁵⁾ del 2016, sobre una muestra de 5.036 hombres y mujeres, concluyó que iniciar las relaciones sexuales después de los 18 años, se asocia con menores probabilidades de consumo de cannabis. De igual manera, por cada año que los encuestados retrasaron el inicio de la vida sexual, las probabilidades de consumo de cannabis durante toda la vida disminuyeron en un 17%.

Un análisis de 7.664 adolescentes llevado a cabo por El-Menshawi en 2019⁽³⁶⁾, relativo a la edad de inicio del consumo de cannabis y el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, concluyó que los adolescentes que empezaron a consumir cannabis antes de los 15 años tenían mayores probabilidades de tener relaciones sexuales a temprana edad, por lo que se sugiere, idealmente, comenzar la educación sexual antes de los 12 años de edad.

Así mismo, la investigación de D'Amico⁽³⁷⁾, de 2019, que evaluó a 185 adolescentes urbanos "Indios Americanos y nativos de Alaska", reportó que un 15% admitió haber consumido alcohol o drogas antes de tener relaciones sexuales.

El estudio de Medeiros⁽³⁸⁾ del 2019, llevado a cabo en una unidad de salud familiar de Portugal, a 134 adolescentes de 15 a 17 años de edad, reveló que el 73,1% de ellos habían probado alcohol, y que el 18,7% había experimentado intoxicación al menos una vez. Respecto al tabaco, el 35,1% lo había probado, y el 23,4% era consumidor habitual. En relación a los cannabinoides, el 7,5% de los adolescentes afirmó haberlos probado una vez o consumirlos regularmente. Respecto a la conducta sexual, el 23,8% era sexualmente activo. Este estudio concluyó que fumar tabaco era un factor predictivo del consumo de drogas ilícitas, encontrándose una asociación estadística significativa entre la actividad sexual y el consumo de sustancias.

Se ha reportado el consumo de éxtasis, asociado al inicio de la vida sexual a temprana edad, al uso concurrente de drogas, relaciones sexuales de riesgo^(39,40), y a un mayor consumo de cocaína y crack, así como de pago por sexo, y un aumento en el número de parejas sexuales⁽⁴¹⁾.

3) Menor nivel educativo. Un aspecto crítico del inicio de las relaciones sexuales durante la adolescencia, es el nivel educacional y el rendimiento académico. Investigaciones demuestran de manera consistente, una relación entre nivel académico y edades mayores de inicio de las relaciones sexuales; pues un mayor rendimiento académico está asociado con edad más avanzada al inicio de la primera relación sexual.

La asistencia a la escuela y un sentido de compromiso hacia ella también disminuyen la probabilidad de actividad sexual, y por otro lado, los adolescentes que son sexualmente activos a temprana edad tienen menos posibilidades de obtener un diploma de escuela secundaria o de la universidad⁽⁴²⁾. El acudir a la escuela y tener conectividad con ella, disminuye la actividad sexual⁽⁴³⁾ y los adolescentes que inician relaciones sexuales antes, tiene menos posibilidades de graduarse de preparatoria o acudir a la universidad^(44,45). Existe una relación directa entre el inicio de la vida sexual a temprana edad y la deserción escolar⁽⁴⁶⁾. Se ha demostrado que a menor educación y mayor deserción escolar, aumentan las conductas sexuales de riesgo^(47,48) y el inicio de vida sexual a corta edad⁽⁴⁹⁾. Estudios indican que las mujeres que no terminan la preparatoria, son más propensas a infectarse de VIH que aquellas que si terminan⁽⁵⁰⁾.

El estudio de 2019 de Sunny⁽⁵¹⁾ en Malawi, que analizó 3.153 encuestados entre las edades de 12 y 25 años, encontró que la edad de inicio de la vida sexual estaba asociada con un aumento de cinco veces en la tasa de abandono escolar posterior de las niñas y un aumento de dos veces en la tasa de abandono de los niños. Para las adolescentes que eran sexualmente activas a los 16 años, solo el 16% terminó la educación básica, en comparación con el 70% que sí lo hizo y que tenía 18 años o más a la época de su debut sexual. Las mujeres que eran sexualmente activas tenían más probabilidades de repetir un grado, sin que se observara ningún efecto en los hombres.

El estudio de Glynn, de 2018, que analizó datos de más de 16.000 estudiantes de entre 10 y 18 años, encontró que las niñas que habían abandonado la escuela presentaban una disminución de la edad del inicio de la vida sexual y un aumento en los embarazos, a diferencia de las que seguían estudiando⁽⁵²⁾.

La investigación de Hensel, de 2014, sobre 387 adolescentes entre los 14 y 18 años de edad, mostró que en las jóvenes, el faltar a la escuela o fallar más en las pruebas académicas, se relacionaba con vivir una vida sexual activa y experimentar diferentes niveles de emociones sexuales en el mismo día⁽⁵³⁾.

En 2019, el estudio de Whitworth, llevado a cabo a 1.321 de estudiantes de octavo básico y primer año de enseñanza media, refirió que el inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia, puede contribuir a obtener calificaciones más bajas entre los adolescentes más jóvenes de las minorías⁽⁵⁴⁾.

Bengesai⁽⁵⁵⁾, en 2019, realizó un estudio en 3.213 jóvenes entre los 14 y 22 años de edad, para valorar la asociación entre los comportamientos sexuales iniciados en la adolescencia temprana y la posibilidad de terminar la escuela secundaria, concluyendo que aquellas personas que experimentaron el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, tuvieron menos posibilidades de completar la escuela secundaria.

Las adolescentes con bajo nivel educativo, socioeconómico y cultural, poco monitoreo de los padres, separación de los padres y ausencia de religiosidad, tienden a experimentar relaciones sexuales a más temprana edad, lo cual aumenta las probabilidades de tener varias parejas sexuales, tener un mayor riesgo de depresión, menor autoestima, más episodios de arrepentimiento, y mayor riesgo de presentar una ITS y cáncer cervical⁽⁵⁶⁾.

El inicio de la vida sexual a edad temprana, además de asociarse a consecuencias negativas para la salud como aborto, ITS⁽⁵⁷⁾, embarazo inesperado, consumo de drogas, consumo de tabaco y alcohol, o dependencia de estas sustancias, también se relaciona con alteraciones psiquiátricas como depresión en adolescentes. En 2019, Mori⁽⁵⁸⁾, llevó a cabo una revisión de 23 estudios sobre comportamiento sexual y factores de riesgo para la salud mental, en un total de 41.723 participantes, encontrando asociaciones entre comportamiento sexual, sexting y alteraciones psiquiátricas.

El estudio realizado por Kastbom en Suecia, el 2015, sobre 3.432 adolescentes menores de 18 años, concluyó que aquellos que habían tenido relaciones sexuales presentaron más conductas de riesgo, como aumento en el número de parejas, experiencias de sexo oral y anal, comportamientos de salud como fumar, tomar alcohol y uso de drogas y comportamientos antisociales como violencia, mentir, robar y huir de casa. Las mujeres con un debut sexual

temprano mostraron significativamente más experiencias de abuso sexual, en tanto que los hombres con un debut sexual temprano presentaron más probabilidades de tener un débil sentido de coherencia, baja autoestima y mala salud mental, así como experiencias de abuso sexual, venta de sexo y abuso físico⁽⁵⁹⁾.

Entre los factores protectores que retrasan la edad de inicio de la vida sexual en los adolescentes se encuentran, entre otros, los siguientes:

A. Presencia y relación con los padres de familia: Estudios han demostrado que los adolescentes cuyos padres supervisan sus actividades, especifican las reglas de la casa y les comunican su desaprobación sobre conductas de riesgo, tienen menor consumo de alcohol e inicio de la vida sexual a temprana edad⁽⁶⁰⁾.

Los adolescentes que reciben mayor atención de parte de sus padres y que tienen mayor comunicación con ellos, presentan menos probabilidades de tener relaciones sexuales o un embarazo⁽⁶¹⁾. Así mismo, se ha reportado que los adolescentes que viven fuera de su hogar, presentan hasta un 44% de posibilidades de tener relaciones sexuales, así como un 20% de embarazo, durante esta etapa.

El estudio de Bruederle en 2019, en Johannerburgo y Baltimore⁽⁶²⁾, refiere que cuando los adolescentes reciben mayor apoyo familiar y social, ésto se asocia con menor toma de riesgo sexual. Por ejemplo, los varones criados por hombres, tienen menos probabilidades de tener relaciones sexuales, así como las niñas criadas por sus abuelas.

Conclusiones del estudio⁽⁶³⁾ multicéntrico de Brahmhatt, sobre el bienestar de los adolescentes en entornos vulnerables, realizado a más de 2.300 hombres y mujeres de Baltimore, Johannesburgo, Ibadan, Nueva Delhi y Shanghai; mostraron que los factores asociados con las mayores probabilidades de embarazo en la adolescencia fueron el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, el haber sido criados por alguien que no fuera los dos padres, y un consumo de alcohol excesivo.

Así mismo, poca supervisión por parte de los padres, se asocia con aumento en conductas de riesgo como uso de drogas, tráfico de drogas, conducta violenta y relaciones sexuales⁽⁶⁴⁾. Una investigación de Somfun, en África Subsahariana, utilizó datos representativos a nivel nacional sobre adolescentes, mujeres y hombres de entre 15 y 17 años de edad, de 12 países del África Subsahariana, y concluyendo que el retraso en el inicio de la vida sexual varía según la estructura familiar, reportando que aquellos hombres que no vivían con ninguno de los padres tenían más posibilidad de tener vida sexual activa a temprana edad⁽⁶⁵⁾.

B. Nivel educativo: A mayor educación escolar, se retrasa el inicio de la vida sexual activa^(66,67) y los embarazos en gente joven⁽⁶⁸⁾. Varios estudios han demostrado que los adolescentes que se abstienen de las relaciones sexuales, es más frecuente que se gradúen de la preparatoria y asistan a la universidad, que aquellos que llevan una vida sexual activa⁽⁶⁹⁾.

C. Amigos y percepción del medio que lo rodea: Las adolescentes identifican a su familia, amigos, compañeros, la escuela y los medios de comunicación, como sus fuentes más importantes de conocimiento sobre salud sexual⁽⁷⁰⁾. Los jóvenes que se sienten menos presionados por sus amigos para iniciar la vida sexual y que están más seguros de sus habilidades para decir “NO”, retrasan el inicio de la vida sexual más fácilmente^(71,72). Así mismo, los jóvenes que perciben

que sus amigos no tienen o no favorecen la vida sexual activa, son menos propensos a tener relaciones sexuales⁽⁷³⁾. Hay evidencia que las actitudes y percepciones negativas hacia la vida sexual, y actitudes positivas hacia la abstinencia⁽⁷⁴⁾, retrasan el inicio de la vida sexual en los jóvenes⁽⁷⁵⁾. En 2015, un estudio de Osorio⁽⁷⁶⁾ sobre 8.994 alumnos entre los 13 y los 18 años de edad, reportó que uno de cada siete adolescentes creía que los condones eran 100% efectivos (creyentes del sexo seguro). Esos adolescentes, tenían un 82% más de probabilidades de haber tenido relaciones sexuales que aquellos sin esa creencia.

Los resultados de Ruiz-Canela del 2012, sobre un estudio llevado a cabo en 2.615 estudiantes, reporta que los factores de protección para retrasar el inicio de la vida sexual activa en adolescentes son la supervisión de los padres; recibir mensajes de amigos o hermanos que fomentan la abstinencia sexual, y los mensajes favorables relacionados con el matrimonio recibidos de los padres⁽⁷⁷⁾.

Es importante mencionar que la mayoría de los adolescentes que han iniciado su vida sexual, desearían haber esperado para iniciar la misma⁽⁷⁸⁾. Estudios indican que casi el 80% de estos adolescentes considera que eran muy jóvenes a la edad que iniciaron su vida sexual⁽⁷⁹⁾. El estudio de Osorio del 2012, demostró que más de un 33% de los encuestados reportó una presión externa que condujo al primer sexo, y casi el 50% reportó al menos una razón que implicaba dejarse llevar por la excitación sexual; siendo las mujeres en mayor número quienes afirmaron que se habían arrepentido de tener relaciones sexuales⁽⁸⁰⁾.

D.- Religión: La religiosidad está asociada, de manera positiva, a conductas saludables en los adolescentes⁽⁸¹⁾, disminuye las conductas sexuales de riesgo y retrasa el inicio de la vida sexual. Estudios científicos han demostrado que los adolescentes que asisten frecuentemente a los servicios religiosos, a actividades religiosas para jóvenes⁽⁸²⁾ y que le dan alta importancia de la religión en su día a día, inician hasta en un 50%⁽⁸³⁾ más tarde edad la vida sexual⁽⁸⁴⁻⁹²⁾.

Los resultados del estudio de Haglund⁽⁹³⁾ de la Escuela de Enfermería de Marquette University en Milwaukee, donde de una muestra de 3.168 hombres y mujeres de entre 15 y 21 años, concluye que aquellos que acuden frecuentemente a la iglesia y tiene actitudes positivas hacia la religión, tienden a disminuir el inicio de la vida sexual en la adolescencia, de 27 a 54%, comparados con aquellos jóvenes que no tienen esta actitud hacia la religión. Así mismo, estudios en mujeres adolescentes de ascendencia mexicana residentes de los Estados Unidos, concluyen que existe retraso en inicio de la vida sexual cuando hay apego a la religión⁽⁹⁴⁾, y en afroamericanas, el estudio de McCree de la Universidad Emory en Atlanta, con una muestra de 1.130 chicas, llega a la misma conclusión⁽⁹⁵⁾.

Las familias que practican su religión, la presencia de padres religiosos⁽⁹⁶⁾ y que acuden a los servicios religiosos, contribuye al retraso del inicio de la vida sexual⁽⁹⁷⁾. Vivir convicciones religiosas importantes ha demostrado ser un factor protector para prevenir conductas de riesgo como el consumo alcohol y el inicio de relaciones sexuales^(98,99).

Mientras mayores son las convicciones religiosas, mayor es la presencia de actitudes positivas hacia la abstinencia^(100,101) hasta el matrimonio⁽¹⁰²⁾ y actitudes sexuales prudentes⁽¹⁰³⁾.

Notas capítulo 12

1. Jackson C, Sweeting H, Haw S. Clustering of substance use and sexual risk behaviour in adolescence: analysis of two cohort studies. *BMJ Open*. 2012; 8: 2: e000661.
2. Kuzman M, Simetin IP, Franelić IP. Early sexual intercourse and risk factors in Croatian adolescents. *Coll Antropol*. 2007; 31 Suppl 2: 121-30.
3. Genuis SJ, Genuis SK. Adolescent behaviour should be priority. *BMJ*. 2004; 328: 894.
4. Sandfort TG, Orr M, Hirsch JS, Santelli J. Long-Term Health Correlates of Timing of Sexual Debut: Results From a National US Study. *Am J Public Health*. 2008; 98: 155–61.
5. Kaestle CE, Halpern CT, Miller WC, Ford CA. Young age at first sexual intercourse and sexually transmitted infections in adolescents and young adults. *Am J Epidemiol*. 2005; 161: 774–80.
6. Magnusson C, Trost K. Girls experiencing sexual intercourse early: could it play a part in reproductive health in middle adulthood? *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2006; 27(4): 237-44.
7. Dearthoff J, Gonzales NA, Christopher FS, Roosa MW, Millsap RE. Early puberty and adolescent pregnancy: the influence of alcohol use. *Pediatrics*. 2005; 116(6): 1451-6.
8. Waldron M, Heath AC, Turkheimer E, Emery R, Buchholz KK, Madden PA, et al. Age at first sexual intercourse and teenage pregnancy in Australian female twins. *Twin Res Hum Genet*. 2007; 10(3): 440-9.
9. Godeau E, Vignes C, Duclos M, Navarro F, Cayla F, Grandjean H. [Factors associated with early sexual initiation in girls: French data from the international survey Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)/WHO]. *Gynecol Obstet Fertil*. 2008; 36(2): 176-82.
10. Vinodhini K, Shanmughapriya S, Das BC, Natarajaseenivasan K. Prevalence and risk factors of HPV infection among women from various provinces of the world. *Arch Gynecol Obstet*. 2012; 285: 771– 777
11. Renschmidt C, Fesenfeld M, Kaufmann AM, Delere Y. Sexual behavior and factors associated with young age at first intercourse and HPV vaccine uptake among young women in Germany: implications for HPV vaccination policies. *BMC Public Health*. 2014; 14: 1248.
12. Christie D, Viner R. Adolescent development. *BMJ*. 2005; 330: 301–4.
13. Landripet I, Stulhofer A, Bacak V. Changes in human immunodeficiency virus and sexually transmitted infections-related sexual risk taking among young Croatian adults: 2005 and 2010 population-based surveys. *Croat Med J*. 2011; 52(4): 458-68.
14. Buttman N, Nielsen A, Munk C, Liaw KL, Kjaer SK. Sexual risk taking behaviour: prevalence and associated factors. A population-based study of 22,000 Danish men. *BMC Public Health*. 2011; 5(11): 764.
15. Kaestle CE, Halpern CT, Miller WC, Ford CA. Young age at first sexual intercourse and sexually transmitted infections in adolescents and young adults. *Am J Epidemiol*. 2005; 161: 774–80.
16. Lowry R, Robin L, Kann L. Effect of Forced Sexual Intercourse on Associations Between Early Sexual Debut and Other Health Risk Behaviors Among US High School Students. *J Sch Health*. 2017 Jun; 87(6): 435-447.
17. Yaya S, Bishwajit G. Age at First Sexual Intercourse and Multiple Sexual Partnerships Among Women in Nigeria: A Cross-Sectional Analysis. *Front Med (Lausanne)*. 2018 Jun 8; 5: 171.
18. Jarrett SB, Udell W, Sutherland S, McFarland W, Scott M, Skyers N. Age at Sexual Initiation and Sexual and Health Risk Behaviors Among Jamaican Adolescents and Young Adults. *AIDS Behav*. 2018 Jul; 22(Suppl 1): 57-64.
19. Warner TD. Adolescent Sexual Risk Taking: The Distribution of Youth Behaviors and Perceived Peer Attitudes Across Neighborhood Contexts. *J Adolesc Health*. 2018 Feb; 62(2): 226-233.
20. Martín MJ. Violencia juvenil exogrupal, hacia la construcción de un modelo causal. Madrid: Ministerio de educación y ciencia, España; 2005,pág: 33-34.
21. Stueve A, O'Donnell LN. Early alcohol initiation and subsequent sexual and alcohol risk behaviors among urban youths. *Am J Public Health* 2005; 95: 887-93.
22. Rothman EF, Wise LA, Bernstein E, Bernstein J. The timing of alcohol use and sexual initiation among a sample of Black, Hispanic, and White adolescents. *J Ethn Subst Abuse* 2009; 8(2): 129-45.
23. Connell CM, Gilreath TD, Hansen NB. A multiprocess latent class analysis of the co-occurrence of substance use and sexual risk behavior among adolescents. *J Stud Alcohol Drugs*. 2009; 70(6): 943–51.

24. Kuzman M, Simetin IP, Franelić IP. Early sexual intercourse and risk factors in Croatian adolescents. *Coll Antropol.* 2007; 31 Suppl 2: 121-30.
25. Hallfors DD, Waller MW, Ford CA, et al. Adolescent depression and suicide risk: association with sex and drug behavior. *Am J Prev Med.* 2004; 27(3): 224-31.
26. Ream GL. Reciprocal effects between the perceived environment and heterosexual intercourse among adolescents. *J Youth Adolesc.* 2006; 35(5): 771-85.
27. Spriggs AL, Halpern CT. Sexual debut timing and depressive symptoms in emerging adulthood. *Journal of Youth and Adolescence.* 2008; 37(9): 1085-96.
28. Meier AM. Adolescent first sex and subsequent mental health. *American Journal of Sociology.* 2007; 112(6): 1811-47.
29. Buttman N, Nielsen A, Munk C, Liaw KL, Kjaer SK. Sexual risk taking behaviour: prevalence and associated factors. A population-based study of 22,000 Danish men. *BMC Public Health.* 2011; 5(11): 764.
30. Godeau E, Vignes C, Duclos M, Navarro F, Cayla F, Grandjean H. [Factors associated with early sexual initiation in girls: French data from the international survey Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)/WHO]. *Gynecol Obstet Fertil.* 2008 Feb; 36(2): 176-82.
31. Gutierrez JP, Bertozzi SM, Conde-González CJ, Sanchez-Aleman MA. Risk behaviors of 15-21 year olds in Mexico lead to a high prevalence of sexually transmitted infections: results of a survey in disadvantaged urban areas. *BMC Public Health.* 2006, 6: 49.
32. Lavikainen HM, Lintonen T, Kosunen E. Sexual behavior and drinking style among teenagers: a population-based study in Finland. *Health Promot Int.* 2009; 24(2): 108-19.
33. Woynarowska B, Tabak I. Risk factors of early sexual initiation. *Med Wieku Rozwoj.* 2008; 12(2): 541-547.
34. Madkour AS, Farhat T, Halpern CT, Godeau E, Gabhainn SN. Early adolescent sexual initiation as a problem behavior: a comparative study of five nations. *J Adolesc Health.* 2010; 47(4): 389-98.
35. Cha S, Masho SW, Mezuk B. Age of Sexual Debut and Cannabis Use in the United States. *Subst Use Misuse.* 2016; 51(4): 439-48.
36. El-Menshawi M, Castro G, Rodriguez de la Vega P, Ruiz Peláez JG, Barengo NC. First Time Cannabis Use and Sexual Debut in U.S. High School Adolescents. *J Adolesc Health.* 2019 Feb; 64(2): 194-200.
37. D'Amico EJ, Dickerson DL, Brown RA, Klein DJ, Agniel D, Johnson C. Unveiling an 'invisible population': health, substance use, sexual behavior, culture, and discrimination among urban American Indian/Alaska Native adolescents in California. *Ethn Health.* 2019 Jan 9: 1-18.
38. Medeiros I, Faria C, Carvalho F, Bravo E. Risk behaviors in adolescence - a study in a Portuguese health unit. *Int J Adolesc Med Health.* 2018 Oct 24. [Epub ahead of print]
39. Brook D, Brook J, Zhang C, Cohen P, Whiteman M. Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders. *Archives of General Psychiatry.* 2002; 59(11): 1039-44.
40. Stanton B, Li X, Cottrell L, Kaljee L. Early initiation of sex, drug-related risk behaviors, and sensation-seeking among urban, low-income African-American adolescents. *Journal of the National Medical Association.* 2001; 93(4): 129-38.
41. Pechansky F, Remy L, Surratt HL, Kurtz SB, Rocha TB, Von Diemen L, et al. Age of Sexual Initiation, Psychiatric Symptoms, and Sexual Risk Behavior among Ecstasy and LSD Users in Porto Alegre, Brazil: A Preliminary Analysis. *J Drug Issues.* 2011; 41(2): 217.
42. Harden KP, Mendle J. Why don't smart teens have sex? A behavioral genetic approach. *Child Dev* 2011; 82(4): 1327-44.
43. Kirby D. The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior. *Journal of Sex Research.* 2002; 39: 27-33.
44. Frisco ML. Adolescents' sexual behavior and academic attainment. *Sociology of Education.* 2008; 81: 284-311.
45. Spriggs AL, Halpern CT. Timing of sexual debut and initiation of postsecondary education by early adulthood. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health.* 2008; 40: 152-61.
46. Blum RW, Halcón L, Beuhring T, Pate E, Campell-Forrester S, Venema A. Adolescent health in the caribbean: risk and protective factors. *Am J Public Health* 2003; 93: 456-60.
47. Bennett DL, Bauman A. Adolescent mental health and risky sexual behavior. *BMJ* 2000; 321: 251-52.

48. Blum RW, Ireland M. Reducing risk, increasing protective factors: findings from the Caribbean Youth Health Survey. *J Adolesc Health* 2004; 35: 493-500.
49. Santelli JS, Kaiser J, Hirsch L, Radosh A, Simkin L, Middlestadt S. Initiation of sexual intercourse among middle school adolescents: the influence of psychosocial factors. *J Adolesc Health* 2004; 34(3): 200-8.
50. Pettifor AE, Levandowski BA, MacPhail C, Padian NS, Cohen MS, Rees HV. Keep them in school: the importance of education as a protective factor against HIV infection among young South African women. *Int J Epidem* 2008; 37: 1266-73.
51. Sunny BS, DeStavola B, Dube A, Price A, Kaonga AM, Kondowe S, et al. Lusting, learning and lasting in school: sexual debut, school performance and dropout among adolescents in primary schools in Karonga district, northern Malawi. *J Biosoc Sci.* 2019 Apr 29; 1-17.
52. Glynn JR, Sunny BS, DeStavola B, Dube A, Chihana M, Price AJ1, et al. Early school failure predicts teenage pregnancy and marriage: A large population-based cohort study in northern Malawi. *PLoS One.* 2018 May 14; 13(5): e0196041.
53. Hensel DJ, Sorge BH. Adolescent women's daily academic behaviors, sexual behaviors, and sexually related emotions. *J Adolesc Health.* 2014 Dec; 55(6):845-7.
54. Whitworth TR, Paik A. Sex and Education: Does Sexual Debut During Adolescence Lead to Poor Grades? *Perspect Sex Reprod Health.* 2019 May 20. doi: 10.1363/psrh.12101. [Epub ahead of print]
55. Bengesai AV, Khan HTA, Dube R. Effect of early sexual debut on high school completion in South Africa. *J Biosoc Sci.* 2018 Jan; 50(1): 124-143.
56. Lara LAS, Abdo CHN. Age at Time of Initial Sexual Intercourse and Health of Adolescent Girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2016 Oct; 29(5): 417-423.
57. Ma Q, Ono-Kihara M, Cong L, Xu G, Pan X, Zamani S, Ravari SM, et al. Early initiation of sexual activity: A risk factor for sexually transmitted diseases, HTV infection, and unwanted pregnancy among university students in China. *BioMed Central Public Health.* 2009; 9: 111.
58. Mori C, Temple JR, Browne D, Madigan S. Association of Sexting With Sexual Behaviors and Mental Health Among Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2019 Jun 17. [Epub ahead of print]
59. Kastbom ÅA, Sydsjö G, Bladh M, Priebe G, Svedin CG. Sexual debut before the age of 14 leads to poorer psychosocial health and risky behaviour in later life. *Acta Paediatr.* 2015 Jan; 104(1): 91-100.
60. O'Donnell L, Stueve A, Duran R, Myint-U A, Agronick G, Doval A, et al. Parenting practices, parents' underestimation of daughters' risks and alcohol and sexual behaviors of urban girls. *J Adolesc Health.* 2008; 42(5): 496-502.
61. Sieving RE, McRee AL, McMorris BJ, Shlafer RJ, Gower AL, Kapa HM, et al. Youth-Adult Connectedness: A Key Protective Factor for Adolescent Health. *Am J Prev Med.* 2017 Mar; 52(3S3): S275-S278.
62. Bruederle A, Delany-Moretlwe S, Mmari K, Brahmabhatt H. Social Support and Its Effects on Adolescent Sexual Risk Taking: A Look at Vulnerable Populations in Baltimore and Johannesburg. *J Adolesc Health.* 2019 Jan; 64(1): 56-62.
63. Brahmabhatt H, Kågesten A, Emerson M, Decker MR, Olumide AO, Ojengbede O, et al. Prevalence and determinants of adolescent pregnancy in urban disadvantaged settings across five cities. *J Adolesc Health.* 2014 Dec; 55(6 Suppl): S48-57.
64. Li X, Feigelman S, Stanton B. Perceived parental monitoring and health risk behaviors among urban low-income African-American children and adolescents. *J Adolesc Health* 2000; 27: 43-48.
65. Somefun OD, Odimegwu C. The protective role of family structure for adolescent development in sub-Saharan Africa. *PLoS One.* 2018 Oct 29; 13(10): e0206197.
66. Lammers C, Ireland M, Resnick M, Blum R. Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: A survival analysis of virginity among youngs aged 13 to 18 years. *J Adols Health* 2000; 26: 42-48.
67. Gutierrez JP, Bertozzi SM, Conde-González CJ, Sanchez-Aleman MA. Risk behaviors of 15-21 year olds in Mexico lead to a high prevalence of sexually transmitted infections: results of a survey in disadvantaged urban areas. *BMC Public Health* 2006, 6: 49.
68. Magadi MA, Agwanda AO. Determinants of transitions to first sexual intercourse, marriage and pregnancy among female adolescents: evidence from South Nyanza, Kenya. *J Biosoc Sci* 2009; 41(3): 409-27.

69. Sabia JJ, Rees DI. The effect of sexual abstinence on females' educational attainment. *Demography* 2009; 46(4): 695-715.
70. Teitelman AM, Bohinski JM, Boente BA. The social contexts of sexual health and sexual risk for urban adolescent girls in the United States. *Issues Mentl Health Nurs* 2009; 30(7): 460-69.
71. Tenkorang EY, Maticka-Tyndale E. Factors influencing the timing of first sexual intercourse among young people in Nyanza, Kenya. *Ins Fam Plan Perspect* 2008; 34(4): 177-88.
72. Kahn JA, Huang B, Austin B, Aweh GN, Colditz GA, Frazier AL. Development of a scale to measure adolescents' beliefs and attitudes about postponing sexual initiation. *J Adolesc Health* 2004; 35(3): 425.e1– 425.e10
73. Wallace SA, Miller KS, Forehand R. Perceived peer norms and sexual intentions among African American preadolescents. *AIDS Educ Prev* 2008; 20(4): 360-9.
74. DiIorio C, Dudley WN, Kelly M, Soet JE, Mbwaru J, Potter JS. Social cognitive correlates of sexual experiences and condom use among 13- through 15-year-old adolescents. *J Adolesc Health* 2001; 29: 208–16.
75. Fatusi AO, Blum RW. Predictors of early sexual initiation among a nationally representative sample of Nigerian adolescents. *BMC Public Health* 2008; 8(136).
76. Osorio A, Lopez-del Burgo C, Ruiz-Canela M, Carlos S, de Irala J. Safe-sex belief and sexual risk behaviours among adolescents from three developing countries: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2015 Apr 27; 5(4): e007826.
77. Ruiz-Canela M, López-Del Burgo C, Carlos S, Calatrava M, Osorio A, Irala Jd. Family, friends, and other sources of information associated with the initiation of sexual relations by adolescents in El Salvador. *Rev Panam Salud Publica*. 2012 Jan; 31(1): 54-61.
78. Martino SC, Collins RL, Elliott MN, Kanouse DE, Berry SH. It's Better on TV: Does Television Set Teenagers Up for Regret Following Sexual Initiation? *Perspect Sex Reprod Health* 2009; 41(2): 92–100.
79. Cotton S, Mills L, Succop PA, Biro FM, Rosenthal SL. Adolescent girls perceptions of the timing of their sexual initiation: "too young" or "just right"? *J Adolesc Health* 2004; 34(5): 453-8.
80. Osorio A, López-del Burgo C, Carlos S, Ruiz-Canela M, Delgado M, de Irala J. First sexual intercourse and subsequent regret in three developing countries. *J Adolesc Health*. 2012 Mar; 50(3): 271-8.
81. Rew L, Wong YL. A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *J Adolesc Health* 2006; 38(4): 433-42.
82. Doss JR, Vesely SK, Oman RF, Aspa CB, Tolma E, Rodino S, et al. A matched case-control study: investigating the relationship between youth assets and sexual intercourse among 13- to 14-year-olds. *Child Care Health Dev* 2007; 33(1): 40-4.
83. Haglund KA, Fehring RJ. The association of religiosity, sexual education, and parental factors with risky sexual behaviors among adolescents and young adults. *J Relig Health* 2009. 49(4): 460-472.
84. Holder DW, Durant RH, Harris TL, Daniel JH, Obeidallah D, Goodman E. The association between adolescent spiritually and voluntary sexual activity. *J Adolesc Health* 2000; 26(4): 295-302.
85. Lammers C, Ireland M, Resnick M, Blum R. Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: A survival analysis of virginity among youths aged 13 to 18 years. *J Adolesc Health* 2000; 26: 42-48.
86. McCree DH, Wingood GM, DiClemente R, Davies S, Harrington KF. Religiosity and risky sexual behavior in African-American adolescent females. *J Adoles Health* 2003; 33(1): 2-8.
87. Nonnemaker JM, McNeely CA, Blum RW. Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviours: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Soc Science Med* 2003; 57: 2049-54.
88. Rotosky S, Regnerus M, Wright M. Coital debut. The role of religiosity and sex attitudes in the add health survey. *J Sex Research* 2003; 40: 358-67.
89. Zaleski EH, Schiaffino KM. Religiosity and sexual risk-taking behavior during the transition to collage. *J Adolesc Health* 2000; 23(2): 223-27.
90. McCree DH, Wingood GM, DiClemente R, Davies S, Harrington KF. Religiosity and risky sexual behavior in African-American adolescent females. *J Adoles Health* 2003; 33(1): 2-8.
91. Cotton S, Berry D. Religiosity, spirituality and adolescent sexuality. *Adolesc Med State Art Rev* 2007; 18(3): 471-83.

92. Lefkowitz ES, Gillen MM, Shearer CL. Religiosity, sexual behaviors, and sexual attitudes during emerging adulthood. *J Sex Research* 2004; 41(2): 150-9.
93. Haglund KA, Fehring RJ. The association of religiosity, sexual education, and parental factors with risky sexual behaviors among adolescents and young adults. *J Relig Health*. 2010; 49(4): 460-72.
94. Edwards LM, Haglund K, Fehring RJ, Pruszynski J. Religiosity and sexual risk behaviors among Latina adolescents: trends from 1995 to 2008. *J Womens Health*. 2011; 20(6): 871-7.
95. McCree DH, Wingood GM, DiClemente R, Davies S, Harrington KF. Religiosity and risky sexual behavior in African-American adolescent females. *J Adoles Health*. 2003; 33(1): 2-8.
96. Manlove JS, Terry-Humen E, Ikramullah EN, Moore KA. The role of parent religiosity in teens' transitions to sex and contraception. *J Adolesc Health* 2006; 39(4): 578-87.
97. Manlove J, Logan C, Moore KA, Ikramullah E. Pathways from family religiosity to adolescent sexual activity and contraceptive use. *Perspec Sexual Reprod Health* 2008; 40(2): 105-17.
98. Poulson RL, Eppler MA, Satterwhite TN, Wuensch KL, Bass LA. Alcohol consumption, strength of religious beliefs, and risky sexual behavior in college students. *J Am Coll Health* 1998; 46(5): 227-32.
99. De Visser RO, Smith AM, Richters, Rissel CE. Associations between religiosity and sexuality in a representative sample of Australian adults. *Arch Sex Behav* 2007; 36: 33-46.
100. Belgrave FZ, Van Oss Marin B, Chambers DB. Cultural, contextual, and intrapersonal predictors of risky sexual attitudes among urban African-American girls in early adolescence. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2000; 6(3): 309-22.
101. Shirazi KK, Morowatisharifabad EM. Religiosity and determinants of safe sex in Iranian non-medical male students. *J Relig Health* 2009; 48: 29-36.
102. Halpern CT, Waller MW, Spriggs A, Hallfors DD. Adolescent predictors of emerging adult sexual patterns. *J Adolesc Health* 2006; 39(6): 926.e1-10.
103. Ahrold TK, Farmer M, Trapnell PD, Meston CM. The relationship among sexual attitudes, sexual fantasy, and religiosity. *Arch Sex Behav*. 2011 Jun; 40(3): 619-30.

Capítulo 13

Papel de los padres en la educación sexual de sus hijos

Educar y guiar en la sexualidad es un privilegio de los padres de familia, pues quien mejor que ellos para formar en el amor y la responsabilidad.

La educación sexual es –y significa– educar en el amor, razón por la cual los principales responsables de llevarla a cabo son los padres de familia. Educar a los hijos en la sexualidad, más que una obligación es un privilegio; pues en manos de cada papá y mamá se encuentra el valor de educar en el cuidado del cuerpo, el regalo de las relaciones sexuales como expresión de amor, la dignidad y el respeto que deben procurar y que a su vez merecen en el trato con los demás, y el don de la vida. **Si los padres de familia comprenden el papel que desempeña la sexualidad en su vida, les será mucho más fácil formar y guiar a sus hijos en este tema.**

Los padres son esenciales para el desarrollo saludable de los adolescentes, ya que juegan un papel crítico en la comunicación efectiva relacionada con valores sexuales⁽¹⁾. El cuidado, presencia y supervisión que ejercen sobre sus hijos son importantes para evitar que estos caigan en conductas de riesgo⁽²⁾. La mayor influencia para los jóvenes tiene lugar en la familia, y en especial la que viene de los padres^(3,4).

Se han descrito varios factores determinantes en la estructura familiar y en la relación padres e hijos, que coadyuvan a retrasar el inicio de las relaciones sexuales. Entre ellos destacan los siguientes:

1) Presencia y supervisión de los padres. La supervisión de los padres es considerada un mecanismo potencial para reducir conductas de riesgo en los adolescentes, incluido el inicio de las relaciones sexuales, ya que puede reducir la oportunidad de participar en conductas sexuales de riesgo, limitar la exposición a compañeros de alto riesgo y brindar a los padres el tiempo para discutir con sus hijos los beneficios de retrasar las relaciones sexuales. Desde la perspectiva de un niño, la supervisión de los padres puede indicar preocupación, cuidado y afecto, por lo que los niños que están firmemente vinculados a sus padres, pueden tener menos probabilidades de buscar el apego a los demás a través de las relaciones sexuales tempranas⁽⁵⁾.

Un reciente meta análisis de 40.625 participantes, concluyó que la mayor presencia y supervisión de los padres y cumplimiento de normas de conducta por parte de los hijos, favorece el retraso en el inicio de las relaciones sexuales de los adolescentes⁽⁶⁾. Varios estudios han concluido que a mayor supervisión de los padres⁽⁷⁾ o responsables,⁽⁸⁾ existe mayor retraso en el inicio de la vida sexual^(9,10).

2) Comunicación. Se ha demostrado que una mejor comunicación entre padres e hijos adolescentes y mayor unión familiar, favorece la abstinencia sexual en los jóvenes, en tanto

que los adolescentes que reportan una relación de menor calidad con sus madres, presentan el doble de riesgo de tener relaciones sexuales en comparación con aquellos que si la tienen⁽¹¹⁾.

Si los padres propician la convivencia familiar y promueven una buena relación con sus hijos, disminuyen las conductas sexuales de riesgo en éstos, por lo que a su vez, se reducen los embarazos y las ITS en los jóvenes⁽¹²⁾. La buena comunicación entre padres e hijos, respecto a temas sexuales, se ha asociado al retraso del inicio de la vida sexual⁽¹³⁾.

Una relación de mejor calidad entre los adolescentes y sus padres, especialmente entre madres e hijas, puede ayudar a proteger contra la iniciación sexual temprana⁽¹⁴⁾. Una comunicación frecuente sobre temas sexuales de los adolescentes con sus padres es muy importante, pues reduce significativamente la influencia del entorno social y los amigos, que frecuentemente se traduce en presión para tener relaciones sexuales⁽¹⁵⁾.

3) Educación sexual. La comunicación más frecuente por parte de los padres, respecto de las normas sexuales orientadas al amor y al respeto, se asoció con actitudes sexuales menos permisivas y, para los niños, con un comportamiento sexual estable y menores conductas de riesgo. Esto lo concluye Overbeek,⁽¹⁶⁾ que dio seguimiento, en el 2018, a 514 adolescentes holandeses de 13 a 16 años, enfatizando que la adolescencia temprana es una fase clave del desarrollo para implementar posibles programas de apoyo destinados a ayudar a los padres a comunicarse sobre el sexo con sus hijos, de manera oportuna y efectiva.

La influencia de los padres para evitar las relaciones sexuales, es muy eficaz cuando existe una relación estrecha entre ellos y sus hijos⁽¹⁷⁾. Los jóvenes que conversan de sexualidad con sus madres, más que con sus amigos, son más propensos a no tener relaciones sexuales⁽¹⁸⁾; en cambio el hecho que los padres hablen sobre sexualidad con sus hijos a edades tardías, se relaciona con un inicio sexual a temprana edad por los jóvenes⁽¹⁹⁾.

Los jóvenes cuyos padres les hablan sobre abstinencia sexual y sobre cómo decir NO a las relaciones sexuales, les transmiten reglas claras, y les enseñan a discernir qué es bueno y qué no, tienen muchas menos posibilidades de iniciar la vida sexual en la adolescencia⁽²⁰⁾. Los padres que desaprueban las relaciones sexuales a edad temprana, se asocian con una mayor edad de inicio de la vida sexual por parte de sus hijos⁽²¹⁾.

Una buena comunicación del hijo y la hija con sus padres, se asocia con un retraso en el inicio de las relaciones sexuales entre los adolescentes que viven en barrios marginales. Las políticas públicas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes que incluyen a los padres, pueden tener un impacto significativo en el retraso del debut sexual y, posiblemente, pueden reducir las conductas de riesgo sexual entre personas jóvenes en entornos de alto riesgo, como barrios marginales⁽²²⁾. Para reducir el riesgo de tener actividad sexual en la adolescencia, los padres deben hacer énfasis en retrasar los noviazgos, sobre todo en el caso de las mujeres, si el novio es algunos años mayor que ella⁽²³⁾.

4) Estructura familiar. Los adolescentes que viven con sus dos padres inician la vida sexual a edades posteriores⁽²⁴⁾ que aquellos que viven solamente con uno de ellos⁽²⁵⁻²⁸⁾. El vivir con un solo padre aumenta la actividad sexual⁽²⁹⁾.

Estudios demuestran que vivir con un padrastro (en comparación con dos padres biológicos), se asocia con una mayor probabilidad de tener relaciones sexuales tempranas⁽³⁰⁾.

Se ha reportado que las adolescentes con bajo nivel educativo, socioeconómico y cultural, con poco cuidado y escasa presencia de los padres o con padres separados, tienden a experimentar relaciones sexuales a una edad más temprana⁽³¹⁾.

Un estudio realizado a 3.380 jóvenes en Suecia, refirió que el 25% no había iniciado sexo oral, anal o vaginal a la edad de 18 años. Comparados con los que sí habían tenido relaciones sexuales, este grupo presentó mayores probabilidades de tener padres cariñosos, menor consumo de pornografía, menor consumo de alcohol y tabaco, menor comportamiento antisocial y, sobre todo, mejor manejo del deseo sexual y menores experiencias de abuso sexual, refiriendo que la estructura familiar y la cultura son importantes cuando se trata de la edad de inicio de la vida sexual. Los adolescentes que a los 18 años de edad no habían tenido su debut sexual, parecían vivir una vida más estable y cautelosa que los que tuvieron experiencias sexuales⁽³²⁾.

Se ha comprobado que una comunicación adecuada entre los padres y sus hijos adolescentes, la presencia de unión familiar⁽³³⁾, así como hablar de sexualidad y de abstinencia⁽³⁴⁾ sexual, logra retrasar el IVSA⁽³⁵⁾. El tipo de convivencia de los adolescentes con sus padres ha sido valorado⁽³⁶⁾ como un factor determinante para el IVSA tanto en lo relativo a la cantidad de tiempo que los padres conviven con sus hijos como en la calidad de relación que tienen con ellos. Lammers y colaboradores, en un estudio realizado a 26.023 adolescentes, concluyeron que el cuidado de los padres retrasa la edad de IVSA⁽³⁷⁾. De la misma forma, Sieving⁽³⁸⁾ y McNeely⁽³⁹⁾ concluyen que las adolescentes que tienen una relación más estable con sus madres, logran retrasar el inicio de la vida sexual activa de manera considerable.

La supervisión y acompañamiento por parte de los padres cuando los adolescentes no se encuentran en actividades escolares, logran que los adolescentes inicien a edades posteriores la vida sexual, tal y como lo concluye Harris⁽⁴⁰⁾, del Centro de Ciencias y Salud de la Universidad de Oklahoma, al estudiar a 1.079 jóvenes y sus padres. Así mismo, Nagamatsu y su equipo de la Escuela de Medicina de la Universidad de Saga, en Japón, encuestaron a 1.268 jóvenes y concluyeron que la supervisión de los padres aumenta la edad de inicio de la vida sexual en las mujeres. A conclusiones similares llegan Yang⁽⁴¹⁾, de la Universidad de Wayne en Detroit, donde, además de la supervisión, la buena comunicación con los padres juega un papel importante en el retraso del inicio de la vida sexual; y Dancy⁽⁴²⁾, de la Universidad de Illinois en Chicago, quien observó que la supervisión materna logra retrasar el inicio de la vida sexual en las adolescentes.

Yimer⁽⁴³⁾, en 2019, dio seguimiento al azar a 406 estudiantes de entre 14 y 19 años y reportó que las relaciones entre padres y adolescentes de alta calidad con alto soporte emocional y estricto control, se asociaron con menores probabilidades de participar en conductas sexuales de riesgo en adolescentes. Así mismo, Kassahun analizó a 723 estudiantes entre 15 y 19 años, concluyendo que aquellos que iniciaron a más temprana edad las relaciones sexuales, presentaron escaso cuidado de parte de sus padres y presión del grupo por iniciar la vida sexual⁽⁴⁴⁾.

En relación a la convivencia del padre y las hijas se ha demostrado⁽⁴⁵⁾, que además de ser la presencia y cuidados del padre un factor determinante en la conducta sexual de los hijos⁽⁴⁶⁾, la mujer requiere de la aceptación de su feminidad por parte de su padre varón. Por su lado, el hijo varón obtiene de la madre el necesario reforzamiento tanto en su persona como en su masculinidad. Una vez experimentado lo anterior, se vuelve un factor de seguridad personal que le permite valorarse para lograr el retraso del IVSA.

El padre juega un papel fundamental en la educación sexual de los hijos, pues es él quien debe ser ejemplo de masculinidad para los varones, y generar confianza y autoestima en sus hijas. El padre debe ser quien nutra la seguridad de ellas y demuestre a sus hijos como tratar y respetar a la mujer.

Son los padres quienes tienen la oportunidad, a lo largo de los años y las múltiples vivencias que tienen con sus hijos, de transmitirles valores tanto en forma verbal como con el ejemplo, lo que constituye uno de los más importantes factores de protección para los hijos de ambos sexos. Si los padres dedican tiempo para estar e interactuar con los niños, valoran los esfuerzos que estos van realizando a lo largo de su vida y les brindan comprensión en los momentos de fracaso; y si, a su vez, los hijos comentan con sus padres las experiencias que tienen fuera de la casa; ese diálogo e interacción generarán en estos la necesaria seguridad emocional que les permitirán, llegada la adolescencia, tomar decisiones por sí mismos, conscientes de su propio valor personal. No necesitarán reforzar su autoestima fuera del hogar, ni ceder en sus convicciones para ser aceptados por sus pares o sentirse apreciados⁽⁴⁷⁾, siendo así que los padres juegan un papel fundamental en el desarrollo sexual de sus hijos⁽⁴⁸⁾.

Notas capítulo 13

1. Dittus P, Miller KS, Kotchick BA, Forehand R. Why Parents Matter: The conceptual basis for a community-based HIV prevention program for the parents of African American youth. *J Child Fam Stud* 2004; 13(1): 5-20.
2. Rupp R, Rosenthal SL. Parental influences on adolescent sexual behaviors. *Adolesc Med* 2007; 18: 4670-70.
3. Itinick SL, Brennan LM, Forbes E, Shaw DS. Developmental pathways to sexual risk behavior in high-risk adolescent boys. *Pediatrics*. 2014; 133(6): 1038-1045.
4. Caruthers AS, Van Ryzin MJ, Dishion TJ. Preventing high-risk sexual behavior in early adulthood with family interventions in adolescence: outcomes and developmental processes. *Prev Sci*. 2014; 15(suppl 1): S59-S69.
5. Oberlander SE, Wang Y, Thompson R, Lewis T, Proctor LJ, Isbell P, et al. Childhood maltreatment, emotional distress, and early adolescent sexual intercourse: Multi-informant perspectives on parental monitoring. *J Fam Psychol*. 2011 Dec; 25(6): 10.1037/a0025423.
6. Dittus PJ, Michael SL, Becasen JS, Gloppen KM, McCarthy K, Guilamo-Ramos V. Parental Monitoring and Its Associations With Adolescent Sexual Risk Behavior: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2015 Dec; 136(6): e1587-99.
7. Fortenberry JD, Katz BP, Blythe MJ, Juliar BE, Tu W, Orr DP. Factors associated with time of day of sexual activity among adolescent women. *J Adolesc Health* 2006; 38(3): 275-81.
8. Harris L, Oman RF, Vesely SK, Tolma EL, Aspy CB, Rodine S, Marshall L, Fluhr J. Associations between youth assets and sexual activity: does adult supervision play a role? *Child Care Health Dev* 2007; 33(4): 448-54.
9. Li X, Stanton B, Feigelman S. Impact of perceived parental monitoring on adolescent risk behavior over 4 years. *J Adolesc Health* 2000; 27: 49-56.
10. Nagamatsu M, Saito H, Sato T. Factors associated with gender differences in parent-adolescent relationships that delay first intercourse in Japan. *J School Health* 2008; 78(11): 601-6.
11. Jaccard J, Dittus PJ, Gordon VV. Maternal correlates of adolescent sexual and contraceptive behavior. *Fam Plan Perspect* 1996; 28(4): 159-65.
12. Manlove J, Logan C, Moopre KA, Ikramullah E. Pathways from family religiosity to adolescent sexual activity and contraceptive use. *Perspect Sex Reprod Health* 2008; 40(2): 105-17.
13. Forehand R, Armistead L, Long N, Wyckoff SC, Kotchick BA, Whitaker D, et al. Efficacy of parent-based sexual risk prevention program for African American preadolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161(12): 1123-9.
14. Nogueira Avelar E Silva R, van de Bongardt D, van de Looij-Jansen P, Wijtzes A, Raat H. Mother- and Father-Adolescent Relationships and Early Sexual Intercourse. *Pediatrics*. 2016 Dec; 138(6).

15. van de Bongardt D, de Graaf H, Reitz E, Deković M. Parents as moderators of longitudinal associations between sexual peer norms and Dutch adolescents' sexual initiation and intention. *J Adolesc Health*. 2014 Sep;55(3): 388-93.
16. Overbeek G, van de Bongardt D, Baams L. Buffer or Brake? The Role of Sexuality-Specific Parenting in Adolescents' Sexualized Media Consumption and Sexual Development. *J Youth Adolesc*. 2018 Jul; 47(7): 1427-1439.
17. Jaccard J, Dittus PJ, Gordon VV. Maternal correlates of adolescent sexual and contraceptive behavior. *Fam Plan Perspect* 1996; 28(4): 159-165.
18. Dilorio C, Kelley M, Hockenberry-Eaton M. Communication about sexual issues. Mothers, fathers, and friends. *J Adolesc Health*, 1999, 24: 181-189.
19. Atienzo EE, Walker DM, Campero L, Lamadrid-Figueroa H, Gutiérrez JP. Parent-adolescent communication about sex in Morelos, Mexico: does it impact sexual behaviour? *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2009; 14(2): 111-9.
20. Aspy C, Vesely S, Oman R, Rodine S, Marshall L, McLeroy K. Parenteral communication and youth sexual behavior. *J Adolescence* 2007; 30: 449-66.
21. Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, et al. Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *JAMA* 1997; 278(10): 823-32.
22. Okigbo CC, Kabiru CW, Mumah JN, Mojola SA, Beguy D. Influence of parental factors on adolescents' transition to first sexual intercourse in Nairobi, Kenya: a longitudinal study. *Reprod Health*. 2015 Aug 21; 12: 73.
23. Marín BV, Kirby DB, Hudes ES, Coyle KK, Gómez CA. Boyfriends, girlfriends and teenagers' risk of sexual involvement. *Perspect Sex Reproduc Health* 2006; 38(2): 76-83.
24. Kan ML, Cheng YA, Landale NS, McHale SM. Longitudinal Predictors of Change in Number of Sexual Partners across Adolescence and Early Adulthood. *J Adolesc Health* 2010; 46: 25-31.
25. Lammers C, Ireland M, Resnick M, Blum R. Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: A survival analysis of virginity among youths aged 13 to 18 years. *J Adols Health* 2000; 26: 42-48.
26. Raine T, Jenkins R, Aarons S, Woodward K, Fairfax J, El-Khorazaty M, et al. Sociodemographic correlates of virginity in seventh-grade black and Latino students. *J Adole Health*, 1999; 24, 304-12.
27. Haglund KA, Fehring RJ. The association of religiosity, sexual education, and parental factors with risky sexual behaviors among adolescents and young adults. *J Relig Health* 2009. 30 junio.
28. Belgrave FZ, Van Oss Marin B, Chambers DB. Cultural, contextual, and intrapersonal predictors of risky sexual attitudes among urban African-American girls in early adolescence. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2000; 6(3): 309-22.
29. Blum R, Beuhring T, Shew M, Bearinger L, Sieving R, Resnick M. The effects of race ethnicity, income, and family structure on adolescent risk behaviours. *Am J Public Health* 2000; 90: 1879-84.
30. Mayra Y, Bámaca-Colbert, Kaylin M. Greene, Sarah E. Killoren, Aggie J. Noah. Contextual and Developmental Predictors of Sexual Initiation Timing among Mexican-origin Girls. *Dev Psychol*. 2014 Oct; 50(10): 2353–2359.
31. Lara LAS, Abdo CHN. Age at Time of Initial Sexual Intercourse and Health of Adolescent Girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016 Oct; 29(5): 417-423.
32. Kastbom AA, Sydsjö G, Bladh M, Priebe G, Svedin CG. Differences in sexual behavior, health, and history of child abuse among school students who had and had not engaged in sexual activity by the age of 18 years: a cross-sectional study. *Adolesc Health Med Ther*. 2016; 7: 1–11.
33. Lerand SJ, Ireland M, Blum RW. Individual and environmental impacts on sexual health of Caribbean youth. *Scientific World Journal*. 2006; 22(6): 707-17.
34. Mmbaga EJ, Leonard F, Leyna GH. Incidence and predictors of adolescent's early sexual debut after three decades of HIV interventions in Tanzania: a time to debut analysis. *PLoS One*. 2012; 7(7): e41700.
35. Guílamo-Ramos V, Bouris A, Jaccard J, Gonzalez B, McCoy W, Aranda D. A parent-based intervention to reduce sexual risk behavior in early adolescence: building alliances between physicians, social workers, and parents. *J Adolesc Health*. 2011; 48(2): 159-63.
36. Cohen DA, Farley TA, Taylor SN, Martin DH, Schuster MA. When and where do youths have sex? The potential role of adult supervision. *Pediatrics*. 2002; 110: 66-72.

37. Lammers C, Ireland M, Resnick M, Blum R. Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: A survival analysis of virginity among youngs aged 13 to 18 years. *J Adolesc Health*. 2000; 26: 42-48.
38. Sieving RE, McNeely CS, Blum RW. Maternal expectations, mother-child connectedness, and adolescent sexual debut. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000; 154(8): 809-16.
39. McNeely C, Shew ML, Beuhring T, Sieving R, Miller BC, Blum RW. Mothers' influence on the timing of first sex among 14- and 15-year-olds. *J Adolesc Health*. 2002; 31(3): 256-65.
40. Harris L, Oman RF, Vesely SK, Tolma EL, Aspy CB, Rodine S, Marshall L, Fluhr J. Associations between youth assets and sexual activity: does adult supervision play a role? *Child Care Health Dev*. 2007; 33(4): 448-54.
41. Yang H, Stanton B, Li X, Cottrel L, Galbraith J, Kaljee L. Dynamic association between parental monitoring and communication and adolescent risk involvement among African-American adolescents. *J Natl Med Assoc*. 2007; 99(5): 517-24.
42. Dancy BL, Crittenden KS, Ning H. African-American adolescent girls' initiation of sexual activity: survival analysis. *Womens Health Issues*. 2010; 20(2): 146-55.
43. Yimer B, Ashebir W. Parenting perspective on the psychosocial correlates of adolescent sexual and reproductive health behavior among high school adolescents in Ethiopia. *Reprod Health*. 2019; 16: 66.
44. Kassahun EA, Gelagay AA, Muche AA, Dessie AA, Kassie BA. Factors associated with early sexual initiation among preparatory and high school youths in Woldia town, northeast Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2019 Apr 4; 19(1): 378.
45. Meeker M. *Padres Fuertes, hijas felices*. Madrid: Ciudadela; 2010.
46. Guilamo-Ramos V, Bouris A, Lee J, McCarthy K, Michael SL, Pitt-Barnes S, Dittus P. Paternal influences on adolescent sexual risk behaviors: a structured literature review. *Pediatrics*. 2012; 130(5): e1313-25.
47. de Graaf H, van de Schoot R, Woertman L, Hawk ST, Meeus W. Family cohesion and romantic and sexual initiation: a three wave longitudinal study. *J Youth Adolesc*. 2012; 41(5): 583-92.
48. Rupp R, Rosenthal SL. Parental influences on adolescent sexual behaviors. *Adolesc Med State Art Rev*. 2007; 18(3): 460-70.

Capítulo 14

Sexo seguro y el valor de la espera**Nunca es tarde... aprende a esperar... lo mejor está por llegar.**

El sexo seguro es aquel que permite vivir las relaciones sexuales con donación total y aceptación del otro. Es aquel que cuida la integridad y la salud física, así como la vida emocional, intelectual y espiritual, y es donde existe compromiso y fidelidad para toda la vida, sin límites en la entrega.

Cuando se vive la intimidad sexual dentro de un compromiso para toda la vida, con fidelidad plena y salud, no existe riesgo de contagio de ninguna ITS. La paternidad se asume como un rol insustituible tanto del hombre como de la mujer, y la posible llegada de los hijos es un tema que los mantiene en constante comunicación. La mujer no tiene que arriesgar su salud utilizando anticonceptivos para vivir la sexualidad, y en cada relación sexual, se acepta al otro de manera íntegra y completa, con su cuerpo, su mente, su espíritu, sus defectos y virtudes, así como su historia de vida.

Así mismo, el sexo seguro es el que permite demostrar el amor de manera plena, sin tapaduras, donde se desnudan el cuerpo y el alma, y ambos cónyuges entregan toda su persona, sin reservas. Es aquel donde el placer no es el objetivo principal, sino la consecuencia del amor mutuo, y ambos lo viven y disfrutan a plenitud. Es el sexo que se vive cuando se está seguro de que existe fidelidad, exclusividad y compromiso para toda la vida. Es decir, es el sexo que se vive dentro del matrimonio.

Esperar por las relaciones sexuales:

1) Previene completamente el contagio de más de 35 ITS. La abstinencia sexual significa no tener sexo vaginal, oral o anal. Una persona abstinentes es alguien que nunca ha tenido relaciones sexuales, o alguien que las ha tenido pero ha decidido dejarlas durante algún tiempo. La abstinencia es la única forma 100% efectiva de prevenir el VIH, otras ITS y el embarazo⁽¹⁾. Las personas que no son sexualmente activas, y las que lo son en relaciones mutuamente monógamas con parejas no infectadas, no tienen riesgo de presentar una ITS⁽²⁾.

2) Evita los riesgos para la salud de la mujer por el uso de hormonas anticonceptivas. Las hormonas anticonceptivas afectan la salud de las mujeres, sobre todo de las más jóvenes.

Como se ha presentado a lo largo del libro, consumir hormonas de manera prolongada, aumenta el riesgo de desarrollar síntomas depresivos⁽³⁾, dislipidemias⁽⁴⁾, problemas periodontales⁽⁵⁾, alteraciones vasculares como trombosis venosa profunda⁽⁶⁾, tromboembolia pulmonar⁽⁷⁾, infarto al miocardio, accidentes cerebrovasculares⁽⁸⁾, colitis ulcerativa⁽⁹⁾, y cáncer de mama⁽¹⁰⁾, entre otras. Un reciente estudio publicado en 2019 en *The Lancet*⁽¹¹⁾, llevado a cabo en más de 7.800

mujeres usuarias de dispositivos intrauterinos, anticonceptivos intramusculares y levonogestrel, concluyó que el 4% de las participantes presentó efectos adversos muy graves a la salud, y el 9%, efectos adversos que generaron discontinuidad en su uso.

Aprender a esperar por las relaciones sexuales hasta el matrimonio, reduce el riesgo de presentar cualquier efecto nocivo relacionado con el uso de hormonas externas, que no son necesarias para la mujer. La anticoncepción es un absurdo, que busca generar en ellas la idea de que su fertilidad es una enfermedad, en circunstancias que no solo no lo es, sino que por el contrario, es un regalo de la naturaleza para poder transmitir la vida.

3) Elimina la posibilidad de un embarazo antes de tiempo. Un embarazo en la adolescencia, no es seguramente, el escenario con el que sueñan las adolescentes que tienen relaciones sexuales, aunque en muchos casos ocurre incluso aunque se usen anticonceptivos. Aprender a esperar por las relaciones sexuales elimina la posibilidad de embarazo, lo que permite a la mujer estudiar, prepararse y encaminarse de manera precisa en su futuro. El momento ideal para la maternidad, tanto para la madre como para su hijo, es dentro del matrimonio, cuando se tiene certeza de la familia que se ha formado y tanto el hombre como la mujer están dispuestos a asumir su rol de padres formadores.

4) Disminuye la posibilidad de incursionar en otras conductas de riesgo y propicia un espacio de orientación hacia los estudios y el futuro trazado. La juventud es un período crítico para conocerse y reconocerse a sí mismo, para aprender, desarrollarse y sentar las bases para una vida de logros. Los adolescentes que están involucrados en una relación intensa donde existe intimidad sexual, se ven absorbidos por ella en el momento preciso en que deberían estar desplegándose, estudiando y mirando al futuro, desarrollando habilidades, descubriendo nuevos intereses, forjando amistades y asumiendo mayores responsabilidades sociales. El estudio de Tu⁽¹²⁾, llevado a cabo a más de 17.000 jóvenes de entre 15 y 24 años de edad, refiere que aquellos que inician relaciones sexuales en esta etapa, tienen más probabilidades de lograr un menor nivel educativo, mayor consumo de sustancias nocivas como alcohol, tabaco y drogas, de involucrarse en otras conductas de riesgo, e incluso, huir de casa.

5) Permite elegir de manera objetiva la persona con quien compartir la vida en el matrimonio. El sexo une, genera entre los amantes un lazo afectivo, psíquico y emotivo de tal intimidad, que ninguna otra relación puede igualar. Desde el punto de vista fisiológico, durante la formación de vínculos afectivos de pareja, y más intensamente en las relaciones sexuales, se producen oxitocina y vasopresina –hormonas del apego–^(13,14), que provocan una sensación de vinculación especial con la pareja sexual, que hace que la unión entre ambos sea más difícil de romper. Dentro del matrimonio, este apego es muy positivo, pues coadyuva a que esposos se mantengan unidos, fieles y felices a lo largo del tiempo; pero cuando no existe un compromiso para toda la vida y se han tenido relaciones sexuales, este apego puede restar objetividad a la relación, incitar a continuar con una relación conflictiva y sentirse “atado” al otro sin realmente quererlo.

Esperar por las relaciones sexuales hasta el matrimonio permite, durante el noviazgo, darse la oportunidad de conocer al otro de la manera más objetiva posible y tener claro lo que se espera para el futuro, conversar de lo que se considera fundamental, y tener claro aquello en lo que no se puede ceder. Vivir la intimidad sexual antes de tiempo, limita la capacidad de elección, lo que puede llevar a una elección inadecuada de la persona con quien se contraerá matrimonio.

6) Alienta a sentirse seguro de sí mismo. Las relaciones sexuales tienen, en sí mismas, el poder de unir al hombre y a la mujer estrechamente, por lo que, en un contexto que no fuera el adecuado, podrían prolongar una relación poco sana basada en la mera atracción física. En la mayoría de los casos, las mujeres pueden sentirse “atrapadas” en una relación de la cual quisieran salir pero no encuentran cómo, se sienten esclavizadas al novio que busca tener relaciones, no saben decirle que no y temen ser abandonadas si se niegan a tenerlas. Por lo general, estas relaciones tienen lugar en la clandestinidad, creando un clima de miedo a ser descubiertos, a ser traicionados después de haberlo entregado todo, a ser juzgados socialmente, y temor a la fecundación, pues viven con gran angustia, mes a mes, la posibilidad de que se presente un embarazo inesperado (aunque se usen anticonceptivos).

Además de esto, promueven el temperamento celoso, pues la falta de vínculo matrimonial hace temer el abandono o desencanto instantáneo del novio o la novia, por lo que la intimidad sexual antes del matrimonio engendra en ellos un clima de constante sospecha de infidelidad.

Por el contrario, una mujer que decide esperar por las relaciones sexuales, incluso hasta el matrimonio, es una mujer mucho más segura de sí misma; se siente más libre para cuestionar si la relación de noviazgo le conviene o no, ve con perspectiva objetiva su relación y se siente tranquila al saber que no está embarazada. Todo esto genera en ella un sentimiento de confianza en sí misma, que la vuelve mucho más determinada para luchar por sus metas y para compartir de manera más plena.

7) Suscita intimidad emocional entre la pareja. La mejor forma de conocerse es hablando, viviendo momentos juntos, situaciones cotidianas a lo largo del tiempo, y para eso es el noviazgo. Una relación romántica consiste esencialmente en cultivar una amistad, y no hay amistad sin conversación y sin compartir intereses. La conversación personal crea lazos de amistad, y ayuda a que uno descubra al otro, que conozca sus defectos y sus cualidades. Cuando una pareja de novios espera por las relaciones sexuales hasta el matrimonio, su comunicación es buena, porque no se centró en el placer, sino en la alegría de compartir puntos de vista, vivencias y conversaciones profundas. Un hombre y una mujer deben tener una amistad íntima antes de planear su matrimonio e iniciar las relaciones sexuales.

Al tener relaciones sexuales, la intimidad física promueve que los jóvenes piensen que están emocionalmente cercanos cuando en realidad no lo están; solo los une la intimidad del cuerpo, pero no la emocional. La intimidad física es una forma fácil de relacionarse, pero eclipsa otras formas de comunicación, es un modo de evitar el trabajo que supone la verdadera intimidad emocional, como hablar de temas personales y profundos, y trabajar en las diferencias básicas que existan entre ambos.

8) Engendra certeza de ser valorado por uno mismo y no por el sexo. Las relaciones sexuales durante la adolescencia y juventud se presentan en un contexto inapropiado. Son apresuradas, clandestinas, buscadas por el hombre por la experiencia del orgasmo o culminación del placer sexual que se produce durante la eyacuación (expulsión de los espermatozoides por la uretra). Esta vivencia del placer sexual, que es diferente para el hombre que para la mujer, genera una fuerte atracción física que no implica compromiso a largo plazo. Es más, se ha demostrado que un número importante de chicos adolescentes tiene relaciones sexuales porque quieren saber cómo es, por divertirse, porque la mayoría de sus amigos ya las tienen, porque buscan ser más populares o, simplemente, por excitación sexual⁽¹⁵⁾.

¿Cómo podría tener certeza una mujer de ser valorada por ella misma y no solo porque existen relaciones sexuales entre ambos? La verdadera prueba de amor entre un hombre y una mujer es vivir sin sexo en el noviazgo; solo así sabrán si realmente están eligiendo al otro con todo lo que implica su historia de vida.

9) Disminuye el dolor al terminar el noviazgo si este no funciona. La relación sexual prematrimonial origina un efecto de “vidrio empañado”, que disminuye la percepción objetiva de la realidad, pues la intimidad y entrega que se vive en las relaciones sexuales, llega a ser tan intensa que ensombrece la elección por la otra persona.

El noviazgo es el tiempo adecuado para conocer y elegir a la persona con quien compartir toda la vida. Si al paso del tiempo la relación es poco satisfactoria y si no hubo intimidad sexual, se puede identificar mucho más rápidamente una incompatibilidad entre ambos y tomar cada uno su propio camino; pero cuando se han tenido relaciones sexuales, muchos toman la decisión de casarse sin que haya libertad en la elección, pues la intimidad sexual enmascara las incompatibilidades que después emergen en el matrimonio. En caso de producirse la ruptura en el noviazgo, la recuperación suele tardar mucho más tiempo y ser más dolorosa, pues se asemeja a un divorcio sin haber estado casados.

10) Aumenta las probabilidades de que funcione el futuro matrimonio. Una reciente investigación del Dr. Wolfinger⁽¹⁶⁾ que analizó datos de la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar en los Estados Unidos, reportó que en mujeres casadas desde el inicio del año 2000, las que presentaban las tasas más bajas de divorcio a los cinco años de matrimonio, eran aquellas que no habían tenido relaciones sexuales antes del matrimonio (un 5%), seguidas por las que habían tenido una sola pareja sexual anterior (un 20%), a continuación estaban las que habían tenido dos o más parejas sexuales (30%), situándose con la tasa más alta (33%) aquellas que habían tenido más de 10 parejas sexuales antes del matrimonio.

Así mismo, el estudio de Brown de 2017⁽¹⁷⁾, refiere que las personas que se casaron sin antes haber cohabitado juntos, tiene mejor relación matrimonial que aquellas que se casaron habiéndolo hecho; situándose muy por encima de aquellos que viven en unión libre sin planes de casarse. Los que se casaron sin haber vivido juntos antes del matrimonio, disfrutaron de los niveles más bajos de desilusión en las relaciones y, entre las mujeres, presentaron los niveles más altos de felicidad.

Esperar por las relaciones sexuales hasta el matrimonio, permite ser más objetivo y claro al elegir dentro del noviazgo, porque no existe presión interna de tener que permanecer con esa persona en una relación que no se considera satisfactoria, ni tampoco externa, como sería el caso de estar esperando un hijo. Todo esto disminuye las relaciones forzadas y contribuye a generar matrimonios más felices y para toda la vida.

Nunca es tarde...

Muchos adolescentes y jóvenes que ya han experimentado intimidad sexual cometen el error de pensar que es demasiado tarde, y que aunque quisieran, no podrían cambiar.

La realidad, sin embargo, es que, sin importar la edad, todos tenemos la libertad de cambiar y tomar mejores opciones. Si ya se tuvieron relaciones sexuales, incluso con varias parejas, siempre se puede aprender a esperar y darse la oportunidad de reconocerse uno mismo, escucharse, plantearse prioridades para la vida y abrirse a conocer nuevas personas de forma clara y objetiva.

Si ya se tiene una relación de noviazgo, aprender a esperar permite conocer objetivamente a la persona con quien se podría compartir la vida. Esperar por las relaciones sexuales hasta el matrimonio, motiva a invertir el tiempo en concretar metas estudiantiles o laborales, valorar la autenticidad de los propios sentimientos, poder vivir situaciones cotidianas con la otra persona, tomar decisiones que permitan prepararse para el matrimonio y crecer en el amor.

La intimidad sexual como expresión del amor, es una fuente de alegría, gozo y placer, al saberse el hombre y la mujer unidos para toda la vida, con certeza de la entrega y compromiso del otro ante cualquier situación. Las relaciones sexuales más felices, significativas y gratificantes, ocurren en un contexto de aceptación y entrega total, cuando la dimensión unitiva y procreativa se entrelazan, es decir, cuando el sexo refleja la fusión de las vidas de dos personas en el matrimonio.

Notas capítulo 14

1. HIV/AIDS Prevention. Centers for Diseases Control and Prevention Web Site. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/basics/prevention.html> January 16, 2019. Accessed May 23, 2019.
2. Moyer VA. Screening for HIV: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2013; 159(1): 51-60.
3. Smith K, Nayyar S, Rana T, Archibong AE, Looney KR, Nayyar T. Do Progestin-Only Contraceptives Contribute to the Risk of Developing Depression as Implied by Beta-Arrestin 1 Levels in Leukocytes? A Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2018 Sep 9; 15(9).
4. Sufa B, Abebe G, Cheneke W. Dyslipidemia and associated factors among women using hormonal contraceptives in Harar town, Eastern Ethiopia. *BMC Res Notes.* 2019 Mar 4; 12(1): 120.
5. Prachi S, Jitender S, Rahul C, Jitendra K, Priyanka M, Disha S. Impact of oral contraceptives on periodontal health. *Afr Health Sci.* 2019 Mar; 19(1): 1795-1800.
6. de Bastos M, Stegeman BH, Rosendaal FR, Van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Stijnen T, et al. Combined oral contraceptives: venous thrombosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Mar 3; (3): CD010813.
7. Kobayashi T, Sugiura K, Ojima T. Risks of thromboembolism associated with hormone contraceptives in Japanese compared with Western women. *J Obstet Gynaecol Res.* 2017 May; 43(5): 789-797.
8. Lima ACS, Martins LCG, Lopes MVO, Araújo TL, Lima FET, Aquino PS, et al. Influence of hormonal contraceptives and the occurrence of stroke: integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2017 May-Jun; 70(3): 647-655.
9. Wang X, Fan X, Deng H, Zhang X, Zhang K, Xu J, et al. Use of oral contraceptives and risk of ulcerative colitis - A systematic review and meta-analysis. *Pharmacol Res.* 2019 Jan; 139: 367-374.
10. Zolfaroli I, Tarín JJ, Cano A. Hormonal contraceptives and breast cancer: Clinical data. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018 Nov; 230: 212-216.
11. Evidence for Contraceptive Options and HIV Outcomes (ECHO) Trial Consortium. HIV incidence among women using intramuscular depot medroxyprogesterone acetate, a copper intrauterine device, or a levonorgestrel implant for contraception: a randomised, multicentre, open-label trial. *Lancet.* 2019 Jun 13. [Epub ahead of print]
12. Tu X, Lou C, Gao E, Li N, Zabin LS. The relationship between sexual behavior and nonsexual risk behaviors among unmarried youth in three Asian cities. *J Adolesc Health.* 2012 Mar; 50(3 Suppl): S75-82.
13. Scheele D, Striepens N, Güntürkün O, Deutschländer S, Maier W, Kendrick KM, Hurlmann R. Oxytocin modulates social distance between males and females. *Journal of Neuroscience.* 2012 Nov 14; 32(46): 16074-9.
14. Schneiderman I, Zagooory-Sharon O, Leckman JF, Feldman R. Oxytocin during the initial stages of romantic attachment: relations to couples' interactive reciprocity. *Psychoneuroendocrinology.* 2012 Aug; 37(8): 1277-85.
15. Osorio A, López-del Burgo C, Carlos S, Ruiz-Canela M, Delgado M, de Irala J. First sexual intercourse and subsequent regret in three developing countries. *J Adolesc Health.* 2012 Mar; 50(3): 271-8.
16. Wolfinger H. Counterintuitive Trends in the Link Between Premarital Sex and Marital Stability. Institute for Family Studies. 2016. Disponible en: <https://ifstudies.org/blog/counterintuitive-trends-in-the-link-between-premarital-sex-and-marital-stability/>
17. Brown SL, Manning WD, Payne KK. Relationship Quality among Cohabiting versus Married Couples. *J Fam Issues.* 2017 Aug; 38(12): 1730-1753.

Capítulo 15

Reflexión final

Observar, elegir, amar.

Mujer y hombre, poseen la misma inteligencia, voluntad, libertad y dignidad. Pueden amar y ser amados, y atesorar ese amor como lo más valioso y sagrado en la vida; y al elegirse, comprometerse y asumirse, el uno para el otro, y poder así expresar con el cuerpo todo aquello que con palabras y acciones ya no resulta suficiente.

Las relaciones sexuales, cuando son expresión del amor, demandan un ambiente protegido, exclusivo y único, donde hombre y mujer puedan manifestar libremente lo más íntimo y preciado que poseen. Solo dentro del matrimonio puede tener lugar ese espacio exclusivo que requieren los amantes, pues solo en él podrá tener lugar una donación completa, que sea la regocijante expresión de energía y creatividad que los lleve a aproximarse, fundirse, crecer en el amor y abrirse a la llegada de una nueva vida.

Cuando la sexualidad se vive de forma inmadura, a la ligera, para “experimentar” y sin compromiso; ocurre lo contrario: degrada, lastima y hasta propicia desenlaces trágicos. El actual aumento de las ITS, la ocurrencia de embarazos inesperados, los efectos nocivos de la anticoncepción, la existencia y promoción del aborto, así como la afectación de la autoestima, la baja en el rendimiento escolar, depresión y otras conductas de riesgo que están presentes en los adolescentes y la juventud temprana, son tan solo algunas de las consecuencias.

Los adolescentes y jóvenes merecen información certera, científica y objetiva, que les permita discernir respecto de las mejores opciones para su salud corporal, emocional, intelectual y espiritual, es decir, su salud integral. Merecen conocer el valor que tienen como personas, saber que pueden amar y ser amados, crecer, madurar, consolidar su identidad, pertenencia y así enfrentarse a la vida con las mejores herramientas que les permitan lograr sus metas y ser felices.

Retrasar al máximo el inicio de las relaciones sexuales puede ofrecerles innumerables beneficios, como prevenir completamente las más de 35 ITS presentes en la actualidad, evitar un embarazo antes de tiempo, los efectos nocivos del consumo de hormonas anticonceptivas, y disminuir la posibilidad de exponerse a conductas de riesgo como el consumo de alcohol, cigarrillos y otras drogas; así mismo les permite enfocarse hacia los estudios, el deporte y las metas planeadas al futuro, los alienta a sentirse seguros de sí mismos, mantenerse fuertes y estables; y a prepararse para elegir a la persona con quien compartir la vida y vivir así las relaciones sexuales en plenitud.

Una Salud Pública que dignifique la sexualidad.

La Salud Pública, cuya meta debe ser proteger y promover las mejores prácticas para la salud de las personas, de manera individual y comunitaria, debe enfocarse en la prevención primaria,

es decir, en implementar las medidas necesarias para disminuir el número de casos nuevos de un determinado padecimiento. En el caso de las ITS, en cuanto a las consecuencias nocivas del uso de hormonas anticonceptivas, y el abuso de alcohol, tabaco y otras drogas, la prevención primaria debería enfocarse en eliminar el riesgo de padecerlas o consumirlas.

Considerando las estrategias de prevención que han obtenido resultados exitosos, las autoridades gubernamentales del ámbito de la salud, deben replantearse la inversión que actualmente se asigna a la promoción y distribución de preservativos y anticonceptivos, y, en su lugar, implementar campañas estratégicas para promover el retraso del inicio de la vida sexual en jóvenes, así como la fidelidad en parejas sanas monógamas y dentro del matrimonio, que, como ha quedado demostrado, son la única forma de evitar al 100% el riesgo sexual de infección por alguna de las más de 35 ITS incluido el VIH, los embarazos inesperados, y dar tiempo a los adolescentes y jóvenes para crecer, desarrollarse y madurar para poder afrontar la responsabilidad que implica una relación sexual.

¿Qué exigir a las autoridades gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil?

1) Promocionar las ventajas y el valor de la espera. Las relaciones sexuales en la adolescencia y la juventud temprana son conductas de riesgo, por lo que se deben implementar campañas de salud pública enfocadas en la espera por las relaciones sexuales en la adolescencia y juventud temprana. Las dependencias de gobierno relacionadas a la salud deben enfocar su esfuerzo en evitar dichas prácticas en la adolescencia y juventud con la misma contundencia que se utiliza para afrontar otro tipo de conductas de riesgo como el consumo de cigarrillos, bebidas alcohólicas o drogas.

En **América Latina**, el consumo de bebidas alcohólicas en menores de 18 años se encuentra prohibido por ley. En los Estados Unidos, es delito su venta y consumo en menores de 21 años. Los esfuerzos mediáticos, de comunicación y orientación en los servicios de salud están dirigidos a evitar el consumo (aunque haya adolescentes y jóvenes que lo hagan). De la misma forma deben enfatizar que los adolescentes y jóvenes esperen al máximo para iniciar la vida sexual activa, proveyéndoles herramientas para fortalecer el carácter y aprender a decir que no.

Como lo refieren los siguientes datos, el porcentaje de adolescentes y jóvenes que durante los primeros veinte años de vida no han iniciado las relaciones sexuales es relevante, por lo que se debe considerar el enfoque hacia la espera de todo este grupo de edad:

A) En los **Estados Unidos**, la encuesta nacional *Youth Risk Behavior Surveillance*⁽¹⁾ del año 2017, indicó que el 39,5% de los estudiantes entre primero y cuarto año de enseñanza media, había tenido relaciones sexuales; el 9,7% las había tenido con cuatro o más personas durante su vida, y el 3,4% había iniciado su vida sexual antes de los 13 años de edad. Ethier⁽²⁾, en tanto, reporta que a nivel nacional de 2005 a 2015, aumentó la edad de inicio de las relaciones sexuales.

B) En México, cifras de la Encuesta Nacional de la Juventud del año 2010⁽³⁾, llevada a cabo a casi 30.000 adolescentes y jóvenes entre 12 y 29 años de edad, indican que el 33,6% de aquellos entre 15 y 19 años, había tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida. Así mismo, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012⁽⁴⁾, refirió que el 21,5% de las chicas

adolescentes entre 12 y 19 años de todo el país, había tenido relaciones sexuales. Por otro lado, los resultados del análisis de Barragán⁽⁵⁾ sobre 26.187 estudiantes de entre 12 y 17 años que participaron el año 2014 en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes, indicaron que el 14,8% había tenido relaciones sexuales antes de los 17 años.

C) En **Colombia**, un estudio de Morales⁽⁶⁾ sobre 1.100 adolescentes de entre 14 y 19 años, reportó que un 31% de mujeres y un 46% de hombres de ese rango de edad, habían tenido relaciones sexuales.

D) En **Perú**, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar –ENDES–⁽⁷⁾ del 2014, constató que un 25% de las mujeres entre los 15 a 19 años, mantenía una vida sexual activa y había tenido más de una pareja sexual. En tanto que un estudio en escolares de secundaria de Perú, evidenció que el 11% de los adolescentes mantiene una vida sexual activa, principalmente los varones⁽⁸⁾.

E) Por su parte, estudios de **El Salvador y Perú**⁽⁹⁾, realizados a más de 5.500 estudiantes de entre 13 y 17 años, refieren que solo el 19% había iniciado las relaciones sexuales en esta etapa.

F) En **Chile**, la Encuesta Nacional de la Juventud de 2012⁽¹⁰⁾, reportó que el 43% de los adolescentes entre 15 y 18 años, había tenido alguna vez relaciones sexuales.

Así mismo, no se ha demostrado que las campañas que promueven el preservativo y la anticoncepción, así como la educación sexual escolar orientada a la promoción de tales tópicos, disminuyan los embarazos inesperados ni las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes. El uso del condón y la anticoncepción, son presentados como la panacea para evitar tanto un embarazo no planeado, como el contagio por las ITS, pero ya es tiempo que dicha premisa se derrumbe, pues sus fundamentos son débiles y su implementación se basa en lamentable refrán: “una mentira repetida mil veces, se convertirá en verdad”.

La revisión de Mason-Jones⁽¹¹⁾ de más de 55.000 participantes, realizada en 2016, concluyó que hay poca evidencia que los programas de educación sexual y reproductiva para adolescentes basados únicamente en información, sean efectivos para reducir los embarazos. Así mismo, el Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS 2018-2019 del Ministerio de Salud de Chile, al fomentar la distribución sistemática de condones, ha generado un aumento de su uso entre los jóvenes de 20 a 29 años. Datos más recientes, sin embargo, indican que esta estrategia ha tenido poco impacto y el número de casos de VIH e ITS sigue en aumento⁽¹²⁾.

En 2009, Wiggins⁽¹³⁾ dio seguimiento a 2.724 estudiantes entre 13 y 15 años de edad, en 54 sitios de servicio juvenil en Inglaterra, donde se implementó educación sexual y acceso a servicios de planificación familiar y se evaluó el riesgo de embarazo en la adolescencia, abuso de sustancias y exclusión escolar; concluyendo que aquellas mujeres que habían formado parte del grupo de intervención, presentaron con mayor frecuencia relaciones sexuales a temprana edad y embarazo en la adolescencia. En relación a la llamada “anticoncepción de emergencia”, en 2016, Mulligan⁽¹⁴⁾, analizó las características de su venta sin receta en los Estados Unidos, concluyendo que, como resultado del acceso libre a ésta, se presentó un aumento en la cantidad de encuentros sexuales y de relaciones sexuales sin protección.

George Akerlof⁽¹⁵⁾, Premio Nobel de economía en 2001, proporcionó una base teórica sobre este comportamiento, al referir que un acceso más fácil al control de la natalidad podría inducir al aumento en la actividad sexual entre los adolescentes. La anticoncepción reduciría el riesgo de embarazo para los actos sexuales que habrían ocurrido de todos modos, pero lo aumentaría entre los adolescentes inducidos, debido a un acceso más fácil al control de la natalidad, que los incentivaría para comenzar a tener relaciones sexuales o para tenerlas con más frecuencia.

Entre 2007 y 2015, Inglaterra presentó una disminución en casi la mitad de la tasa de embarazos en menores de 18 años. Aunque se trató de relacionar este resultado a la distribución de anticoncepción reversible de larga duración, Girma y Paton⁽¹⁶⁾ demostraron que las mejoras en la educación escolar desempeñaron un papel importante en la caída de las tasas de concepción hasta el 2012, junto con la disminución en el consumo de alcohol. Así mismo, en el año 2008, el Gobierno Británico disminuyó, de manera significativa, los recursos para programas de prevención del embarazo adolescente, sin que este recorte al presupuesto aumentara el mismo, sino, por el contrario, se observó una disminución en el embarazo adolescente. Esta situación fue reportada por Paton y sus colaboradores⁽¹⁷⁾, quienes concluyeron que, en cierta medida, la reducción en el acceso a la anticoncepción produjo una disminución en la toma de riesgos sexuales, por lo que aquellos adolescentes que no habían iniciado las relaciones sexuales tendrían menos probabilidades de hacer una futura transición a la actividad sexual. Así mismo, Arcidiacono⁽¹⁸⁾, comprobó que aumentar el acceso a la anticoncepción puede aumentar las tasas de embarazo a largo plazo, aun cuando a corto plazo éstas disminuyan, por lo que las políticas que restringen el acceso a la anticoncepción y, por ende, a la actividad sexual, pueden reducir las tasas de embarazo a largo plazo.

Todo esto nos permite concluir que la política de salud pública debería diferenciar el mensaje sobre prevención de las ITS y del VIH: uno para aquellos jóvenes que no han iniciado una vida sexual activa y otro para los que llevan más de 10 parejas sexuales o se dedican al comercio sexual. Los adolescentes que no han iniciado su vida sexual merecen recibir mensajes sobre las ventajas de esperar por las mismas, e incluso, en el caso de aquellos que ya hubieran comenzado a tener relaciones sexuales, recomendarles dejar de tenerlas y advertirles sobre la realidad de la efectividad del preservativo, los efectos nocivos de los anticonceptivos, y las ventajas que para su vida emocional tiene vivir nuevamente la abstinencia sexual.

Desde la práctica médica y los servicios de salud, los profesionales de la salud pública, los educadores y los consejeros, deben ser conscientes de los efectos negativos que el inicio de las relaciones sexuales tiene en la vida de adolescentes y jóvenes. Datos de los Estados Unidos muestran que el 95% de médicos recomienda la abstinencia, la monogamia y la reducción de parejas sexuales como la mejor forma de prevenir las ITS, comparado con el uso del condón; en tanto que el 51% de los médicos que atiende pacientes menores de 18 años, sugiere la abstinencia como mejor forma para prevenir las ITS⁽¹⁹⁾.

Es deber de los médicos inculcar en los adolescentes el retraso en el inicio de la vida sexual, para que estos puedan tener una mejor salud relacionada con la sexualidad⁽²⁰⁾. De igual manera, deben explicar a sus pacientes que con la abstinencia eliminan cualquier posibilidad de contagiarse de ITS⁽²¹⁾. Las intervenciones orientadas al comportamiento son imprescindibles para prevenir las ITS, incluida la infección por el VIH, e implican la reducción en el número de parejas sexuales y el aplazamiento del inicio de las relaciones sexuales⁽²²⁾. Como recomendación para

la orientación a pacientes en consulta, la mayoría de los enfoques de asesoramiento que han probado ser exitosos brindan información básica sobre las ITS y la reducción de su transmisión que incluyen la abstinencia y la monogamia mutua⁽²³⁾. Existe un fuerte consenso, en cuanto a que las estrategias efectivas de prevención del embarazo adolescente, deben ser multifacéticas, centrándose en el retraso de la actividad sexual, especialmente en adolescentes más jóvenes⁽²⁴⁾.

Las campañas de salud basadas únicamente en el uso del condón y hormonas anticonceptivas como las formas más seguras para evitar un embarazo y las ITS, dirigidas a adolescentes y jóvenes, inducen a engaño, porque ocultan información y no colaboran en la prevención, sino que por el contrario, promueven conductas de riesgo, como el inicio de la vida sexual a temprana edad y el aumento en el número de parejas sexuales. Este tipo de campañas violenta el derecho a la salud y a la información, principalmente entre adolescentes y jóvenes, por lo que deben ser suspendidas y reemplazadas por la promoción efectiva de conductas que eviten riesgos, como primera estrategia, y dar a conocer datos reales sobre la efectividad del condón.

2) Involucrar a los padres en la educación sexual de sus hijos. Hoy, más que nunca, los padres de familia deben asumir el rol clave de formar a sus hijos en la sexualidad. Educar en la sexualidad es educar en el amor, por lo que ellos deben ser los actores principales de la misma. En las manos de cada padre y madre se encuentra la responsabilidad y el privilegio de formar a sus hijos en el cuidado de su cuerpo, las relaciones sexuales como expresión de amor, la dignidad y respeto en el trato a los demás, y el don de la vida. Los padres son esenciales para el desarrollo saludable de los adolescentes, ya que su cuidado, presencia y supervisión evitan que incidan en conductas de riesgo.

Los padres necesitan herramientas para comprender cómo involucrarse en este tema desde la primera infancia de sus hijos, por lo que es indispensable impulsar programas de educación sexual para padres e hijos, que compaginen información científicamente veraz con actividades vinculadas a la formación del carácter y la afectividad, con el fin de ayudar a sus hijos a crecer, desarrollarse y asumir la responsabilidad de sus actos; donde aprendan a amar y a relacionarse con el prójimo desde su valor intrínseco como personas sexuadas, femeninas y masculinas.

3) Generar políticas públicas para fortalecer la primera y principal célula de la sociedad: la familia. Se ha demostrado que aquellas familias conformadas por padre y madre casados, generan el ambiente más favorable para el adecuado desarrollo de los niños, adolescentes y jóvenes; por lo que deben ser impulsadas desde la política pública.

La estabilidad familiar contribuye de manera importante al desarrollo saludable de los niños. Manning⁽²⁵⁾, reporta que los niños nacidos de padres que viven en unión libre, ven a sus padres separarse a los cinco años en mayor proporción que aquellos nacidos de padres casados. Solo el 33% de los niños que han nacido en familias que viven en unión libre, permanecen en esa familia estable hasta la edad de 12 años, en contraste con más del 70% de los niños nacidos de padres casados. Además, los niños nacidos de padres en unión libre experimentan casi tres veces más transiciones familiares (entrar en o disolver una unión matrimonial o cohabitante) que aquellos nacidos de padres casados. Además, concluye que la estructura familiar en la que nace un niño, hace una diferencia en sus resultados de salud, indicando que los niños pequeños cuyos padres viven en unión libre, tienen más probabilidades de tener bajo peso al nacer que sus contrapartes nacidas de padres casados, y que esta desventaja se extiende hasta los cinco

años edad, en que los niños nacidos de padres que cohabitan sin estar casados, experimentan asma, obesidad y mala salud con más frecuencia que los niños nacidos de padres casados.

Con relación al bienestar de la mujer, las familias que cohabitan presentan un mayor riesgo de sufrir violencia. El estudio de Wong⁽²⁶⁾, de 2016, que observó 1.000 casos de violencia familiar, reportó que las mujeres que cohabitaban tenían aproximadamente 2,1 veces más probabilidades que las mujeres casadas, de presentar violencia con múltiples lesiones corporales y casi dos veces más probabilidades de experimentar más de un método de violencia física.

El Cuarto Estudio Nacional sobre Incidencia de Abuso y Negligencia Contra los Niños, llevado a cabo por mandato del Congreso de los Estados Unidos⁽²⁷⁾ entre el 2005 y el 2006, determinó 553.300 casos de niños que habían sufrido algún tipo de abuso emocional, físico o sexual (excluyendo los 771.700 casos de negligencia). De estos casos, se determinó que 135.341, es decir un 36%, fueron perpetrados por los padres biológicos, y la distribución según el tipo de familia fue la siguiente: 1% familias con papá-mamá biológicos casados; 8,4% familias con padrastros; 4,6% familias de papá-mamá que cohabitan; 19,7% familias de un padre biológico o legal y otra persona en cohabitación; 4,7% familias de padre o madre solo; y 8% familias de personas diferentes a sus padres. Es decir, que los niños que viven con sus padres biológicos casados, universalmente, tienen la tasa más baja de abuso, mientras que los que viven con un padre soltero que cohabita con una pareja en el hogar, tienen la tasa más alta en todas las categorías de maltrato. En comparación con los niños que viven con padres biológicos casados, aquellos cuyos padres solteros tenían una pareja residente, sufrieron 8 veces mayor maltrato en general, más de 10 veces abuso y casi 8 veces más negligencia.

En México, la Encuesta Nacional de la Juventud del 2010⁽²⁸⁾, representativa de 28.005 jóvenes entre 12 y 29 años de edad, determinó, al estudiar a aquellos de entre 12 y 17 años, que este sub grupo sufre 5,7 veces más abuso sexual cuando no vive con ambos padres biológicos, sino con padre o madre solo, padrastro, madrastra u otros.

En relación con la delincuencia, Skarđhamar⁽²⁹⁾ el 2009 en Noruega, realizó un estudio que comprendió todos los niños nacidos en ese país, en 1982, y les dio seguimiento por 22 años, reportando lo siguiente: a) El 8,9% de los niños y jóvenes que vivían con su padre y madre biológicos, había cometido algún delito; en tanto que, b) El 21,5 % de los niños y jóvenes que vivían en familias con divorcios, padres o madres solas u otras personas, había delinquido.

La recopilación de Pliego que abarca 589 publicaciones académicas⁽³⁰⁾ e información de 16 países, refiere que los matrimonios donde los hijos biológicos viven con sus padres, presentan casi un 80% de mayor bienestar, en relación a educación (71%), seguridad física (79%), relación padres e hijos (67%), funcionamiento de pareja (87%), salud sexual y reproductiva (77%), salud mental y física (69%), ingreso y trabajo (87%), vivienda (94%), prevención de adicciones (73%) y bienestar subjetivo o felicidad (76%), en comparación con aquellos que viven en familias que cohabitan, divorciadas, con padres o madres solos, padres vueltos a casar y otros.

El matrimonio constituido por padre y madre es el mejor espacio para la educación y formación de los hijos. También está comprobado, que a mejor relación entre los padres casados, mejor será el bienestar de los hijos. Knopp⁽³¹⁾ en 2017, llevó a cabo una investigación a más de 1.000 participantes de parejas casadas con hijos concluyendo que, a mayor nivel de comunicación y mejor satisfacción del matrimonio, mejor será el bienestar infantil a lo

largo del tiempo. Los hijos de padres casados en matrimonios estables, tienen ventajas en su desarrollo cognitivo, de comportamiento y de salud, en relación con los niños criados en otras estructuras familiares estables e inestables. Craigie⁽³²⁾ reportó que el matrimonio estable está asociado con las puntuaciones cognitivas más altas y con la menor cantidad de problemas de conducta, así como con menor obesidad, en relación con las familias monoparentales; y con menores probabilidades de episodios asmáticos, en relación a las familias con padrastros.

Impulsar iniciativas para promover el matrimonio y fortalecer los ya existentes, beneficia a la mujer, los hijos y la sociedad en general. El mejor espacio para el cuidado y la crianza de los niños es el matrimonio estable conformado por sus padres biológicos.

Sexo seguro para el futuro.

Hacer consciente a un joven de todas las consecuencias positivas que tiene el cuidar su integridad y sexualidad, es la forma de ayudarlo a discernir las mejores opciones, por lo que la formación y educación del carácter es fundamental. Proporcionar información y promover eslogans no es suficiente. Los adolescentes y los jóvenes necesitan ayuda para interiorizar los buenos valores y desarrollar las aptitudes que se corresponden con éstos. Es aquí donde los padres de familia, el sistema de educación pública, los servicios de salud, las iglesias y la sociedad civil en general, juegan un papel fundamental.

Como sociedad, es necesario no perder de vista el bien común y dar solución a los problemas de fondo, con justicia y sin ideologías. La adolescencia y juventud temprana son etapas vulnerables de crecimiento y desarrollo, donde se juega el futuro, y las elecciones tomadas durante esos años pueden tener consecuencias para toda la vida. De ahí la importancia de evitar conductas de riesgo. Los padres de familia tienen el deber insustituible y a la vez el privilegio de formar, guiar y dar ejemplo a sus hijos en lo que dice relación con la educación sexual, por ello hoy, más que nunca, deben procurar fortalecer sus matrimonios e iniciar su capacitación sobre cómo abordar la educación sexual de sus hijos, para así formarlos desde la primera infancia, motivándolos a optar por las mejores prácticas para cuidar su salud física, emocional y espiritual.

Notas capítulo 15

1. Kann L, McManus T, Harris WA, Shanklin SL, Flint KH, Queen B, et al. Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2017. *MMWR Surveill Summ*. 2018 Jun 15; 67(8): 1-114.
2. Ethier KA, Kann L, McManus T. Sexual Intercourse Among High School Students – 29 States and United States Overall, 2005–2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2018; 66: 1393–1397.
3. Instituto Nacional de la Juventud. Encuentra Nacional de la Juventud 2010, 2010.
4. Gutiérrez JB, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
5. Barragán V, Berenson S, Tiburcio M, Bustos M, Villatoro J. Factors Associated with Sexual Debut in Mexican Adolescents: Results of the National Survey on Drug Use among Students in 2014. *J Sex Med*. 2019 Mar; 16(3): 418-426.
6. Morales A, Vallejo-Medina P, Abello-Luque D, Saavedra-Roa A, García-Roncillo P, Gomez-Lugo M, et al. Sexual risk among Colombian adolescents: knowledge, attitudes, normative beliefs, perceived control, intention, and sexual behavior. *BMC Public Health*. 2018 Dec 17; 18(1): 1377.

7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2014 [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2015 [citado 22 mayo 2019]. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
8. Carmona G, Beltran J, Calderón M, Piazza M, Chávez S. [Contextualization of sexual initiation and individual barriers to the use of contraceptives by adolescents of Lima, Huamanga, and Iquitos]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017 Oct-Dec; 34(4): 601-610.
9. Osorio A, Lopez-Del Burgo C, Carlos S, de Irala J. The Sooner, the Worse? Association between Earlier Age of Sexual Initiation and Worse Adolescent Health and Well-being Outcomes. *Front Psychol*. 2017 Jul 27; 8: 1298.
10. Instituto Nacional de la Juventud. 7tima Encuesta Nacional de Juventud 2012. Gobierno de Chile 2012. Disponible en: <http://politicadeventud.celaju.net/documento/septima-encuesta-nacional-de-juventud-2012/>
11. Mason-Jones AJ, Sinclair D, Mathews C, Kagee A, Hillman A, Lombard C. School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Nov 8; 11: CD006417.
12. Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS. División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública (MINSAL) Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/Sida E ITS 2018-2019. Recuperado en https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/05/17.05.2019-PLAN-NACIONAL-VIH_SIDA-e-ITS-FINAL-v1.pdf
13. Wiggins M, Bonell C, Sawtell M, Austerberry H, Burchett H, Allen E, et al. Health outcomes of youth development programme in England: prospective matched comparison study. *BMJ*. 2009 Jul 7; 339: b2534.
14. Mulligan K. Access to Emergency Contraception and its Impact on Fertility and Sexual Behavior. *Health Econ*. 2016 Apr; 25(4): 455-69.
15. Akerlof, G.A., Yellen, J.L., Katz, M.L., 1996. An analysis of out-of-wedlock childbearing in the United States. *Q. J. Econ*. 111 (2, May), 277e317.
16. Girma S, Paton D. Is education the best contraception: the case of teenage pregnancy in England? *Soc Sci Med*. 2015 Apr; 131: 1-9.
17. Paton D, Wright L. The effect of spending cuts on teen pregnancy. *J Health Econ*. 2017 Jul; 54: 135-146.
18. Arcidiacono P, Khwaja A, Ouyang L. Habit Persistence and Teen Sex: Could Increased Access to Contraception Have Unintended Consequences for Teen Pregnancies?. *J Business & Economic Statistics*. 2012; 30: 2, 312-325.
19. USA Department of Health and Human Services. STD-prevention counseling practices and Human Papillomavirus opinions among clinicians with adolescent patient, United States 2004. 2006 octubre; 55: 1117-20.
20. Stammers T. Doctors should advise adolescents to abstain from sex. *BMJ* 2000; 321; 1520-2.
21. Steiner MJ, Cates W. Condoms and Sexually-Transmitted Infections. *N Eng J Med* 2006; 354(25): 2642-43.
22. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual, 2016-2021; 2016.
23. Lee KC, Ngo-Metzger Q, Wolff T, Chowdhury J, LeFevre ML, Meyers DS. Sexually Transmitted Infections: Recommendations from the U.S. Preventive Services Task Force. *Am Fam Physician*. 2016 Dec 1; 94(11): 907-915.
24. Lavin C, Cox JE. Teen pregnancy prevention: current perspectives. *Curr Opin Pediatr*. 2012 Aug; 24(4): 462-9.
25. Manning WD. Cohabitation and Child Wellbeing. *Future Child*. 2015 Fall; 25(2): 51-66.
26. Wong JY, Choi AW, Fong DY, Choi EP, Wong JK, So FL, et al. A comparison of intimate partner violence and associated physical injuries between cohabitating and married women: a 5-year medical chart review. *BMC Public Health*. 2016 Nov 29; 16(1): 1207.
27. Sedlak AJ, Mettenburg J, Basena M, Petta I, McPherson K, Greene A, et al. Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Report to Congress. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families. 2010.
28. Gobierno de México. Encuesta Nacional de la Juventud 2010, 2010.
29. Skarðhamar, T. Family Dissolution and Children's Criminal Careers. *European Journal of Criminology*. 2009; 6(3), 203-223.
30. Pliego F. Estructura Tipos de familia y bienestar de niños y adultos, México 2013.
31. Knopp K, Rhoades GK, Allen ES, Parsons A, Ritchie LL, Markman HJ, et al. Within- and Between-Family Associations of Marital Functioning and Child Well-being. *J Marriage Fam*. 2017 Apr; 79(2): 451-461.
32. Craigie TA, Brooks-Gunn J, Waldfogel J Family Structure, Family Stability, and Outcomes of Five-Year-Old Children. *Fam Relatsh Soc*. 2012 Mar 1; 1(1): 43-61.

¿SEXO SEGURO EN AMÉRICA?

Sexualidad, relaciones sexuales y fertilidad de la mujer. Mitos y realidades del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual en América. Efectividad de condón. Riesgos del embarazo adolescente. Anticoncepción, sus efectos y nuevas conductas sexuales de riesgo. El aborto y sus huellas en el siglo XXI. Papel de los padres en la educación sexual de sus hijos. Sexo seguro y el valor de la espera. Reflexión final.

La Dra. Rosario Laris, es Médico Cirujano, Maestra en Salud Pública y Gobierno por el Instituto Nacional de Salud Pública y Doctora en Bioética por la Universidad Anáhuac. En el año 2011 fundó la organización Sexo Seguro. Fue reconocida con la Medalla al Liderazgo Anáhuac en Bioética 2016.

Participa regularmente en programas de radio y televisión exponiendo en temas de actualidad sobre medicina, sexualidad y familia, e imparte conferencias, talleres y cursos sobre sexualidad a jóvenes y padres de familia, tanto en México como en los Estados Unidos. Ha publicado libros y artículos académicos sobre sexualidad y bioética. Está casada desde hace 15 años y es madre de 3 hijos.