

# Los programas de intervención contra el comportamiento sexual riesgoso

## *Intervention programs against risky sexual behavior*

César Aburto Galván<sup>1</sup>

### RESUMEN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el sexo inseguro ocupa el quinto lugar en el mundo en cuanto a carga atribuible en términos de defunciones, y el segundo lugar en cuestión de años de vida saludable perdidos, y como la disminución de esa carga dependería fundamentalmente de la modificación de comportamientos, resulta de primordial interés para el psicólogo de la salud, por lo que en este artículo se considera a la sexualidad como un factor de riesgo, sus implicaciones en la salud, su impacto, las estrategias que se recomiendan y la efectividad de las intervenciones.

**Palabras clave:** Comportamiento sexual; Declaración de derechos sexuales; Características de la salud sexual; Padecimientos asociados con la sexualidad.

### ABSTRACT

*In agreement with the World Health Organization, unsafe sex occupies the fifth place in the world, as far as attributable burden in terms of deaths, and the second place in terms of years of healthy life lost. As the diminution of that burden would depend fundamentally on modifications of behaviors, it turns out of central interest for the health psychologist, and that is why in this article sexuality, its implications in health, why it is a risk factor, its impact, the strategies that are recommended and the effectiveness of the interventions, are considered.*

**Key words:** Sexual behavior; Act of sexual rights; Characteristics of sexual health; Diseases sexually related.

## INTRODUCCIÓN

Habiéndose reconocido el papel que el comportamiento juega en las principales causas de mortalidad en el país (Aburto y Gamundi, 1996), se han descrito las acciones que se desarrollan para disminuir el impacto de algunas de las más importantes causas en trabajos anteriores (Aburto, 1998, 1999, 2002, 2003). Se hace referencia ahora al papel que desempeña el comportamiento sexual, pues se acepta por lo general que las únicas maneras de evitar las enfermedades sexualmente transmitidas para las que no hay curación en la actualidad (por ejemplo el sida) son la prevención por medio de la abstinencia, la educación y el comportamiento responsable, en las que el psicólogo de la salud también tiene una participación relevante.

---

<sup>1</sup> Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, Dr. Luis Castelazo Ayala s/n, Col. Industrial Ánimas, 91190 Xalapa, Ver., México, tel. (228)812-57-40, fax (228)812-86-83, correo electrónico: caburto@uv.mx. Artículo recibido 13 de mayo y aceptado el 20 de agosto de 2005.

Hay varias razones importantes por las que el sexo y la sexualidad necesitan ser discutidos en los foros dedicados a la atención a la salud (cfr. World Health Organization and Regional Office for the Western Pacific, 1995).

Señala el Medical Institute for Sexual Health (1994): "Una importante epidemia de enfermedades sexualmente transmitidas se ha desarrollado durante los últimos treinta años. En los años sesenta, la sífilis y la gonorrea, fácilmente tratadas con penicilina, eran las únicas enfermedades significativas sexualmente transmitidas. En la actualidad hay más de veinte enfermedades [más de cuarenta, según Rowley y Berkley, 1998], siendo la causa el cada vez mayor contacto sexual de la población".

De entre las enfermedades que pueden ser sexualmente transmitidas, o que son complicaciones del sexo inseguro y que serán tomadas en cuenta más adelante por su impacto en la morbilidad y la mortalidad mundiales, se hallan el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la gonorrea, la sífilis, la clamidia, la hepatitis B, el virus del papiloma humano (VPH), las complicaciones del embarazo en aquellas mujeres que deseando usar anticonceptivos no tuvieron acceso a ellos, y las complicaciones de los abortos terapéuticos. Otras enfermedades de transmisión sexual, cuyo impacto no será considerado en lo que sigue de este trabajo, son, a saber: linfogranuloma venéreo, virus del herpes simple (VHS), vaginitis no específica, hepatitis C de transmisión sexual, infecciones infantiles del VHS, estrés postraumático de la violación, complicaciones del embarazo en quienes desean tener hijos, pielonefritis en mujeres por infecciones del tracto urinario ascendente, homicidio y violencia (en relación con esta última, se hará una breve referencia específica para México) relacionados con la actividad sexual, complicaciones por métodos anticonceptivos, fallas de métodos anticonceptivos, afectación de la salud materna por embarazos múltiples, afectación de la salud de los bebés por nacimientos cercanamente espaciados y parto prematuro por vaginitis bacteriana.

Otro aspecto que está relacionado con la salud sexual es lo que se ha denominado "violencia de género", que hasta hace poco era considerada un asunto privado o cuestión de familia. Según se mencionó en el informe *El estado de la población*

*mundial 2000* (Fondo de Población de Naciones Unidas, 2000), la violencia de género constituye un gran impedimento para la salud reproductiva de la mujer y una violación de sus derechos humanos básicos. Los proveedores de servicios ven a diario clientas que padecen los efectos de la violencia de género, con síntomas tales como dolores no diagnosticables y cada vez más intensos, episodios de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. Esas víctimas se consideran "fracasos" de la atención porque no suelen utilizar los métodos de planificación de la familia que se les prescriben, no cumplen las recomendaciones en cuestiones de salud o de comportamientos, no regresan para visitas de seguimiento y no obtienen tratamiento para sus enfermedades de transmisión sexual.

### Comportamiento sexual riesgoso

Hay diferentes comportamientos sexuales riesgosos:

- El inicio temprano de relaciones sexuales, que es el factor de riesgo número uno de cáncer cervical, siendo el número dos el utilizar parejas sexuales múltiples (Westside Pregnancy Resource Center, 2003).
- El embarazo adolescente; las mujeres muy jóvenes, aun cuando se encuentren físicamente aptas para el embarazo, no están emocionalmente preparadas para la maternidad en su mayoría (Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2003; The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2003).
- La no utilización de anticonceptivos, que son mucho menos efectivos entre los adolescentes y adultos jóvenes que entre los usuarios más viejos (Westside Pregnancy Resource Center, 2003).
- La carencia de servicios de salud reproductiva (WHO/Regional Office for the Western Pacific, 1995).
- La no utilización de los servicios de atención de la salud reproductiva.
- El no tomar precauciones para prevenir las enfermedades de transmisión sexual (clamidiasis, gonorrea, hepatitis B, herpes, VIH/sida, papilomavirus humano, sífilis, candidiasis, etc.) (Rowley y Berkley, 1998).
- El no usar métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados.

- El uso de métodos anticonceptivos, pues también implica riesgos, como ataques cardíacos, coagulación anormal de la sangre, enfermedad de la vejiga, embarazos ectópicos, aumento de peso y otros (Westside Pregnancy Resource Center, 2003).

- La exposición a la provocación de abortos (Berkley, 1998).

- La combinación de la relación sexual con el consumo de drogas, porque entonces se toman menos precauciones para evitar embarazos no deseados y para evitar la adquisición de enfermedades sexualmente transmitidas (University of Maryland Medical Center, 2004).

- La posibilidad de complicaciones en el embarazo en las mujeres que desean tener hijos (Merk Sharp & Dohme de España, 2003).

- El que una mujer que ya ha tenido muchos hijos vuelva a embarazarse.

- El que, como consecuencia de secuelas de enfermedades sexualmente transmitidas, puedan ocurrir embarazos ectópicos, enfermedad inflamatoria pélvica femenina, cáncer cervical, infertilidad, dolor y muerte (Westside Pregnancy Resource Center, 2003).

- El que se embarace una mujer por arriba de los 35 años de edad, lo que trae consigo mayores riesgos de abortos, defectos congénitos en el recién nacido, diabetes o hipertensión gestacional, lo que puede conducir a preeclampsias y a requerir un parto por cesárea.

- El que una mujer sea embarazada por un hombre que tenga más de 50 años de edad, pues hay más riesgo de enanismo acondroplástico y esquizofrenia en el producto, habiéndose encontrado asimismo una asociación con la reducción de la esperanza de vida de las hijas y otros riesgos diversos (Doheny, 2004; The Courier Mail, 2004).

- El que las relaciones de género alrededor de la sexualidad sean complicadas y puedan conducir a un comportamiento violento (Berkley, 1998).

### Impacto del comportamiento sexual riesgoso

En la Tabla 2 se presenta el impacto del sexo riesgoso o inseguro en términos de mortalidad; puede observarse en ella que, como causa de mortalidad, tal comportamiento ocupa el quinto lugar. Sin embargo, lo ideal sería evaluar el impacto de cada factor de riesgo con arreglo a una unidad de medida común que tenga en cuenta, además de la pérdida de años de vida, la pérdida de calidad de vida. La principal medida utilizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe sobre la salud en el mundo es el AVAD (año de vida ajustado en función de la discapacidad): un AVAD equivale a la pérdida de un año de vida con salud (Murray y López, 1998; OMS, 2002).

**Tabla 2.** Carga atribuible estimada en el mundo en términos de defunciones en el año 2000.

Número de orden	Factor de riesgo	Defunciones (millones)	% del total
1	Presión sanguínea	7.1	12.8
2	Tabaco	4.9	8.8
3	Colesterol	4.4	7.9
4	Bajo peso	3.7	6.7
5	Sexo inseguro	2.9	5.2
6	Ingesta inadecuada de frutas y legumbres	2.7	4.9
7	Alto índice de masa corporal	2.6	4.7
8	Inactividad física	1.9	3.4
9	Alcohol	1.8	3.2
10	Agua, saneamiento e higiene inseguros	1.7	3.1
11	Humo interior de combustibles sólidos	1.6	2.9
12	Deficiencia de hierro	0.8	1.4
13	Polución del aire urbano	0.7	1.3
14	Deficiencia de zinc	0.7	1.3

Fuente: OMS (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002*. Washington, D.C.: OMS.

Una primera pregunta clave al evaluar el impacto de un riesgo para la salud es en comparación con qué. En el informe de la OMS citado (OMS, 2002) se adoptó un enfoque contrafactual explícito, que consiste en comparar la distribución actual del factor de riesgo con otro tipo de distribución de la exposición. Existiendo muchas hipótesis contra-

factuales que pudieran resultar interesantes, la que aquí se considera es la carga de morbilidad en comparación con la carga prevista con la distribución teórica mínima del riesgo, es decir, la que entrañaría el menor riesgo en la población. De acuerdo con tal hipótesis, el sexo inseguro ocuparía el segundo lugar, de acuerdo con la Tabla 3.

**Tabla 3.** Carga de enfermedad atribuible, en términos de AVAD, estimada para el mundo a factores de riesgo seleccionados en el año 2000.

No. de orden	Condición	AVAD (millones)	% del total
1	Bajo peso	138	9.5
2	Sexo inseguro	92	6.3
3	Presión sanguínea	64	4.4
4	Fumar y tabaco oral	59	4.1
5	Alcohol	58	4.0
6	Agua insegura, saneamiento e higiene	54	3.7
7	Colesterol	40	2.8
8	Humo interior de combustibles sólidos	39	2.6
9	Deficiencia de hierro	35	2.4
10	Índice de masa corporal	33	2.3
11	Deficiencia de zinc	28	1.9
12	Ingesta inadecuada de frutas y legumbres	27	1.8
13	Deficiencia de vitamina A	27	1.8
14	Inactividad física	19	1.3

Fuente: OMS (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002*. Washington, D.C.: OMS.

Haciendo referencia a los principales riesgos implicados en el sexo inseguro, en 1990 se estimaron para el mundo más de 8.5 millones de AVAD y más de 235 mil defunciones atribuibles al VIH; más de 24.8 millones de AVAD y más de 400 mil defunciones atribuibles a clamidia, gonorrea y sífilis; más de 2.5 millones de AVAD y más de 180 mil defunciones a cáncer cervical resultante de infección por VPH; más de 1.4 millones de AVAD y 90 mil defunciones por la transmisión sexual de la hepatitis B; más de 6.8 millones de AVAD y casi 114 mil defunciones a complicaciones del embarazo en mujeres con una necesidad no satisfecha de anticoncepción, y casi 5.1 millones de AVAD y más de 61 mil defunciones a aborto terapéutico (tanto médico como no médico) (Berkley, 1998).

No fue posible referir la magnitud del problema específica para México en este trabajo, pues no se pudo obtener información sobre el impacto acumulado que se le pudiera atribuir al sexo in-

seguro considerando todas las causas específicas; sin embargo, en la Tabla 4 se presentan las veinte primeras causas de mortalidad en 2003; aun ignorando la proporción de las defunciones de, por ejemplo, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, agresiones, VIH/sida, cáncer del cuello del útero, etc., ya tienen una importancia como para figurar en el cuadro de las principales causas de muerte.

En la Tabla 5 se muestran las tasas de mortalidad por sida según entidad federativa y para el país en 2001, aunque probablemente podrían estar incluidas defunciones atribuibles al consumo de drogas; se ha asegurado que la generación de casos por transfusiones disminuyó considerablemente a partir de 1988 por la prohibición en 1986 de la comercialización de la sangre, y que a partir de 1999 no se ha ocurrido ningún caso por esta causa (Secretaría de Salud, 2001).

**Tabla 4.** Principales causas de mortalidad general en México en 2003.

Orden	Clave CIE (10 <sup>a</sup> rev.)	Descripción	Defunciones*	Tasa <sup>1/**</sup>	%
	A00-Y98	Total	470,692	451.66	100.0
1	E10-E14	Diabetes mellitus	59,119	56.73	12.6
2	I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	50,757	48.70	10.8
3	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	26,849	25.76	5.7
4	K70, K72.1, K73, K74, K76	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	26,821	25.74	5.7
5	J40-J44, J67	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	18,117	17.38	3.8
6	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	17,073	13.18	2.9
7	<sup>2/</sup>	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	14,676	10.87	2.4
8	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	13,738	10.07	2.2
9	I10-I15	Enfermedades hipertensivas	11,330	16.38	3.6
10	N00-N19	Nefritis y nefrosis	10,490	9.59	2.1
11	X85-Y09, Y87.1	Agresiones (homicidios)	9,989	14.08	3.1
12	E40-E46	Desnutrición calórico protéica	9,053	8.69	1.9
13	C33-C34	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	6,734	6.46	1.4
14	C16	Tumor maligno del estómago	5,185	4.98	1.1
15	C22	Tumor maligno del hígado	4,751	4.56	1.0
16	B20-B24	VIH/SIDA	4,607	4.42	1.0
17	C61	Tumor maligno de la próstata	4,595	4.41	1.0
18	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales	4,561	4.38	1.0
19	C53	Tumor maligno del cuello del útero	4,324	4.15	0.9
20	X60-X84, Y87.0	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	4,089	3.92	0.9
	R00-R99	Causas mal definidas	4,624	4.44	1.0
		Las demás	159,210	152.77	33.8

<sup>2/</sup> V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0

\*Los totales no incluyen defunciones de residentes en el extranjero.

<sup>\*\*1/</sup> Tasa por 100,000 habitantes.

Fuentes: INEGI/Secretaría de Salud (2004). *Base de datos de defunciones*. México: Autores.

Consejo Nacional de Población (2004). *Proyecciones de la población de México, 2000-2050*. México: Autor.

**Tabla 5.** Tasas de mortalidad por sida según entidad federativa y para el país, para el año 2001.

Entidad	Defunciones	Tasa*
Baja California	203	7.7
Veracruz	554	7.7
Distrito Federal	609	6.9
Quintana Roo	65	6.9
Yucatán	92	5.4
Tabasco	105	5.3
Guerrero	168	5.2
Jalisco	341	5.2
Morelos	84	5.1

Continúa...

Nayarit	49	5.1
Colima	27	4.8
Baja California Sur	20	4.4
Chihuahua	139	4.4
Campeche	31	4.3
Nuevo León	161	4.0
Chiapas	164	3.9
Oaxaca	141	3.9
Puebla	194	3.7
Tamaulipas	105	3.6
Aguascalientes	32	3.2
México	435	3.2
Sinaloa	81	3.0
Tlaxcala	26	2.6
Sonora	59	2.5
Coahuila	58	2.4
Guanajuato	111	2.3
Michoacán	94	2.3
Hidalgo	51	2.2
San Luis Potosí	50	2.1
Querétaro	28	1.9
Durango	26	1.6
Zacatecas	15	1.1
Total	4,319	4.2

\*Tasas por 100,000 habitantes.

Fuente: Servicios de Salud de Veracruz (2004).

En referencia a la violencia relacionada con el género en México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2003 (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2004), en la Tabla 6 aparece la proporción de mujeres que sufrieron por lo menos un incidente de vio-

lencia en los últimos doce meses al momento de la entrevista, por edad, en donde puede observarse que casi la mitad (46.6%) fueron afectadas durante ese año, sufriendo más esa violencia las mujeres más jóvenes. No fue posible obtener datos sobre la violencia que hubieran podido sufrir los hombres de parte de sus parejas.

**Tabla 6.** Mujeres con al menos un incidente de violencia en los últimos doce meses por grupos de edad en 2002.

Grupos de edad	Total de mujeres	Mujeres con al menos un incidente de violencia	Porcentaje
15-19	591,442	330,224	55.8
20-24	1,834,311	931,718	50.8
25-29	2,606,924	1,377,548	52.8
30-34	2,923,017	1,473,121	50.4
35-39	2,766,515	1,348,656	48.8
40-44	2,252,210	1,097,650	48.7
45-49	1,923,713	901,563	46.4
50-54	1,452,276	578,959	39.9
55 y más	2,991,629	963,503	32.2
No especificado	108,935	61,516	56.0
Total	19,471,972	9,064,458	46.6

Nota: Se refiere a las mujeres de 15 y más años con pareja residente en el hogar.

Fuente: INEGI (2004). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*. México: Autor.

En la encuesta citada se obtuvo información acerca de otras características de la violencia, y, entre estas, sobre el tipo de violencia, el que se clasificó

en cuatro categorías: económica, emocional, física y sexual. La primera se refiere al chantaje que el hombre puede ejercer sobre la mujer mediante

el control del flujo de recursos monetarios que ingresan al hogar, o bien a la forma en que dicho ingreso se gasta. La violencia emocional alude a las agresiones que no inciden directamente en el cuerpo de la mujer, pero sí en su psiquis; se trata de insultos, amenazas, intimidaciones, humillaciones, omisiones, menosprecio y burlas, entre otras. La física se relaciona con las agresiones dirigidas al cuerpo de la mujer de parte del agresor, lo que se traduce en un daño o en un intento de daño permanente o temporal. La violencia referida como específicamente sexual se entiende como toda forma de coerción que se ejerce sobre la mujer con el fin de tener relaciones sexuales con ella, con o sin voluntad; estas formas de coerción van desde exigir u obligar hasta el uso de la fuerza.

### **Estrategias para evitar el comportamiento sexual riesgoso**

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994 (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1994) convocó a una visión amplia en alcances de la salud reproductiva, centrada en el cliente, y a la promoción de la salud reproductiva y la planificación familiar. Si los países han de traducir estos amplios y ambiciosos objetivos de salud reproductiva en programas que satisfagan las necesidades de los clientes, tendrán que seleccionar aquellos servicios que provean los más amplios beneficios de la salud reproductiva para la mayoría de las personas, tomando en consideración las tendencias epidemiológicas, los servicios actualmente proporcionados, la demanda de los clientes y los recursos disponibles.

Muchas organizaciones han identificado los servicios que deberían formar parte de los paquetes de la atención integral de la salud reproductiva que se encuentran incluidos en las dieciséis categorías siguientes: planificación familiar, atención del embarazo, atención de las enfermedades sexualmente transmitidas y sida, servicios relacionados con el aborto, adiestramiento de proveedores de servicios, asesoramiento, alimentación al seno, servicios de infertilidad, cánceres reproductivos, mamogramas, exámenes ginecológicos periódicos, servicios nutricionales, atención infantil, administración de servicios de información, educación para

la salud y otros servicios (Family Health International, 2004).

Las acciones que se están realizando en todo el orbe se derivan de un bosquejo de estrategia para acelerar el progreso hacia la obtención de objetivos y metas de desarrollo internacional en salud reproductiva (World Health Organization, 2004), la definición de la cual está dada en los siguientes términos (citamos en extenso):

Salud reproductiva es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o afección, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y a sus funciones y procesos. La salud reproductiva implica por lo tanto que las personas estén en condiciones de tener una vida sexual satisfactoria y segura y que ellas tengan la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si, cuándo y qué tan frecuentemente hacerlo. Implícitos en esta última condición están los derechos de los hombres y mujeres a ser informados y a tener acceso a los métodos seguros, efectivos, accesibles y aceptables de planificación familiar de su elección, así como a otros métodos de su elección para la regulación de la fecundidad que no estén contra la ley y el derecho al acceso a servicios de atención a la salud apropiados que capaciten a las mujeres a transitar con seguridad durante el embarazo y el parto y brindar a las parejas la mejor oportunidad de tener a un bebé saludable. En concordancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como la constelación de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y al bienestar por la prevención y solución de los problemas de salud reproductiva. También incluye a la salud sexual, el propósito de la cual es la mejoría de la vida y las relaciones personales, y no solamente la asesoría y atención relacionada con la reproducción y las enfermedades sexualmente transmitidas [...] Teniendo en cuenta la definición [...] citada, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales de derechos humanos y otros documentos de consenso. Estos derechos descansan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número, espaciamiento y la elección del momento de tener a sus niños, a tener la información y los medios

para hacerlo así y el derecho a obtener el más alto estándar de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a tomar decisiones concernientes a la reproducción libre de discriminación, coerción y violencia, como se encuentra expresado en los documentos de derechos humanos.

Los cinco aspectos esenciales de la salud reproductiva y sexual son, a saber: mejorar la atención prenatal, perinatal, del posparto y del recién nacido; brindar servicios de alta calidad para la planificación familiar, incluyendo servicios de infertilidad; eliminar el aborto inseguro; combatir las infecciones sexualmente transmitidas, incluyendo al VIH, las infecciones del tracto reproductivo, el cáncer cervical y otras afecciones ginecológicas, y promover la salud sexual. Debido a las estrechas relaciones entre los diferentes aspectos de la salud reproductiva y sexual, las intervenciones en un área tendrán probablemente un impacto positivo en las otras. En la mayoría de los países, el principal punto de entrada serán los servicios prenatales, del parto y posparto, que forman la columna vertebral de la atención primaria a la salud. Los servicios maternos ofrecen una oportunidad clave para reclutar a mujeres para la planificación familiar, y también constituyen un buen medio para ofrecerles asesoría, exámenes y tratamiento para la infección por VIH y para prevenir en ellas la transmisión de ese virus durante el embarazo, el parto y el amamantamiento. Como tales servicios están directamente conectados con los productos de las relaciones sexuales, también tienen un gran potencial para ser los principales promotores de la salud sexual y de los esfuerzos para prevenir las infecciones sexualmente transmitidas, incluido el VIH.

Los beneficios adicionales del fortalecimiento de los servicios de salud reproductiva son numerosos. Incluyen la atención de la violencia contra las mujeres, que en la actualidad está siendo atendida en varios países con, por ejemplo, la provisión de anticoncepción de emergencia, abortos si son requeridos y en el marco de la ley, tratamiento de infecciones sexualmente transmitidas y profilaxis posterior a la exposición para la infección por VIH después de la violación, detección y tratamiento de cáncer cervical, prevención de infertilidad primaria y secundaria y tratamiento de condiciones ginecológicas. Los servicios de salud sexual bien diseñados y efectivamente proporcionados, especialmente aquellos que involucran la participación de la comunidad, también pueden contribuir a mejorar las relaciones proveedor-usuario, la participación de los varones y el apoyo a las mujeres para tomar decisiones reproductivas.

La OMS se compromete a apoyar a los Estados miembros a constituir y fortalecer su capacidad para mejorar la salud reproductiva y sexual y propone las siguientes áreas de acción claves para los países: fortalecer la capacidad de los sistemas de salud, mejorar la información para la asignación de prioridades, movilizar la voluntad política, crear marcos de referencia legislativos y reglamentarios de apoyo, y fortalecer la supervisión, evaluación y responsabilidad.

En la literatura hay varias recomendaciones de anticoncepción, de entre las cuales se transcriben en la Tabla 7 las dirigidas a los adolescentes, junto con las indicaciones de su eficacia, ventajas y desventajas que presentan y recomendaciones específicas para cada uno de ellos.

**Tabla 7.** Consideraciones de anticoncepción para adolescentes.

Método	Ventajas	Desventajas	Inquietudes/ Cuestiones de asesoramiento
Menos eficaz*			
Abstinencia (completa)	Protege contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Disponibile en cualquier momento.	Requiere un alto grado de motivación, control personal y compromiso del hombre y de la mujer.	Debe hacerse hincapié en la necesidad de usar condones u otro anticonceptivo si se inicia un acto sexual con penetración.
Abstinencia (periódica)	Su uso se puede alternar con otros anticonceptivos (por ejemplo, los condones) en los días fértiles.	Requiere un alto grado de motivación, control personal y compromiso del hombre y de la mujer. No protege contra el VIH o las ITS.	La determinación de los días fértiles requiere capacitación; puede ser difícil si las menstruaciones son irregulares. Debe recomendarse el uso del condón si el cliente corre riesgo de contraer VIH o ITS.

Continúa...



Coito interrumpido	Lo puede usar el hombre en cualquier edad si puede prever la eyaculación y cerciorarse de que el eyaculado no entra en contacto con la zona genital de la pareja.	Requiere un alto grado de motivación, control de sí mismo y compromiso del hombre y de la mujer. No protege contra el VIH o las ITS.	Es importante hablar con los jóvenes que tienen una vida sexual activa porque tal vez sea el único método disponible. Debe recomendarse el uso del condón si el cliente corre riesgo de contraer VIH o ITS.
Condomes (masculino o femenino)	Protegen contra el VIH y las ITS. El condón masculino suele ser barato y accesible y debe estar disponible.	Se deben usar correctamente en cada acto sexual. Es posible que los condones femeninos no estén disponibles ni sean baratos.	Explicar, demostrar y ayudar al cliente a practicar el uso correcto con un modelo.
Diafragmas y capuchones	Las mujeres pueden iniciar el uso. No requieren un régimen diario.	Se deben usar correctamente en cada acto sexual. No se sabe si protegen contra el VIH o las ITS.	Debe recomendarse el uso del condón si la clienta corre riesgo de contraer VIH o ITS.
Espermicidas	Las mujeres pueden iniciar el uso. No requieren un régimen diario.	Se deben usar correctamente en cada acto sexual. No protegen contra el VIH o las ITS.	No se recomienda el uso de espermicidas solos y ni su uso frecuente. Debe recomendarse el uso del condón si el cliente corre riesgo de contraer VIH o ITS.
<b>Eficaz*</b>			
Método de amenorrea de la lactancia (MELA)	Opción importante para las mujeres que amamantan.	Es eficaz, pero sólo si la mujer satisface tres criterios del MELA: menos de 6 meses de postparto, lactancia materna plena o casi plena y amenorrea. No protege contra el VIH o las ITS.	Hablar de otras opciones anticonceptivas y proporcionar el método elegido antes de que los criterios del MELA caduquen. Debe recomendarse el uso del condón si el cliente corre riesgo de contraer VIH o ITS.
Píldoras anticonceptivas orales combinadas (AOC)	Menstruaciones regulares y menos dolorosas. Protegen contra el cáncer ovárico, el cáncer endometrial y la enfermedad pélvica inflamatoria.	Se deben tomar diariamente. Suelen requerir una visita clínica. La necesidad de suministros puede afectar a la privacidad. No protegen contra el VIH o las ITS.	Informar a la clienta acerca de lo que debe hacer si olvida tomarse las píldoras. Debe recomendarse el uso del condón si el cliente corre riesgo de contraer VIH o ITS.
Píldoras sólo de progestina	Buena opción libre de estrógeno.	Se deben tomar diariamente y el régimen requiere un cumplimiento más estricto que el de los AOC. La necesidad de suministros puede afectar a la privacidad. No protegen contra el VIH o las ITS.	Informar a la clienta acerca de lo que debe hacer si olvida tomarse las píldoras. Debe recomendarse el uso del condón si el cliente corre riesgo de contraer VIH o ITS.
Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)	Se pueden usar después de un acto sexual no planificado o relaciones sexuales por coacción.	Suelen requerir una visita clínica. No protegen contra el VIH o las ITS.	Informar a la clienta que la eficacia es máxima cuando el método se empieza a usar temprano. No se han concebido para uso repetido.
<b>Más eficaz*</b>			
Anticonceptivos inyectables combinados (AIC)	La eficacia dura un mes.	Requieren que se visite al proveedor todos los meses para la reinyección.	Las clientas deben recordar regresar para la reinyección mensual. Debe recomendarse el uso del condón si el cliente corre riesgo de contraer VIH o ITS.
DMPA: Inyectable sólo de progestina	La eficacia dura tres meses. Posiblemente proteja contra el cáncer endometrial.	Requiere que se visite al proveedor cada tres meses para la reinyección. Puede hacer imprevisibles las características de sangrado; con frecuencia produce amenorrea y atrasa el regreso de la fertilidad. No protegen contra el VIH o las ITS.	No es la primera opción para las mujeres menores de 18 años debido a problemas teóricos acerca de los efectos en el desarrollo óseo. Debe recomendarse el uso del condón si el cliente corre riesgo de contraer VIH o ITS.

Implantes subdérmicos	La eficacia dura entre 5 y 7 años.	Requieren una visita clínica para insertarlos y extraerlos. Pueden hacer imprevisibles las características del sangrado. No protegen contra el VIH o las ITS.	Debe recomendarse el uso del condón si el cliente corre riesgo de contraer VIH o ITS.
Dispositivo intrauterino (DIU)	La eficacia dura por lo menos 12 años. Posiblemente proteja contra el cáncer endometrial.	Requiere una visita clínica para insertarlo y extraerlo. No protege contra el VIH o las ITS.	Es posible que las mujeres nulíparas corran más riesgo de expulsión. Debe recomendarse el uso del condón si el cliente corre riesgo de contraer VIH o ITS.
Sistema intrauterino de levonorgestrel	La eficacia dura por lo menos 7 años.	Requiere una visita clínica para insertarlo y extraerlo. No protege contra el VIH o las ITS.	Es posible que las mujeres nulíparas menores de 20 años corran más riesgo de expulsión. Debe recomendarse el uso del condón si el cliente corre riesgo de contraer VIH o ITS.
Esterilización (masculina y femenina)		Es irreversible. No se recomienda para los adolescentes: la edad temprana y la baja paridad están relacionados con altos niveles de arrepentimiento. No protege contra el VIH o las ITS.	Informar acerca del carácter permanente de la esterilización y acerca de la opción de métodos a largo plazo y irreversibles. Debe recomendarse el uso del condón si el cliente corre riesgo de contraer VIH o ITS.

\*La eficacia se define aquí de la siguiente forma: "menos eficaz" para la mayoría de los usuarios; se hace "eficaz" cuando se usa sistemática y correctamente para la mayoría de los usuarios; se hace "más eficaz" cuando se usa sistemática y correctamente, y para todos los usuarios. La definición de eficacia fue adaptada de Trussell (1998).

Fuente: Rivera, Cabral de Mello y Johnson (2001).

En relación con la violencia de género, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (2001) publicó el texto *Un enfoque práctico de la violencia de género: Guía programática para proveedores y encargados de servicios de salud*, en donde se ofrece orientación paso a paso sobre la manera en que los servicios de salud reproductiva pueden iniciar sus propios proyectos sobre la violencia de género. En tal guía se presentan tres opciones de proyecto: el proyecto A, en el que se exhiben u ofrecen materiales acerca de la violencia de género (incluida información acerca de adónde pueden acudir las mujeres para obtener ayuda) en los recintos públicos y privados del establecimiento; el proyecto B, en el que se exhiben materiales sobre la violencia de género y también se formulan preguntas al respecto a todas las clientas; cuando las clientas manifiestan que han sido objeto de violencia de género, se las remite a un grupo externo, el cual proporciona la atención y el apoyo necesarios; el proyecto C abarca todas las actividades de los proyectos A y B y también tratamiento *in situ* para las sobrevivientes de la violencia de género.

En el estado de Veracruz en particular, los servicios de salud atienden los problemas relacionados con la fecundidad y con las enfermedades de transmisión sexual en dos departamentos

distintos: el de Salud Reproductiva, con su programa estatal de planificación familiar y el de Control de Enfermedades, a través del programa de prevención y control de VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual. La recomendación internacional es que resulta más conveniente la integración de los servicios de manejo de las infecciones sexualmente transmitidas a los servicios existentes de salud materno-infantil y planificación familiar (World Health Organization, 2004).

Hasta donde fue posible obtener información en el Departamento de Salud Reproductiva, se hace mucho énfasis en la utilización de métodos anticonceptivos, sobre todo por las mujeres adolescentes, pero hasta ahora no parecen haberse previsto acciones para disminuir la violencia de género (Servicios de Salud de Veracruz, 1999), aunque en el Programa Estatal de Planificación Familiar del Departamento de Salud Reproductiva se dice que "se considera todo el contexto de la vida familiar con el propósito de favorecer su bienestar, el cual implica una mayor oportunidad a la salud y a la superación, además de propiciar el mejor entendimiento y comprensión entre los cónyuges y entre padres e hijos, justamente para la persistencia de la integración familiar".

En relación con el programa del Departamento de Control de Enfermedades, en éste se hace hincapié particularmente en acciones contra el VIH/sida con una población objetivo más general, aunque incluyendo actividades específicas para la población que se encuentra en el periodo perinatal (Servicios de Salud de Veracruz, 2004).

### Efectividad de las acciones

En México se iniciaron las actividades de planificación familiar a mediados de la década de los 70, teniendo como principal objetivo la utilización de métodos anticonceptivos, y su impacto puede reconocerse al comparar las tasas de natalidad del año 1980 en la Tabla 8, en la que se observa una disminución de aproximadamente 45% en poco más de 20 años.

**Tabla 8.** Tasas de natalidad para México 1980-2003.

Año	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Tasa	34.9	28.0	27.4	26.8	26.2	25.6	25.0	24.4	23.7	23.0	22.3	21.1	20.5	19.9	19.3

Fuente: INEGI (2004).

Lo anterior es ratificado por la tasa global de fecundidad (número total de niños que tendría una mujer al término de su periodo reproductivo si ella experimentara las tasas de fecundidad específicas por edad prevalecientes a través de su

vida reproductiva) del país que en poco más de 25 años se ha reducido en más de 60%; en la actualidad todavía hay varios países con una tasa superior a 6.0 (Mackay, 2000), según se observa en la Tabla 9.

**Tabla 9.** Tasa global de fecundidad para México 1976-2003.

Año	Tasa global de fecundidad
1976	5.7
1981	4.4
1987	3.8
1992	3.2
1996	2.8
2000	2.4
2001	2.3
2002	2.3
2003	2.2

Fuente: INEGI (2004).

De la misma manera, puede hacerse notar que la proporción de usuarias de métodos anticonceptivos creció en 126% en un periodo de 21 años; de hecho, en 1976 la proporción era de 30.2%; en 1987, de 52.7%; en 1992, de 63.1%, y en 1997, de 68.4%, aunque hay varios países en donde la proporción de usuarias supera al 70% (Mackay, 2000).

En la información publicada por el INEGI sobre la tasa de incidencia de casos de sida en el país no se dispone de datos adecuados a partir de 1999, pero en los años anteriores se notaba una tendencia al ascenso, de manera que resulta difícil poder emitir un juicio sobre el impacto de las acciones desarrolladas en el problema, aunque en otra fuente se afirma que 85% de las personas

con sida reciben hoy día tratamiento antirretroviral (Secretaría de Salud, 2001).

### CONCLUSIONES

La sexualidad humana es un tópico complejo que puede estudiarse desde varias perspectivas, sin que ninguna de ellas lo agote completamente. Algunas de tales perspectivas pueden ser la histórica, la biológica, la evolutiva, la interespecífica, la intercultural, la psicológica y la sociocultural.

Hay varias razones importantes por las que el sexo y la sexualidad necesitan ser discutidos en los ambientes de atención a la salud: que el ser humano incluya al ser sexual; que es una fuente

de inhibición e infelicidad sexual el que sea un tabú hablar de esos temas; que para muchas personas constituyen una referencia a las infecciones de transmisión sexual o a una infección viral que puede conducir a la muerte; que debe combatirse la idea de que el sexo es sólo para la reproducción; que hay una negación de la sexualidad en la infancia, y que hay muchas organizaciones, incluida la Organización Mundial de la Salud, que estimulan la exploración de estos temas para contribuir a alcanzar un desarrollo personal integral.

Se le atribuye tal importancia a los temas relacionados con la sexualidad, que ha originado la publicación de la Declaración de los Derechos Sexuales de las Personas elaborada por la Asociación Mundial de Sexología y la emisión de las características de la salud sexual por parte del Consejo de Información y Educación sobre Sexualidad de Estados Unidos.

Son muy diversas las causas de enfermedad que pueden asociarse total o parcialmente con la sexualidad expresada en forma insegura, entre las que destacan, a saber: VIH/sida, gonorrea, sífilis, clamidia, hepatitis B, hepatitis C, virus del papiloma humano, complicaciones del embarazo, complicaciones de abortos, linfogranuloma venéreo, virus del herpes simple, estrés postraumático de la violación, pielonefritis, homicidio, complicaciones de métodos anticonceptivos, fallas de métodos anticonceptivos, numerosos embarazos, violencia y otros.

Entre los factores de riesgo para la forma insegura de la sexualidad destacan la edad de los protagonistas, el número de parejas sexuales, el número de embarazos, la frecuencia de estos, la falta de prevención de las enfermedades de transmisión sexual y de embarazos no deseados, la provocación de abortos, el uso de métodos anticonceptivos, la combinación de la relación sexual con el consumo de drogas, la carencia o no utilización de los servicios de salud reproductiva y la violencia de género.

Tomando en cuenta todas las consecuencias del sexo inseguro, éste tendría una carga atribuible en el mundo que significaría el 2.9% del total de defunciones en el año 2000. Si su impacto se midiera en términos de años de vida saludable perdidos (AVAD), se le atribuirían 92 millones, que

constituyen 6.3% del total correspondiente al año 2000, siendo superado solamente por el bajo peso.

La infección por VIH atribuible al sexo inseguro fue responsable de más de 8.5 millones de AVAD y de más de 235 mil defunciones en el mundo en 1990. Por otra parte, la carga para el mismo año por las clásicas enfermedades bacterianas de transmisión sexual (clamidia, gonorrea y sífilis), en términos de AVAD, supera a los 24.8 millones de años y a las 400 mil defunciones en ese año, siendo también de consideración la carga global de sexo inseguro por cáncer cérvico-uterino, hepatitis B, complicaciones del embarazo con necesidad de anticoncepción no satisfecha y abortos terapéuticos.

El impacto global del sexo inseguro para México no pudo ser evaluado sino de manera indirecta por las causas de defunción que resultan ser las principales, pero el derivado de VIH/sida sobrepasa las 4 mil defunciones (incluidas probablemente las relacionadas con el consumo de drogas) durante 2003, ocupando Veracruz, en términos de tasas, el segundo lugar, sólo después de Baja California.

La violencia de género hizo que más de 46% de las mujeres unidas de 15 años de edad o más hubiera sido víctima de al menos un incidente de violencia en 2003. No fue posible obtener información sobre la violencia de las mujeres hacia los hombres.

La sugerencia en todo el orbe es que los problemas relacionados con el sexo inseguro sean atendidos preferentemente por los servicios de salud reproductiva que funcionan en los diferentes países. En el estado de Veracruz estos problemas son atendidos por dos departamentos: el de Salud Reproductiva y el de Control de Enfermedades.

Existen varias recomendaciones de anticoncepción, cada una de las cuales tiene ventajas y desventajas, señalándose su potencial para prevenir las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados. También hay estrategias para atender la violencia de género, que tradicionalmente había sido considerada como un asunto de naturaleza privada y para la cual no se habían identificado acciones específicas.

Considerando la tasa de natalidad, puede atribuirse principalmente a los programas de planificación familiar la disminución de 34.9 por

1,000 nacidos vivos, que había en 1980, a 19.3 que se reportó en 2003. Lo mismo podría decirse en términos de la tasa global de fecundidad, que bajó de 5.7 por mujer en 1976 a 2.2 en 2003.

De igual forma, puede considerarse un logro importante de esos programas el haber pasado de 30.2% de usuarias de métodos anticonceptivos en 1976 a 68.4% en el año 1997.

No se pudo disponer de información adecuada para identificar la tendencia actual del problema del VIH/sida, aunque en los primeros años de la década de los 90 todavía parecía ser ascendente. Existen reportes, sin embargo, de que 85% de las personas con sida reciben tratamientos antirretrovirales.

## REFERENCIAS

- Aburto G., C. (1998). Los programas de intervención contra el tabaquismo. *Psicología y Salud*, 12, julio-diciembre, 103-114.
- Aburto G., C. (1999). Los programas de intervención contra la obesidad. *Psicología y Salud*, 14, julio-diciembre, 145-155.
- Aburto G., C. (2002). Los programas de intervención contra el alcoholismo. *Psicología y Salud*, 12(2), 189-202.
- Aburto G., C. (2003). Los programas de intervención contra los agentes microbianos. *Psicología y Salud*, 13(2), 257-268.
- Aburto G., C. y Gamundi P., G. (1996). El papel del comportamiento en las diez primeras causas de mortalidad en México. *La Ciencia y el Hombre*, 23, mayo-agosto.
- Berkley, S. (1998). Unsafe sex as a risk factor. En Murray, Ch., J.L. y Lopez, A.D. (Eds.): *Global Burden of Disease and Injury Series, vol. 3: Health Dimensions of Sex and Reproduction*. Cambridge, MA: The Harvard School of Public Health.
- Doheny, A. (2004). *The Courier Mail. Older dads not in the swim*. Disponible en línea: <http://longevity-science.org/thecouriermail-2004>.
- Family Health International (2004). *From rhetoric to reality: Delivering reproductive health promises through integrated services*. Disponible en línea: <http://search.fhi.org>.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (1994). *Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en el Cairo*. Nueva York: Autor.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2000). *El estado de la población mundial 2000. Vivir juntos en mundos separados. Hombres y mujeres en tiempos de cambio*. Nueva York: Autor.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2001). *Un enfoque práctico de la violencia de género. Guía programática para proveedores y encargados de servicios de salud*. Nueva York: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2004). *Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*. Aguascalientes (México): Autor.
- Mackay, J. (2000). *The Penguin Atlas of Human Sexual Behavior*. New York: Penguin Group.
- Mayo Foundation for Medical Education and Research (2003). *Pregnancy in your teens*. Disponible en línea: <http://www.cnn.com/HEALTH/library/PR/00055.html> y <http://www.cnn.com/HEALTH/library/SA/00034.html>.
- Medical Institute for Sexual Health (1994). *The STD Epidemic*. Disponible en línea: <http://www.wprc.org/10.23.1.0.1.0.phtml>.
- Merk Scharp & Dohme (2003). *Problemas de salud de la mujer* (Capítulo 245, sección 22: Complicaciones del embarazo). Disponible en línea: [http://www.msd.es/publicaciones/mmerck\\_hogar/seccion\\_22/seccion\\_22\\_245.html](http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_22/seccion_22_245.html).
- Murray, Ch., J.L. y Lopez, A.D. (1998). *Global Burden of Disease and Injury Series, vol. 3: Health Dimensions of Sex and Reproduction*. Cambridge, MA: The Harvard School of Public Health.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe sobre la salud en el mundo*. Disponible en línea: [www.who.int/entity/whr/2002/es/](http://www.who.int/entity/whr/2002/es/).
- Pan American Health Organization/World Health Organization (2001). *Promotion of sexual health*. Disponible en línea: <http://www2.hu-berlin.de/sexology/GESUND/ARCHIV/PSH,HTM>.
- Rathus, S.A., Nevid, J.S. y Fichner-Rathus, L. (2005). *Human sexuality in a world of diversity* (6<sup>th</sup> ed.). Boston: Pearson.
- Rivera, R., Cabral de Mello, M. y Johnson, S.L. (2001). Contraception for adolescents: Social, clinical and service-delivery considerations. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75(2).
- Rowley, J. y Berkley, S. (1998). Sexually transmitted diseases. En J.L. Ch. Murray y A.D. Lopez (Eds.): *Global Burden of Disease and Injury Series, vol. 3: Health Dimensions of Sex and Reproduction*. Cambridge, MA: The Harvard School of Public Health.
- Secretaría de Salud (2001). Boletín 38. *Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica*. Sistema Único de Información, Semana 38.
- Servicios de Salud del Estado de Veracruz (1999). *Programa Estatal de Planificación Familiar 1999-2004*. Xalapa (México): Autor.

- Servicios de Salud del Estado de Veracruz (2004). *Programa de Acción: Prevención y Control de VIH/SIDA/ITS*. Xalapa: Autor.
- Taverner, W.J. (2002). *Taking sides: Clashing views on controversial issues in human sexuality*. Dushkin: McGraw-Hill/Guilford.
- The Courier Mail (2004). *Older dads not in the swim*. Disponible en línea: <http://longevity-science.org/thecouriermail-2004>.
- The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy (2004). *The National Day to Prevent Teen Pregnancy*. Disponible en línea: <http://www.teenpregnancy.org>.
- Trussell, J. (1998). Contraceptive efficacy. En R.A. Hatcher, J. Trussell y F. Stewart (Eds.): *Contraceptive technology* (17th rev. ed.). New York: Ardent Media.
- University of Maryland Medical Center (2004). *Women's health*. Disponible en línea: [http://www.umm.edu/esp\\_ency/article/001949.html](http://www.umm.edu/esp_ency/article/001949.html).
- Westside Pregnancy Resource Center (2003). *Teen sex and pregnancy: Facts and figures*. Disponible en línea: <http://www.w-cpc.org/sexuality/teens.html>,
- World Health Organization/Regional Office for the Western Pacific (1995). *Teaching modules for basic education in human sexuality*, vols. 7 and 8. Manila (Philippines): Author.
- World Health Organization (2004). *Fifty-Seventh World Health Assembly Reproductive Health. Report by the Secretariat*. Geneva: Author.