

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

Preservativos y VIH(a)en adolescentes [Condoms and HIV (a) in adolescents]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Alessandri, Raul
Publisher	Universidad de Navarra
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-07-03 13:36:17
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/214784

Preservativos y VIH(a) en adolescentes: una evaluación médica

por Raul Alessandri, M. D., Zelig Friedman, M. D., Liliana Trivelli, M.D.

Linacre Quarterly 1994 (agosto); 61: 62-74.

El Dr. Alessandri es patólogo en el Long Beach Memorial Hospital desde 1986. El Dr. Friedman, alergólogo, es también rabino ortodoxo. El Dr. Trivelli es Inspector de la Asociación Americana de Bancos de Sangre.

La revolución sexual, ampliamente difundida, como suele suceder con muchas cuestiones, ha implicado a estratos inesperados de sociedad: jóvenes descuidados han llegado a ser sexualmente activos a edades más y más jóvenes, con una cohorte de promiscuidad, enfermedades de transmisión sexual, embarazos ectópicos y aumento exponencial del número de embarazos y niños nacidos fuera del matrimonio, que crecen en un ambiente lleno de carencias psicoafectivas. A esto tenemos que agregar el riesgo de que el VIH/SIDA puede llegar a ser muy prevalente en este grupo, a pesar de la decisión política de que el SIDA no es una enfermedad de transmisión sexual.

Los preservativos, virtualmente aparcados como contraceptivos eficaces, debido a su alta frecuencia de fracaso, reducción del placer y empleo antipático, han sido resucitados y escogidos como medio para "un sexo más seguro", para proteger a nuestros jóvenes de esta epidemia.

Hay fallos de bulto en este enfoque que, con un poco de honestidad y buena voluntad, no pretende ser "la solución "100%", sólo lo mejor que podemos ofrecerles a quienes llegarán a ser sexualmente activos". No solamente no es ninguna solución, sino que puede significar multiplicar el problema. El Dr. Noble, un especialista en enfermedades infecciosas, lo expone esta manera: "Entregar preservativos a los adolescentes es como entregarles pistolas de agua para una alarma general de incendio".(1)

Fallo mecánico del preservativo

A) Es bien conocido que los preservativos se rompen y se resbalan, incluso en las mejores manos, por así decir. Hay dos estudios controlados recientes de Trussel et al. que informan de frecuencias de rotura y de deslizamiento del 14,6%. En el primer estudio, los autores resumen: "Un estudio prospectivo empleando dos marcas de preservativos encontró que, de 405 preservativos empleados para las relaciones sexuales, el 7,9% o se rompió durante las relaciones o al retirarse, o se resbaló durante las relaciones; ninguno de estos hechos está relacionado con el tipo de preservativo. El 7,2% se resbaló al retirarse; no se encontró relación entre el deslizamiento del preservativo y su marca o el uso anterior de preservativos, pero era significativamente más alto cuando se usó algún lubricante adicional".(2) En el segundo estudio, un comentario en la revista *Family Planning Perspectives*(b), se lee: "Los investigadores observan que la alta frecuencia con que los preservativos se resbalan y se caen al retirarse -17% de los preservativos que no se habían roto o caído durante las relaciones- indica un alto nivel de uso inadecuado. Indican que un mejor empleo puede ser difícil de conseguir, pues todas las mujeres que participaron habían recibido instrucciones escritas y verbales sobre su empleo adecuado".(3)

B) Control de Calidad de la FDA(c). En la primavera de 1987, la FDA empezó a usar una prueba de pérdida de agua, en la que "el preservativo se llena con 300 ml de agua y se verifica si pierde" ... "Se acepta que tienen un nivel de calidad aceptable cuando, en cualquier lote dado, la tasa de fallo por permeabilidad al agua no excede 4 preservativos por 1000. Los lotes que exceden este criterio específico de rechazo son retirados o excluidos de la venta. Entre los lotes de preservativos que tenían un nivel de calidad aceptable, la tasa de fallos observada estaba en el 2,3/1000". En el estudio de febrero del 88 había una tasa de fallo global de todos los lotes del 12%, y hubo 16 rechazos de preservativos defectuosos.(4) Rechazos relativamente recientes incluyen las marcas "Ramses Extra Strength" (marzo de 1991) debido a "cantidad inaceptable de orificios y fisuras del anillo"(5), "Saxon Wet Lubricated" (mayo de 1991) por no pasar el control de calidad de la FDA(6), y otro rechazo numeroso fue citado por *The New York Times* en noviembre de 1991.

La prueba de la permeabilidad ha mostrado que el látex no es impermeable a las partículas del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).(7) Los guantes quirúrgicos de látex, necesarios para el control de la infección, a menudo son permeables: no es raro encontrarse sangre en manos, y la solución práctica es llevar dos pares de guantes. Esta técnica no parece práctica ni aceptable con los preservativos.

C) Sexo anal. A pesar de nuestra preocupación por el asunto, no tenemos noticia de que existan preservativos para el sexo anal ampliamente disponibles. Es posible que los fabricantes estén renuentes a anunciar tales productos. "A causa del mayor roce durante la relación anal, los preservativos deben ser más fuertes de lo normal" afirma un estudio sobre seguridad y aceptabilidad de los preservativos por hombres homosexuales. Cuanto más seguro (más grueso)

es el preservativo, menor es su aceptación.(8) Y la tasa de fallos en el sexo anal es mucho más alta que en el sexo vaginal ya que, por razones anatómicas y fisiológicas, el recto y la vagina no son homólogos. Dadas las cifras proporcionadas por la Sección de SIDA del Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York, por el tipo y modo de transmisión, el sexo anal es particularmente peligroso entre las personas jóvenes: antes de los 30 años, implica contagio a una edad temprana. En diciembre de 1992, en Nueva York había 4587 casos de SIDA en hombres. Se había determinado el modo probable de transmisión en 4352 casos. De éstos, 2687 mantenían relaciones sexuales con hombres pertenecientes a grupos de riesgo, 261 habían usado drogas por vía intravenosa y tenían relaciones sexuales con hombres, y 2 habían mantenido relaciones sexuales con mujeres pertenecientes a grupos de riesgo. El problema es bastante diferente en las mujeres: El número del total de casos con menos de 29 años era de 1454, de los que 1298 tenían buena información y, de éstos, 511, casi el 40%, habían tenido relaciones sexuales con hombres pertenecientes a grupos de riesgo.(9) Es importante fijarse en estas cifras, porque parece que el aumento registrado del "SIDA del heterosexual" es, básicamente, un problema de la mujer. Las cifras no son tan extremas en los datos recogidos por el CDC(d), pero hay una diferencia clara y enorme entre el riesgo que representan las relaciones heterosexuales para las mujeres y para los hombres. Fracaso atribuible al usuario Se ha informado de que el fallo de los preservativos empleados como contraceptivos por la población adolescente puede ser hasta del 50%.(10) Aunque es cierto que un porcentaje muy alto de estos fallos es debido a no haberlos usado, tenemos que reconocer que hay numerosas publicaciones científicas que afirman que la educación sexual/VIH ha fracasado sistemáticamente en su intento de producir cambios significativos en la conducta de los adolescentes, sobre todo por lo que se refiere a un comportamiento que reduzca el riesgo de contagio.(11-16)

Los datos están bien resumidos por A. R. Shiffman, que afirma lo siguiente: "El conocimiento acerca de SIDA o de la infección por VIH y su prevención no se asoció con ningún cambio en las conductas de riesgo, ni tampoco lo estuvo con el número de fuentes de información acerca de la epidemia, ni con el conocimiento directo de pacientes infectados, ni con la estimación del riesgo personal, ni con el consejo de someterse a una prueba de VIH. De hecho, los jóvenes cuyas conductas del riesgo aumentaron más fueron los que tuvieron más probabilidades de conocer a alguien que había muerto de SIDA y que estimaron su propio riesgo como alto. La mayoría de los jóvenes dijeron que no usaban preservativos regularmente, que no les gustaban, y que tenían poca confianza en su capacidad protectora".(17)

Un obstáculo serio para que los adolescentes usen preservativos reside en que, frecuentemente, sus relaciones sexuales tienen lugar a raíz de un impulso repentino. Una encuesta muy conocida de Harris, comisionado por Planned Parenthood(e) en 1986, registró que el 83% de los jóvenes entre 14 y 15 años declaró que su primera experiencia sexual fue inesperada.(18) El Dr. D. Kirby escribió en Family Planning Perspectives que, en estudios controlados realizados en dispensarios

de escuelas, no se había obtenido ningún impacto en su uso como contraceptivos. Halló que las dos razones más comunes dadas por las jóvenes era que "no esperaba tener relaciones sexuales" y que "simplemente no pensaba que pudiera quedarme embarazada". La mayor parte de las razones, continúa diciendo, "no estaba relacionada con el acceso a los contraceptivos".(19) Un estudio más reciente, en la misma publicación, no encontró ninguna disminución de la tasa de nacimientos entre quienes acudían al dispensario.(20)

Varios autores que han estudiado factores psicosociales y predictivos de uso del preservativo entre estudiantes encontraron que el uso inadecuado del preservativo era muy prevalente, y estaba asociado con conductas de alto riesgo (promiscuidad, drogas) que, a su vez, estaban asociadas con circunstancias vitales adversas: poca ayuda de los padres, abuso de medicamentos, problemas académicos.

Por ejemplo, Anderson encontró que el empleo inadecuado o el no empleo de preservativos afectaba al 65,6% de los niños a quienes se había hablado acerca del SIDA y al 66,6% de aquellos a los que nunca se les había hablado. El empleo del preservativo "siempre" era del 34,4% y 33,4% respectivamente. También halló que la enseñanza sobre el VIH/SIDA no se asocia a un comportamiento sexual menos peligroso.(21)

Weisman ha registrado que la frecuencia media de uso correcto del preservativo en adolescentes era del 16%, algo más alta para "relaciones monógamas" y baja para casos de relaciones no estables.(22) H. Walter halló, en un estudio en la ciudad de Nueva York y en las escuelas del condado de Rockland, que, del 36% de los alumnos de 10º grado que eran sexualmente activos, 25,2% usaban los preservativos incorrectamente, y este mal uso estaba asociado con promiscuidad y drogadicción.(23) Y DiClemente halló que el número de compañeros sexuales durante la vida era inversamente proporcional a la frecuencia de uso del preservativo.(24)

D. Orr encontró que sólo el 22% de las muchachas que participaron en su estudio había usado preservativo durante la última vez que tuvieron relaciones sexuales. 55 de las del grupo "siempre" no lo había usado la última vez. De éstas, el 23% ya había estado embarazada y el 19% tenía a la vez una ETS(f) (Chlamydia)(25). Y, según la Revista de Morbilidad y Mortalidad de enero del 92, menos del 50% de los estudiantes usaron un preservativo durante sus últimas relaciones sexuales(26). Un informe previo de D. Orr sobre "Actividad sexual prematura como indicador de riesgo psicosocial" afirma que sus datos "apoyan la idea de que la actividad sexual está asociada de modo significativo a otras conductas peligrosas para la salud y que, con el aumento de la edad, las relaciones sexuales se asocian más frecuentemente con el empleo del alcohol o la marihuana, y esta asociación es mayor en las muchachas".(27) Gillmore et al. informaron de que la conducta

sexual peligrosa se asocia con abuso de medicamentos y alcohol, tabaquismo y delincuencia. En cambio, en su estudio, los adolescentes comprometidos con los valores, actividades e instituciones convencionales, tales como la familia y la iglesia, tenían menos probabilidad de emprender una conducta sexual peligrosa "presumiblemente porque piensan más en el futuro".(28) Un comentario reciente en Family Planning Perspectives titulado "Sexo entre adolescentes y otras conductas peligrosas" afirma que los adolescentes raramente emprenden una sola conducta problemática (drogas, violencia, robo, fracaso escolar o expulsión de la escuela). Por contra, tienden a llevar a cabo conductas con múltiples problemas.(29)

Los preservativos "pueden ayudar a reducir el peligro" pero se deben usar correcta y consecuentemente. Esto no es lo más probable entre adolescentes, y tampoco sucede en la población adulta, al contrario: estudios recientes entre estudiantes de Universidad han mostrado que, aunque están preocupados por el riesgo de adquirir una ETS, y conocen las técnicas para un "sexo más seguro", pocos las siguen. Sólo el 23% usa preservativos "siempre".(30) Incluso entre varones homosexuales jóvenes, como señala Klepinger et al., sus percepciones sobre la severidad de la enfermedad parecen tener poco impacto en su conducta sexual, y no existe una relación clara entre su conocimiento del SIDA, su número de relaciones sexuales recientes, su uso del preservativo o su participación en relaciones sexuales anales o casuales".(31) Los hemofílicos y sus esposas constituyen un grupo especial: la mayoría de los pacientes se infectó por el uso de hemoderivados contaminados antes del desarrollo de pruebas de detección del VIH. Un grupo grande de estas parejas, usualmente de relaciones estables y monógamas, fueron aconsejados sobre las técnicas para un "sexo más seguro". A pesar del riesgo obvio, el incumplimiento fue un problema común, y alcanzó una frecuencia del 45% - 55%.(32,33)

El empleo de preservativos requiere habilidad, madurez, autodisciplina, planificación, motivación. Los adolescentes, inmaduros, impulsivos y arriesgados, que buscan la satisfacción inmediata, no parecen buenos candidatos para adquirir y practicar esas cualidades. Y si pudiéramos enseñárselas, no tendríamos la actual crisis educativa, con la elevada frecuencia de fracasos que experimentamos.

La cuestión de fondo es que los adolescentes emprenden la actividad sexual debido a problemas más profundos, y ninguna cantidad de educación sexual los persuadirá para que usen preservativos correcta y adecuadamente.

Preservativos para la protección contra la seroconversión VIH

Nuestra búsqueda detallada en la literatura reciente no ha llegado a revelar ninguna publicación médica que muestre una correlación positiva fuerte entre la confianza en el preservativo y la prevención de transmisión sexual del VIH.(32-39) Hay, ciertamente, declaraciones de fe en los preservativos, pero la evidencia científica bien controlada no consigue apoyar esta fe. (De hecho, hemos sido incapaces de hallar ningún estudio controlado reciente de uso del preservativo que proporcione protección contra ninguna enfermedad de transmisión sexual. En todo caso, parece existir una correlación positiva entre la disponibilidad más fácil de preservativos, que se manifiesta, por ejemplo, en las leyes que exigen la libre distribución de preservativos en las farmacias, y la actual epidemia de ETS).

La mayoría de los estudios se han llevado a cabo durante cortos períodos de tiempo, no tienen grupos de control satisfactorios o están realizados sobre grupos que no son representativos de nuestra población joven. Por ejemplo, algunos de estos estudios se han realizado con hemofílicos casados, cuya actividad sexual es escasamente comparable a la de los jóvenes. Además, en estos grupos parece estar en juego algo diferente, porque hubo varios embarazos que no se acompañaron de seroconversión.(33) La prevalencia de la seroconversión en este grupo es sólo del 10% aproximadamente,(32,33,38,40) y esta baja cifra ha sido confirmada por PCR(g)y cultivos virales.(41,42) Esto conduce a poner en duda todos los estudios de "prevención por medio del preservativo" en parejas con hemofílicos. Estudios documentados sobre prostitutas en un país africano revelaron altos niveles de seroconversión, que llevaron a la interrupción del estudio. Este estudio también incluyó el uso de Nonoxynol 9, que había sido recomendado como protección, porque parece tener actividad antiviral "in vitro". En el momento en que se interrumpió el estudio, las prostitutas que usaban el Nonoxynol había tenido un número más alto de seroconversiones, aunque la diferencia no llegaba a ser estadísticamente significativa.(43)

Hearst et al. han intentado estimar el riesgo de seroconversión. Su conclusión: "Usar un preservativo con un usuario de drogas intravenosas, un hombre bisexual, o una prostituta es mucho más peligroso que mantener relaciones sexuales sin un preservativo con alguien quien no pertenece a un grupo de alto riesgo".(44)

Se han obtenido conclusiones similares estudiando la frecuencia de reinfección de pacientes tratados de ETS, que habían sido instruidos en el uso de preservativos. Según Cohen et al., el 19,9% de los varones y el 12,6% de las mujeres estuvieron re infectados después de un periodo de sólo 9 meses.(45)

Finalmente, un estudio detallado y estadísticamente exhaustivo llevado a cabo por Susan C. Weller, de la Facultad de Medicina de Galveston, Universidad de Texas, y recientemente publicado

en *Social Science and Medicine*, después de examinar 87 artículos científicos, concluye que la selección cuidadosa de compañeros sexuales reduce el riesgo por un factor de dos a cuatro órdenes de magnitud. Los preservativos, en cambio, suponiéndoles una efectividad del 90%, reducirían el riesgo sólo en un orden de magnitud y, según su análisis de los datos empíricos, su efecto protector debe estimarse como sólo del 69%.(46)

Muchos de los autores previamente mencionados subrayaban que el falso sentido de seguridad proporcionado por el "sexo protegido", cuando realmente el grado de protección es tan bajo, puede llevar a un aumento real del número de casos, cuestión que parece haber ocurrido con embarazos de adolescentes, que siguieron a la instauración de dispensarios escolares que distribuían preservativos.

Enfermedades de transmisión sexual (ETS)

Los adolescentes padecen ETS con mucha frecuencia. Un informe reciente del Instituto Alan Guttmacher, reproducido en *The New York Times* (31 de marzo del 93) afirma que la incidencia de ETS en los Estados Unidos es de 12 millones de casos nuevos por año y, de estos, 3 millones, 25%, se dan en personas menores de 25 años. Las ETS afectan desproporcionadamente a las mujeres, produciendo la enfermedad inflamatoria pélvica (PID), infertilidad y embarazos ectópicos, y haciendo a estas mujeres mucho más susceptible al SIDA. Según William R. Archer, "una de cada tres adolescentes sexualmente activas adquirirán una ETS antes de graduarse en la High School".(47) Y McCray afirma: "Las personas con una ETS que produzca ulceraciones genitales o anales (sífilis, chancro blando, herpes simple) puede, por razones biológicas, tener un riesgo mayor de adquirir y transmitir la infección por VIH".(48) Para complicar las cosas, el 80% de estos pacientes no sabe que tiene una ETS, y puede transmitirla sin darse cuenta.(49) Y los adolescentes que usan drogas, son sexualmente promiscuos o realizan coito anal son especialmente susceptibles a las ETS y VIH.(50)

Los preservativos no ofrecen una buena protección contra las ETS. La publicación oficial del CDC, *Morbidity and Mortality Weekly Review (MMWR)* afirma lo siguiente: "La abstinencia y las relaciones sexuales con una pareja no infectada y mutuamente fiel son las únicas estrategias de prevención completamente efectivas. El uso adecuado de preservativos durante toda relación sexual puede reducir, pero no eliminar, el riesgo de ETS. Las personas que tienen probabilidades de infectarse o saben que están infectados por el VIH deben ser conscientes de que el uso del preservativo no puede eliminar completamente el riesgo de transmisión para ellos o para otros ... los preservativos pueden ofrecer menos protección porque hay áreas de la piel no cubiertas por el preservativo que pueden ser infecciosas o vulnerables a la infección. La efectividad real de uso del

preservativo en la prevención de ETS es más difícil de evaluar. Los preservativos no son siempre eficaces para prevenir las ETS".(4) Y Cates, en Family Practice Perspectives, pone las cosas de modo incluso más difícil de evaluar: "Estudios controlados sobre la protección de los preservativos contra ETS realizados con mujeres proporcionan una evidencia menos convincente que las investigaciones correspondientes realizadas con hombres". En el mismo estudio, no encuentra ninguna diferencia en la prevalencia de la infección por Chlamydia entre el grupo que empleaba preservativo y el que no lo empleaba.(51) Y Samuels halló que los estudiantes universitarios usuarios de preservativo tenían una tasa infección del 35,7%, y los no usuarios del 37%, diferencia que no es estadísticamente significativa.(52)

Los preservativos proporcionan una protección particularmente pobre contra la transmisión de virus del papiloma humano (HPV), algunas de cuyas cepas están asociadas al cáncer de cuello uterino. Recientemente se ha añadido a la definición del SIDA el cáncer de cuello uterino diseminado. Cates cita un estudio finlandés en el que los preservativos no tenían ninguna utilidad para la protección contra infecciones cervicales por el HPV(51), y Dr. Richart, director de Patología Ginecológica del Centro Médico presbiteriano de Columbia, en una entrevista en Oncology Times, declaró que el 20% de los hombres infectados tienen lesiones de HPV en sitios distintos al pene, muchas de ellas sumamente difíciles de ver pero, no obstante, infecciosas. Al parecer, el 20% de las mujeres entre 14 y 18 años ya está infectada por el HPV, y tres de cada cuatro tiene cepas del virus asociadas al cáncer de cuello.(53) Y Dr. Dervin, en la revisión anual de Medicina de familia, patrocinada por la Facultad de Medicina de San Francisco, Universidad de California, subrayó que la infección por HPV es una enfermedad regional más que localizada, y que no es susceptible de control con medidas locales tales como el preservativo.(54)

Los preservativos y las ETS son problemáticos no sólo a causa de su propia patología, como hemos resumido más arriba, sino también por el hecho de que las ETS facilitan la transmisión sexual del VIH. ésta ocurre no sólo a través de lesiones de la piel o mucosas, sino también por la respuesta inflamatoria celular, que incluye células muy infectadas por el virus.

Educación sexual sobre contraceptivos y actividad sexual

Desde comienzos de los años 50 ha habido un aumento lento de la actividad sexual de los adolescentes y de los embarazos fuera del matrimonio. Las cifras en aquellos tiempos eran del orden del 3-5%, siempre mayor entre minorías pobres. A mediados de los sesenta, la frecuencia de maternidad sola había crecido hasta el asombroso nivel del 16%, lo que llevó al Prof. Moynihan (actualmente Senador Moynihan) a instaurar poderosas medidas para ayudar a restablecer la familia de dos padres. Planned Parenthood y el Sex Information and Education Council(h) de los

Estados Unidos (SIECUS), observando el mismo problema, defendieron con éxito el desarrollo de planes de estudio con educación sexual, poniendo énfasis en la contracepción, y en el establecimiento de dispensarios escolares de los que se excluían a los padres. Las aspirinas y los cultivos de exudado faríngeo no se pueden proporcionar secretamente a menores, pero estas restricciones no se aplicaron a los contraceptivos ni al consejo sobre cómo usarlos. Siguiendo la idea del caso Roe v. Wade, aconsejar el aborto ha sido también un elemento frecuente en el armamento de estos dispensarios. El llamativo paralelo entre el desarrollo de planes de estudio con educación sexual explícita, disponibilidad de contraceptivos, y la explosión de embarazos juveniles ha sido bien documentado por S. Roylance, J. A. Ford y J. Kasun en su testimonio ante el Comité del Senado sobre Trabajo y Recursos Humanos, en marzo de 1981. Sus datos mostraron que los embarazos aumentaron conforme se introdujeron estos nuevos programas, y la tasa de embarazos aumentó paralelamente a los gastos en estos programas: los Estados con gastos más altos mostraron los niveles más altos de embarazos y abortos. En California, uno de los estados pioneros, la tasa de embarazos creció 20 más rápido de 1970 a 1976 que en el resto de la nación, y en el condado de Humboldt, este aumento fue 40 veces más rápido después de la introducción de los programas de educación sexual.(55)

Estos hallazgos deben contrastarse con los resultados de una ley aprobada en Utah en 1980, que requiere el consentimiento paterno para la distribución de contraceptivos a menores; hubo un descenso substancial en la asistencia clínica, las cifras de embarazos y abortos de adolescentes.(55) Un resultado similar se observó en Minnesota a partir de una ley de 1981 que obligaba a notificar a los padres.(56)

En 1982, Dr. H. H. Newman, director médico del Departamento de Salud de New Haven, escribió que, con la excusa de reducir los embarazos entre adolescentes, los programas de educación sexual intentaron enseñar a los niños a alcanzar el ajuste sexual, a explorar cuestiones como la masturbación, técnicas sexuales, homosexualidad y violación. En sus palabras: "En lugar de enseñar a los jóvenes a evitar un embarazo no deseado y sus consecuencias, les enseñamos que la alegría del sexo es su herencia humana". Continúa diciendo que no hay ninguna evidencia científica acerca de que tales cursos tengan un impacto positivo sobre los embarazos de adolescentes. Su propia experiencia sugiere lo opuesto, y cita el caso de Suecia que experimentó un aumento de lo que se llamó entonces "nacimientos ilegítimos", excepto entre quienes eran bastante mayores, o entre quienes no recibieron educación sexual. En New Haven había tres escuelas similares. Una de ellas instauró un amplio programa de educación sexual 11 años antes, que condujo a un perturbador aumento del número de embarazos, comparado con las otras dos escuelas que no ofrecieron ese programa. Concluyó que era necesaria más investigación y evidencia estadística antes de adoptar tales programas, que, en su opinión, "pueden estar contribuyendo al problema".(57)

Numerosos estudios publicados refuerzan esta opinión. Informes de Marsiglio y Mott, y Dawson encontraron que los niños que recibieron educación sexual temprana tenían entre 1,2 y 1,5 más probabilidades de emprender una actividad sexual precoz.(58,59) Uno de Harris y su equipo, comisionado por Planned Parenthood, confirmó estos hallazgos.(18) Y, más recientemente, la prensa diaria ha informado de experiencias similares en Los Angeles y en Colorado.(60,61)

El CDC ha informado de un aumento de la actividad sexual de las quinceañeras, del 4,6% en 1970 al 25,6% en 1988.(62) El análisis de estos datos, publicado en Family Planning Perspectives, reveló un aumento de la promiscuidad y poca práctica de la contracepción.(63) Dada la naturaleza de la evidencia, y la posición de los realizadores de la encuesta a favor de la contracepción, las verdaderas cifras de no uso del preservativo pueden ser incluso mayores del 30-50% reconocido por los chicos y chicas. Los datos se confirman de nuevo en un informe del CDC de septiembre de 1992 que trata de la promiscuidad de los adolescentes, el SIDA y los preservativos.(64)

Para la sociedad en general, parece evidente que la educación sexual ha fracasado. Pero para evaluar el éxito o el fracaso, tenemos que mirar los objetivos. Dada la información disponible en los párrafos anteriores, podría parecer que el objetivo declarado de reducir los embarazos de las adolescentes no se ha conseguido, y la insistencia en estos programas lleva a la conclusión inevitable de que el verdadero objetivo ha sido cambiar las actitudes sociales hacia el sexo, aboliendo las restricciones tradicionales en este campo y alentando la aceptación de prácticas que muchos padres consideran desviadas. Tales metas pueden ser difíciles de defender en un debate público, por lo que el mito del SIDA y de la prevención del embarazo tiene que perpetuarse.

Un artículo reciente en Parents Magazine declara abiertamente que la meta del Sex Information and Education Council de los Estados Unidos (SIECUS) y de la Planned Parenthood es "promover una sexualidad sana en los jóvenes, proporcionándoles las habilidades que necesitan para ayudarles a tomar decisiones sexuales responsables"(65), pero no asumirán ninguna responsabilidad de los desastres que dejan detrás, que afectan a nuestros hijos, cuando sus intentos de ingeniería social fallan, y se enseñan a seres humanos jóvenes inmaduros como hechos ideas basadas en opiniones no comprobadas pero de moda, rechazando absolutamente la sabiduría de siglos de civilización. La percepción universal del matrimonio como el ambiente adecuado para el goce de una vida sexual saludable y el crecimiento de la familia no puede atribuirse a creencias religiosas o morales particulares, sino que debe reconocerse como el resultado de innumerables intentos de ensayo y error. Cualquier modificación de las costumbres establecidas requeriría una evidencia científica que los modernos abogados de la actividad sexual desenfundada han sido incapaces de proporcionar. El sistema de escuelas públicas de la ciudad de Nueva York proporciona una oportunidad selecta de desarrollar un estudio científico cuidadosamente controlado, que compare lo tradicional, las técnicas basadas en la abstinencia

que han funcionado en las generaciones anteriores, y lo nuevo, la promiscuidad protegida, tan entusiastamente defendida.

Alternativas al preservativo/ educación sexual sobre VIH

Kirby ha analizado los diferentes enfoques de la educación sexual y la prevención de embarazos y ETS. Concluye que el plan de estudios orientado hacia el conocimiento ha fallado, descubrimiento que confirma tardíamente la conclusión de los antiguos filósofos griegos, que el conocimiento y la práctica de virtud no se exigen mutuamente. Los que Kirby llama de "segunda generación", que intentan clarificar los valores y fundamentar la toma de decisiones, también los considera fracasados. Y, sin análisis, también desecha los programas de "tercera generación" basados en la abstinencia. Parece haber un conocimiento superior entre los expertos, que les permite eliminar de su consideración este enfoque, sin siquiera mirar los resultados de los experimentos que han empleado esos métodos. Procede entonces a defender un programa de "cuarta generación", mezcla de abstinencia y contracepción, que llama "Reducir el riesgo". Según su análisis, este programa no redujo la actividad sexual, y pareció tener éxito en aumentar la práctica de la contracepción en mujeres y "jóvenes de bajo riesgo".(66)

Como ya hemos afirmado, las estadísticas del CDC y del Comité de Salud de la ciudad de Nueva York revelan una llamativa disparidad en las frecuencias de transmisión heterosexual del VIH entre los compañeros varones y mujeres, disparidad que, por razones desconocidas, es mucho más notable en blancos que en negros o hispánicos. Los métodos contraceptivos bien recibidos por las mujeres, pero no por los hombres, suponiendo que los jóvenes hubieran contestado correctamente, sólo pueden ser de tipos que no tienen ningún efecto en la transmisión del VIH, y los métodos que benefician a grupos de bajo riesgo, mientras dejan a los de alto riesgo igual, no parecen dignos de mucho esfuerzo. Si, por otra parte, pudiéramos desarrollar programas que convirtieran el alto riesgo en bajo riesgo, y el bajo riesgo en ningún riesgo, nuestras autoridades deberían explorarlos y evaluarlos cuidadosamente por medio de estudios comparativos controlados.

El título XX de la ley del Servicio de la Salud Público de 1981 intentó hacer exactamente eso. Ayudó a desarrollar y evaluar métodos basados en la abstinencia. El primer programa de este tipo, denominado "Posponer las relaciones sexuales" comenzó en Atlanta en 1983, en las escuelas del centro de la ciudad. "Al final del 8º grado, los estudiantes que no habían participado en el programa tenían cinco veces más probabilidades de haber empezado su actividad sexual que quienes habían seguido el programa".(67)

Se ha desarrollado un gran número de programas similares, y aunque muchos de ellos suelen ser obra de personas con una orientación espiritual, todos los que han recibido alguna financiación de fuentes federales, se han mantenido estrictamente en terreno no religioso. Entre ellos podemos citar el plan "Community of Caring"(68) de la Fundación Joseph Kennedy, "Teen Aid"(69), "Sex Respect"(70), "Teen Choice"(71) y "Free Teens".(72) El común denominador de todos estos programas es que la abstinencia es la opción más saludable para los adolescentes, y que la actividad sexual debe reservarse para una relación madura y comprometida y que educar el carácter es una parte deseable de cualquier sistema educativo. Todo estos programas han mostrado notable efectividad para reducir la tasa de actividad sexual y embarazos, resultados que no puede ostentar ninguno de los programas basados en contraceptivos o drogas. Resultados similares o mejores se esperan en la transmisión de VIH: si el riesgo de una vida nueva actúa como disuasor, dado el refuerzo positivo, es lógico esperar lo mismo o más cuando el riesgo es la muerte. Y, basados en experiencia anecdótica, los programas que subrayan la abstinencia, pero dan preservativos como una especie de salvavidas, no han sido tan efectivos como los que se apoyan exclusivamente en la abstinencia.(73)

Conclusión

La revolución sexual ocurrida en las últimas décadas ha llevado a un cambio profundo en los pensamientos y perspectivas de muchos expertos, sobre todo entre los que no tienen hijos propios. Conductas que han llegado a ser aceptables para adultos en privado, son propugnadas ahora para los niños. Quienes piensan de esta manera tienden a olvidar que lleva tiempo hacer de un niño un adulto, y que las ideas doctrinarias que no tienen obvias consecuencias trágicas para los adultos, pueden ser malentendidas y llevadas a la práctica irresponsablemente por jóvenes inmaduros. En nuestras escuelas nos enfrentamos con otro problema: la violencia asesina. Ningún experto, por lo menos todavía, ha sugerido que todos los jóvenes deban asistir a la escuela con un chaleco antibalas, o que debemos proporcionarles instrucción adecuada sobre la manipulación correcta de armas de fuego para evitar las muertes debidas a balas perdidas, como si cada bala debiera dar en el blanco. Sabemos también los problemas que produce la bebida tomada de modo irresponsable, quizás en combinación con la conducción irresponsable. Todos pensamos lo mismo en estos campos, pero no hemos podido hallar maneras fiables de enseñar responsabilidad a los jóvenes, excepto intentar prohibir las actividades particularmente peligrosas, y esperar que sobrevivan hasta que la vida misma les enseñe una conducta más responsable, siendo el matrimonio tradicional una de las escuelas con más éxito para conseguir este objetivo.

REFERENCIAS

1. Noble RC. The Myth of "Safe sex". Newsweek, April 1, 1991.
2. Trussel J, Warner DL, Hatcher R, et al. Condom Slippage and Breakage Rates. Fam Plann Perspect 1992; 24: 20-23.
3. Digest. Study Finds Low Condom Breakage Rate, ties most Slippage to Improper Use. Fam Plann Perspect 1992; 24: 191.
4. CDC. Condoms for Prevention of Sexually Transmitted Diseases. MMWR 1988; 37: 133-134.
5. National Recall Alert center. Recall warning Alert #842 (Condoms). March 26,1991 p.8.
6. Recalls, an Update List. Good Housekeeping May 1991, p. 121.
7. Carey RF, Herman WA, Retta SM, et al. Effectiveness of Latex Condom As a Barrier to VIH Sized Particles under Conditions of Simulated use. Sex Transm Dis 1992; 718: 230-234.
8. Wigersma L, Oud R. Safety and Acceptability of Condoms for use by Homosexual Men as a Prophylactic against Transmission of VIH During Anogenital Sexual Intercourse, Br Med J 1987; 295: 94.
9. AIDS Surveillance Update, New York, NY: New York city Department of Health; January 1993.
10. Jones EE, Forest JD. Contraceptive Failure Rates Based on the 1988 NSFG. Fam Plann Perspect 1992; 24:12-19.

11. Strunin L, Hingson R. Acquired Immunodeficiency Syndrome and Adolescents: Knowledge, Beliefs, Attitudes and Behaviors. *Pediatrics* 1987; 79: 825-828.

12. Kegeles SM, Adler NE, Irwin ChE. Sexually Active Adolescents and Condoms: Changes over one Year Knowledge, Attitudes and Use. *Am J Public Health* 1988; 78: 460-461.

13. Stout JW, Rivara FP. Schools and Sex Education: Does it Work? *Pediatrics* 1989; 83: 375-379.

14. Goodman E, Cohall AT. Acquired Immunodeficiency Syndrome and Adolescents: Knowledge, Attitudes, Beliefs, and Behaviors in a New York City Adolescent Minority Population. *Pediatrics* 1989; 36-42.

15. Kann L, Anderson JE, Holtzman D, et al. VIH Knowledge, Beliefs, and Behaviors among High School Students in the United States: Results from a National Survey. *J School Health* 1991; 61: 397-401.

16. Millstein SG, Irwin ChE, Adler NE, et al. Health Risk Behaviors and Health Concerns Among Young Adolescents. *Pediatrics* 1992; 89: 422-428.

17. Stiffman AR, Earl SF, Dore P, et al. Changes in Acquired Immunodeficiency Syndrome -Related Risk Behavior After Adolescence: Relationships to Knowledge and Experience Concerning Human Immunodeficiency Virus Infection. *Pediatrics* 1992; 89: 950-956.

18. Harris and Associates Survey "American Teens Speak: Sex, Myths, TV and Birth Control", conducted for Planned Parenthood, 1986.

19. Kirby D, Warza KC, Ziegler J. Six School Based Clinics: Their reproductive Health Services and Impact on Sexual Behavior. *Fam Plann Perspect* 1991; 23: 6-16.

20. Kirby D, Resnik MD, Downes B, et al. The Effects of School Based Health Clinics in St. Paul on School Wide Birth Rates. *Fam Plann Perspect* 1993; 25: 12-16.

21. Anderson JE, Kann L, Holtzman D, et al. VIH/AIDS Knowledge and Sexual Behavior Among High School Students. *Fam Plann Perspect* 1990; 22: 252-255.

22. Weisman C, Plichta S, Nathanson CA, et al. Consistency of Condom Use for Disease Prevention Among Adolescent Users of oral Contraceptives. *Fam Plann Perspect* 1991; 23: 71-74.

23. Walter HJ, Vaughan RD, Cohall AT. Psychosocial Influence on Acquired Immunodeficiency Syndrome - Risk Behaviors Among High School Students. *Pediatrics* 1991; 88: 846-852.

24. DiClemente RJ, Dubin M, Siegel D, et al: Determinants of Condom Use Among Junior High School Students in a Minority, Inner City School District. *Pediatrics* 1992; 89:197-202.

25. Orr DP, Langefeld CD, Katz BP, et al. Factors Associated with Condom Use Among Sexually Active Female Adolescents. *J Pediatrics* 1992; 120: 311-317.

26. CDC. Sexual Behavior Among High School Students - United States, 1990. *MMWR* 1992; 40: 885-887.

27. Orr DP, Beiler M, Ingersoll G. Premature Sexual Activity as an Indicator of Psychological Risk. *Pediatrics* 1991; 87: 141-147.

28. Gillmore MR, Butler SS, Lohr MJ, et al. Substance Use and other Factors Associated with Risky Sexual Behavior Among Pregnant Adolescents. *Fam Plann Perspect* 1992; 24: 255-268.

29. Digest. Teenage Sex and Other Risky Acts. *Fam Plann Perspect* 1993; 25:3.

30. Joffe GP, Foxman B, Schmidt A, et al: Multiple Partners and Partner Choice as Risk Factors for Sexually Transmitted Disease Among Female College Students. *Sex Transm Dis* 1992;19: 272-278.

31. Klepinger DH, Billy J, Tanfer K, Grady WR. Perceptions of AIDS Risk and Severity and Their Association With Risk Related Behavior Among US Men. *Fam Plann Perspect* 1993; 25: 74-82.

32. Laurian Y, Peynet J, Verroust F. VIH Infection in Sexual Partners of VIH Seropositive Patients with Hemophilia. *N Engl J Med* 1989; 320: 183.

33. Lusher JM, Operskalski EA, Alerdot LM, et al. Risk of Human Immunodeficiency Virus Type I Infection Among Sexual/non Sexual Household Contacts of Persons With Congenital Clotting Disorders. *Pediatrics* 1991. 88: 242-249.

34. Fischl MA, Dickinson G, Scott GB, et al. Evaluation of Household Partners, Children and Household Contacts of Adults with AIDS. *JAMA* 1987; 257:640-644.

35. Padian N, Marquis L, Francis DP. Male to Female Transmission of Human Immunodeficiency Virus. *JAMA* 1987; 253: 788-790.

36. Detels R, English P, Visscher BR, et al. Seroconversion, Sexual Activity, and Condom Use Among 2915 VIH Seronegative Men Followed For Up to 2 Years. *J Acquired Immun Def Syn* 1989; 2: 77-83.

37. Frosner GG. How Efficient is "Safer Sex" in Preventing VIH Infection? *Infection* 1989; 17:3-5.

38. Kreiss JK, Kitchen LW, Prince HE, et al. Antibody to Human T Lymphotropic Virus Type III in Wives of Hemophiliacs. *Ann Intern Med* 1988;148:1299-1301.

39. Brettler DB, Forsberg AD, Levine PH, et al. Human Immunodeficiency Virus Isolation Studies and Antibody Testing. *Arch Intern Med* 1988;148:1299-1301.

40. CDC. VIH Infection and Pregnancies in Sexual Partners of VIH Seropositive Hemophilic Men-United States. MMWR 1987. 36: 593-595.

41. Jackson JB, Kwok SY, Hopsicker JS, et al. Absence of VIH I Infection in Antibody Negative Sexual Partners of VIH I Infected Hemophiliacs. Transfusion 1989; 29: 265-267.

42. Brettler DB, Somasunduran M, Forsberg AF, et al. Silent Immunodeficiency Virus Type I Infection: A Rare Occurrence in a High Risk Heterosexual Population. Blood 1992; 80: 2396-2400.

43. Kreiss J, Ngugi E, Holmes K, et al. Efficacy of Nonoxynol 9 Contraceptive Sponge Use in Preventing Heterosexual Acquisition of VIH in Nairobi Prostitutes. JAMA 1992; 268: 477-482.

44. Hearst N, Hulley SB. Preventing the Heterosexual Spread of AIDS. JAMA 1988; 259: 2428-2433.

45. Cohen DA, Dent C, MacKinnon D, et al. Condoms for Men, Not Women. Sex Transm Dis 1992;19:245-251.

46. Weller SC. A Meta-Analysis of Condom Effectiveness in Reducing Sexually Transmitted VIH. Soc Sci Med 1993. 36: 1635-1644.

47. Archer WR II, (former) Deputy Assistant Secretary for Population Affairs, in a letter to HC McCall, President, New York City Board of Education, December 1992.

48. McCray E, Onorato IM. Sentinel Surveillance of Human Immunodeficiency Virus Infection in Sexually Transmitted Disease Clinic in the United States. Sex Transm Dis 1992; 19: 235-24 1.

49. McIlhaney Jr. JS: Safe Sex. A Doctor Explains the Realities of AIDS and other STD's. Grand Rapids Michigan: Baker Book House, 1990.

50. Wendell DA, Onorato IM, McCray E, et al. Youth at Risk. Sex, Drugs, and Human Immunodeficiency Virus. *Am J Dis Children* 1992;146: 76-81.
51. Cates W, Stone KN. Family Planning, Sexually Transmitted Diseases and Contraceptive Choice: a Literature Update- Part 1. *Fam Plann Perspect* 1992; 24: 75-84.
52. Samuels S. Clamidia: Epidemic Among America's Young. *Med Aspects Hum Sex* 1989; Dec: 16-24.
53. Richart RM. *Oncology Times* 1992; June, p 50, and personal communication.
54. Dervin JV. Condom Won't Prevent Transmission of Human Papillomavirus. *Family Practice News* 1992; 22: 12.
55. Kasun J. *The War Against Population*. San Francisco CA: Ignatius Press, 1988.
56. Rogers JL, Boruch RF, Stoms GB, et al. Impact of the Minnesota Prenatal Notification Law on Abortion and Birth. *Am J Public Health* 1991; 81: 294-298.
57. Newman HH. Does Sex Education in School Help or Hurt? *Medical Economics* 1992; May 24:35-37.
58. Marsiglio W, Mott F. The Impact of Sexual Activity, Contraceptive Use and Premarital Pregnancy Among Teenagers. *Fam Plann Perspect* 1986;18: 151-161.
59. Dawson DA, The Effects of Sex Education on Adolescent Behavior. *Fam Plann Perspect* 1986;18:162-170.

60. Washington Times 3/8/91.

61. USA Today 5/19/92.

62. CDC. Premarital Sexual Experience Among Adolescent Women - United States, 1970-1988. MMWR 1991; 31: 929-932.

63. Kost K, Forresr JD. American Women's Sexual Behavior and Exposure to Risk of STD's. Fam Plann Perspect 1992; 24: 244-254.

64. CDC: VIH/AIDS Prevention-Adolescents and VIH. September 1992.

65. Hopkins E. Special Report. Why Sex Ed Fails. Parents Magazine September 1993.

66. Kirby D, Barth RP, Leland N, et al. Reducing the Risk. Fam Plann Perspect 1991; 23: 253-263.

67. Howard M, McCabe JB. Helping Teenagers postpone Sexual Involvement. Fam Plann Perspect 1990; 22: 21-26.

68. Community of Caring. Joseph P Kennedy Jr. Fnd. 1350 NY Av. Washington DC. 20005

69. Teen Aid. Me, My World and my Future. N 1330 Calispel, Spokane WA 99201

70. Sex Respect. Project Respect. PO Box 97 Golf IL 60029

71. Teen Choice. 6201 Leesburg Pike, Falls Church VA 22044.

72. Free Teens. 7 Park Av. Westwood NJ 07675.

73. Funderburk Patricia, (former) Director of the Office of Adolescent Pregnancy Programs in the USA. "Abstinence Education and Public Policy". Teaching Abstinence in the Public Schools. Jacob Javits Convention Center New York, NY. September 19,1992. Ms Funderburk is presently Director of Educational Services, Americans for a Sound AIDS Policy.

(a) Virus de la inmunodeficiencia humana.

(b) Perspectivas en Planificación Familiar.

(c) Food and Drug Administration: entidad del gobierno USA que se encarga de la aprobación de medicamentos, prótesis, aditivos alimentarios, etc.

(d) Committee for Disease Control: Comité de control de enfermedades infecciosas de Atlanta.

(e) Planned Parenthood Federation (Federación de paternidad planificada): Asociación estadounidense, no estatal, que tiene como fin programático la difusión de métodos contraceptivos, tanto en Estados Unidos como en el resto del mundo.

(f) Enfermedad de transmisión sexual.

(g) Polymerase Chain Reaction: análisis que permite averiguar si una muestra biológica contiene unos genes que se buscan, aunque éstos se encuentren presentes en una cantidad muy baja.

(h) Consejo sobre educación e información sexual.

Traducción castellana: Antonio Pardo

