



UNIVERSIDAD DE NEGOCIOS ISEC

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**El Eroti-pack: una propuesta de prevención
de Infecciones de Transmisión Sexual en los
Adolescentes.**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A**

SIDDHARTHA SERVÍN AGUIÑIGA

**DIRECTOR:
LIC. MILTON CARBALLAR GARRIDO**

MÉXICO DF, Junio 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mis papás, Patricia y Saúl. Gracias por su apoyo, por su entrega, por creer en mí y por haber sido los principales cómplices; para que hoy pueda concluir con este objetivo de mi vida. Gracias por ser mi ejemplo, mis guías, mis formadores, pero sobre todo gracias por ser mis Papás y por todo su Amor; porque gracias a ustedes soy lo que soy. ***¡LOS AMO!***

A mi hermana, Mitzi. Gracias por tu confianza, por tu apoyo, por tu paciencia y por tus palabras que me ayudaron a cerrar este ciclo de mi vida. Gracias por ser una cómplice más de mi aventura, por no dejarme solo y siempre brindarme tu mano; no pude haber tenido mejor Hermana que Tú, gracias. ***¡TE AMO!***

A la Mujer de mi Vida, Aseret. Gracias por haber llegado a mi vida en el momento perfecto, por demostrarme en cada paso que doy tu apoyo incondicional y por recorrer este camino junto a mí. Gracias por tu Amor, por tu comprensión, por creer en mí, por tu paciencia y por tanta felicidad; pero sobre todo, Gracias por ser mi inspiración y mi fuerza. ***¡TE AMO Y TE AMARÉ SIEMPRE!***

A mis amigos. Gracias por sus consejos, por su cariño, por sus risas, por sus llantos y por el aprendizaje que me dieron día a día. Gracias por los momentos inolvidables, pero mil gracias por su Lealtad. ***¡LOS QUIERO!***

A mi Institución, la Universidad de Negocios ISEC que me dio la oportunidad y el privilegio de formarme como Psicólogo, por hacer de mí una mejor persona y por su apoyo para concluir esta etapa. Gracias.

A mis sinodales, por su tiempo, por su enseñanza y por su confianza. Gracias.

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo I. Infecciones de Transmisión Sexual.	6
I.1. Las Infecciones de Transmisión Sexual como un problema de Salud Pública.	6
I.2. Historia de las Infecciones de Transmisión Sexual en la época Prehispánica.	9
I.3. Conceptualización de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).	12
I.4. Dinámica de transmisión de las ITS en la Población.	15
I.5. Infecciones de Transmisión Sexual más frecuentes (signos, síntomas y tratamiento).	30
Capítulo II. Adolescencia.	82
II.1. Definición de Adolescencia.	82
II.2. Desarrollo Biológico de la Adolescencia.	87
II.3. Desarrollo Psico-social de la Adolescencia.	97
II.4. Sexualidad Adolescente.	100
II.5. Algunos aspectos de la Sexualidad Adolescente.	102
Capítulo III. Propuesta: El Eroti-pack.	108
III. 1. ¿Qué es el Eroti-pack?	108
III.2. Funciones de los Elementos del Eroti-pack.	112
Conclusiones.	127
Bibliografía.	130

RESUMEN

El presente trabajo pretende brindar a los adolescentes una medida de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual, a través del uso de los elementos del Eroti-pack, que les permitan ejercer una sexualidad responsable. Esta medida de prevención surge por la necesidad de frenar el alto índice de contagios de Infecciones de Transmisión Sexual entre los adolescentes. Esta situación ya ha sido considerada como un problema de salud pública, por lo que se requiere actuar de inmediato para contribuir a la Educación de la Sexualidad de los Adolescentes. Así mismo, es importante señalar que las conductas sexuales de riesgo que llevan a cabo los adolescentes, están determinadas por el constructo social llamado Adolescencia; porque los mantiene en una confusión extrema, al no encontrar las herramientas necesarias que les brinden la seguridad para tener un ejercicio sexual responsable, libre y placentero.

Palabras Claves: Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Eroti-pack, Adolescencia.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el índice de contagios de Infecciones de Transmisión Sexual en los adolescentes es considerado un problema de salud pública en México y en gran parte del país. Debido a la falta de educación de la sexualidad hacia los adolescentes, desde su núcleo familiar hasta el ámbito académico.

Al tomar en cuenta lo que dice el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), el cual informó en Septiembre del año 2012, que el índice de contagios de VIH en México, ascendió de 3687 casos en el año 2011, a 4255 casos en el año 2012; teniendo a los jóvenes entre 15 y 19 años como el sector de mayor contagio de VIH; y su principal vía de contagio fue la sexual. (CENSIDA, 2012).

Esto resulta preocupante, porque sólo nos está hablando de una de las Infecciones de Transmisión Sexual que existen, pero quizá la de mayor relevancia; por lo que implica a nivel mundial.

Pero no se puede ignorar al Virus del Papiloma Humano, que según el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades; la infección por el virus del papiloma humano en el año 2012, fue la más frecuente entre las infecciones de transmisión sexual, con una prevalencia del 20%. El grupo más afectado fue el de los adolescentes, con un 40%, seguido de las amas de casa y de las sexoservidoras. Lo que ha originado que se tome al virus del papiloma humano, como un problema de salud pública.

Así mismo, se deben contemplar a las demás ITS que causan problemas entre los adolescentes, desde las Infecciones vaginales que son recurrentes entre los adolescentes, hasta el contagio de Herpes, Gonorrea, Sífilis y, en la medida que no se promueva una educación de la sexualidad para aprender a prevenir su contagio, el problema continuará creciendo.

El problema existe, por ser los adolescentes una población vulnerable, ya que se encuentran en la etapa del descubrimiento, la experimentación y la iniciación de su ejercicio sexual.

Por lo tanto, se complica más al no existir una educación de la sexualidad oportuna para el adolescente, que le proporcione el conocimiento de cómo protegerse en su ejercicio sexual, para prevenir el contagio de alguna Infección de Transmisión Sexual y a su vez adquiera el hábito de ser responsable.

En relación a lo anterior, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, elaborada por la Secretaría de Salud; en su apartado de salud sexual en adolescentes de 15 a 19 años; nos dice que el 14.7% de los hombres y 33.4% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en sus relaciones sexuales, lo que representa una reducción notable en relación con 2006, cuando 30% de los hombres y 57% de las mujeres reportaron no haber utilizado ningún método anticonceptivo.(Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012)

Reducción que no es para celebrar, porque el objetivo es que la totalidad de los adolescentes utilicen elementos de protección contra las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y no sólo reducirse al uso del condón, por lo que estas cifras; lo único que están diciendo, es que día a día se siguen infectando los adolescentes al no conocer todas las vías de transmisión que existen de los virus de las ITS.

Aunque es importante reconocer que en los últimos años la Secretaría de Salud ha tenido el interés de promover el uso del condón, cómo medida de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y de embarazos no deseados en los adolescentes, no ha sido suficiente, porque se necesita que las Instituciones Educativas sean cómplices de estas campañas, para poder magnificar la educación de la sexualidad.

Si se pudiera lograr que estas Instituciones Educativas, se interesen en implementar programas de Educación de la Sexualidad en su comunidad, se

estaría logrando fomentar el hábito de la prevención en el ejercicio sexual de los adolescentes en gran cantidad. Generando así, una cultura de responsabilidad y reduciendo el índice de contagio de Infecciones de Transmisión Sexual en los adolescentes.

Para lograr esto, sería importante que los Directivos de las Instituciones Educativas, aprendieran a separar las creencias personales de los objetivos académicos; para evitar entorpecer la educación de la sexualidad hacia la comunidad estudiantil.

La intención con este cambio, es ser congruente con el objetivo de toda Institución Educativa, el lograr una educación integral en los adolescentes, en la cual no se puede excluir a la sexualidad, por ser parte integral de los adolescentes. Pero sobre todo, no se puede continuar ignorando la realidad que viven día a día los adolescentes con su sexualidad.

Por lo tanto, los psicólogos que laboran en alguna Institución Educativa, tienen que ser los primeros responsables de esta educación de la sexualidad, para lograr promover la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual en los adolescentes.

Su responsabilidad también implica, promover el hábito de la responsabilidad en los adolescentes, orientándolos de manera objetiva a una mejor toma de decisiones; que les permita incrementar su seguridad y confianza para ejercer su sexualidad.

Otra labor importante como psicólogos, es encausar a los adolescentes a reducir los riesgos, maximizando el placer. Ya que el objetivo de la sexualidad es el disfrute de la misma con responsabilidad. Es decir: "A mayor protección, mayor placer".

En base a lo preocupante que es el problema de contagios de Infecciones de Transmisión Sexual en los adolescentes, de la nula educación de la sexualidad, de

las insuficientes campañas de prevención y de la iniciación del ejercicio sexual de los adolescentes; se propone el Eroti-pack, como medida de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual en los adolescentes.

Por tanto, el Eroti-pack como medida de prevención de ITS, fomenta la protección y la responsabilidad en los adolescentes. Porque sus elementos de protección, cómo son el condón para hombre o para mujer, los dedos o el plástico adherente; impiden el contacto directo con los genitales y sus fluidos, evitando la transmisión de los virus de las ITS al cuerpo.

De esta forma el Eroti-pack, cumple con la función, de prevenir, educar y responsabilizar a los adolescentes, a través una información y una educación oportuna. Aunado a estos objetivos, el Eroti-pack le permitirá al adolescente sentirse seguro y confiado, al saber que está protegido durante su ejercicio sexual; reduciendo los riesgos, para maximizar el placer.

Con la realización de este trabajo, se pretende contribuir a la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual entre los adolescentes, formando personas responsables con su sexualidad.

Así mismo, se busca que las Instituciones Educativas, valoren el problema que significa el índice de contagios de ITS en los adolescentes y, que tengan la intención degenerar una educación de la sexualidad en su comunidad, para promover el uso del Eroti-pack como medida de prevención.

Por último, el uso del Eroti-pack para los adolescentes, puede ser la diferencia entre disfrutar con responsabilidad su sexualidad o padecerla por una irresponsabilidad.

CAPÍTULO I

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

I. 1. Las Infecciones de Transmisión Sexual, como problema de salud pública.

Las infecciones de transmisión sexual representan un serio problema de salud pública en México y en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 900 mil personas se infectan a diario y se registran 340 millones de casos nuevos de ITS cada año en el mundo, y la proporción de casos es mayor entre personas de 15 a 49 años, siendo similar en ambos sexos, observándose un ligero predominio entre los hombres, entre las que destacan la sífilis, gonorrea, clamidia y tricomoniasis. (Organización Mundial de la Salud (OMS) 2011. Guía básica sobre Infecciones de transmisión sexual)

En México, el 53% de la población tiene su primera unión sexual entre los 15 y los 19 años de edad. Muchos de estos jóvenes no saben cómo protegerse de infecciones de transmisión sexual.

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), el cual informó en Septiembre del año 2012, que el índice de contagios de VIH en México, ascendió de 3687 casos en el año 2011, a 4255 casos en el año 2012; teniendo a los jóvenes entre 15 y 19 años como el sector de mayor contagio de VIH; y su principal vía de contagio fue la sexual. (CENSIDA, 2012)

Se estima en México, que la mayor tasa de incidencia de contagios en adolescentes de 15 a 21 años de edad, correspondió a la infección por el virus del papiloma humano con una tasa de 23.3 casos por cada 100 mil habitantes; la

gonorrea, el herpes genital y la sífilis adquirida presentaron tasas entre uno y dos; en tanto que la sífilis congénita, el linfogranuloma venéreo y el chancro blando se encontraron con tasas entre 0.1 y 0.6 por cada 100 mil habitantes. (CONAPO, 2012. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS).

Algunas de las cifras y datos que destaca la OMS para dar cuenta de la gravedad del problema que representan las ITS son:

- En las mujeres, las infecciones por gonococo y clamidia que no son tratadas a tiempo, pueden llegar a generar enfermedad pélvica inflamatoria hasta en 40% de los casos. Uno de cada cuatro de estos casos provoca infertilidad.
- El desarrollo de las nuevas vacunas contra la infección por el Papilomavirus humano puede evitar cada año la muerte prematura de aproximadamente 240,000 mujeres por cáncer cervicouterino, en las poblaciones de escasos recursos.
- En todo el mundo, cerca de 4,000 recién nacidos al año quedan ciegos como consecuencia de infecciones oculares atribuibles a infecciones gonocócicas y clamidianas maternas no tratadas. (Organización Mundial de la Salud (OMS) 2011. Guía básica sobre Infecciones de transmisión sexual)

En lo que respecta a la mayor o menor prevalencia de las ITS entre los distintos países y grupos poblacionales, la OMS ha señalado que: “Cualquier cifra a nivel mundial, puede ocultar la gran diferencia en incidencia y prevalencia que existe en distintas regiones y países. Aún en los países, la prevalencia podría ser alta en grupos específicos de alto riesgo o en la población en general”. (Organización Mundial de la Salud (OMS) 2011. Guía básica sobre Infecciones de transmisión sexual)

Es obligación del Estado y de la sociedad en su conjunto trabajar para garantizar que todas las personas puedan acceder a servicios de salud que ofrezcan prevención y tratamiento de las ITS mediante intervenciones eficaces. Aunque este objetivo representa un enorme reto para los sistemas de salud de muchas partes del mundo, trabajar para lograrlo es un tema crucial en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas.

Las medidas de prevención y control de las ITS se deben basar en la aplicación de estrategias tendientes a reducir la exposición, mediante:

- A) Promoción de la salud, medidas de prevención y protección, que logren impactar en la modificación del comportamiento sexual, conductas, hábitos y actitudes, que disminuyan el riesgo de transmisión.
- B) Atención oportuna de los casos e información a las personas con prácticas de riesgo.
- C) Seguimiento y búsqueda de contactos para inicio de tratamiento.

Los y las profesionales de servicios de salud juegan un papel crucial para la prevención y atención adecuada de las ITS, ya que son los encargados de:

- Proveer y referir a las personas para obtener consejería preventiva o de reducción de riesgos.
- Evaluar el riesgo de las personas y realizar pruebas de laboratorio de acuerdo con dicho riesgo.
- Diagnosticar y tratar a las personas infectadas con alguna ITS.
- En caso necesario, referirlas a servicios de atención más especializados.
- Reportar los casos de ITS de acuerdo con los criterios establecidos por las autoridades de salud.
- Cumplir con criterios de confidencialidad en todos los procesos. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual)

I. 2. Historia de las Infecciones de Transmisión Sexual, en la época Prehispánica

En una sociedad donde las transgresiones sexuales se practicaban con cierta frecuencia, no debe causar extrañeza la proliferación de enfermedades que ocasionaban daños severos tanto al cuerpo como al espíritu. (Aguirre, 2010. Pecar como dios manda. Historia sexual de los mexicanos).

Los antiguos Nahuas creían que durante el coito se daba un desprendimiento del *tonalli* (espíritu, energía) y que este en forma de sombra se alejaba a sitios habitados por los muertos y los dioses, por lo que su interrupción abrupta podía ocasionar su extravío y, por consecuencia, quebrantos en el carácter y la personalidad de índole patológico.

El peligro atribuido a la interrupción del coito por un susto y la cancelación del orgasmo, derivaba de la creencia de que la eyaculación era la forma de recuperar el equilibrio emocional que habían roto el apetito y la excitación sexual; equilibrio necesario para el retorno del *tonalli*. Un corte violento significaba la pérdida del contacto entre el organismo copulante o durmiente y su *tonalli*, y la dificultad del regreso de éste. (Aguirre, 2010. Pecar como dios manda. Historia sexual de los mexicanos).

Por ello era importante evitar los sustos, para que el acto sexual se consumase y que la corrida del varón fuese espesa y abundante, de suerte que con el derrame seminal, el *tonalli* pudiese retornar envuelto entre las brumas del goce y la felicidad.

Las personas que cohabitaban entre sí deberían estar sanas y disfrutando a plenitud de sus facultades físicas. Se recomendaba que las mujeres recién paridas no practicasen la cópula, ni aquellos que se encontraban convalecientes de alguna enfermedad o herida y que, se suponía, tenían menguada su fuerza vital, porque podrían contraer enfermedades serias.

El *tonalli* también podía verse afectado por la actividad sexual prematura, ya que esta motivaba la disminución del crecimiento y de la inteligencia, facultades ambas atribuidas a dicha entidad anímica.

Si bien todas estas peculiaridades eróticas eran muy dañinas y atentaban contra la perversión de un espíritu saludable, lo que más y con mayor frecuencia dañaba al *tonalli*; era la proclividad a entregarse al exceso en las relaciones sexuales, al grado de que se utilizaban expresiones metafóricas, tales como: *tlacolmiquiztli*, que quiere decir, daño causado por amor y deseo. (Aguirre, 2010. Pecar como dios manda. Historia sexual de los mexicanos).

La forma conocida entonces para curar dichas lesiones consistía en la confesión, la penitencia y la ofrenda a los dioses, mediante las cuales el penitente esperaba que su corazón, torcido por sus pecados, volviera a ocupar su posición natural.

Amén de la excesiva actividad sexual de hombres y mujeres, muchas enfermedades se originaban en las esferas privativas de los dioses, donde estos decidían imponer castigos ejemplares a los transgresores y ello obligaba a la intervención de sacerdotes, curanderos, hechiceros y chamanes. Por ello, los antiguos Nahuas recurrían a conjuros que aludían a los tiempos místicos.

En los casos en que los infractores decidían confesar sus pecados para obtener la curación de sus enfermedades, lo hacían delante del dios Tezcatlipoca, porque él lo veía todo y al mismo tiempo era invisible y, de la diosa Tlazoltéotl, la que devora la impureza del pecado y por ello la que da la absolución.

Tocaba a los sacerdotes hacer los exordios e interpretar la voluntad del penitente frente a los dioses y, a su vez satisfechos todos los pormenores y confesadas sus faltas, imponían la penitencia. (Aguirre, 2010. Pecar como dios manda. Historia sexual de los mexicanos).

Muchas otras enfermedades afectaban los genitales de quienes violaban las reglas impuestas por las deidades; si algún hombre en el tiempo del ayuno exigido por el dios Macuilxóchitl, tenía acceso a mujer, o alguna mujer a hombre, decían

que ensuciaban el ayuno y, por esto, el dios los hería con enfermedades en las partes secretas (genitales) como por ejemplo, las almorranas y la podredumbre del miembro.

También enfermaba en su miembro mujeril, vulva y vagina, aquella mujer que pasase sobre la *cuetlaxóchitl*, flor que se daba en un árbol de hojas muy coloridas, la hubiera olido o sentado encima de ella, mientras llevase en el magín escenas pecaminosas vinculadas a la cópula. La hinchazón de las tetas que podían provenir de la lactancia de sus hijos o de los chupetones que le daba su galán entusiasmado, solo se curaba con una mezcla de hierbas molidas y preparadas para ser usadas como emplasto.

La sífilis y el pian (enfermedad tropical parecida a la sífilis que se transmite por insectos) fueron dos padecimientos causados por treponema, cuya presencia en Mesoamérica está bien documentada. Es un hecho que la pandemia de sífilis del siglo XVI fue causada por cepas americanas.

La sífilis fue una enfermedad muy frecuente entre los nahuas, tanto que durante muchos años se sostuvo la hipótesis mentirosa, propalada por los conquistadores y algunos cronistas ignorantes, de que dicha enfermedad había sido una de las aportaciones negativas del Nuevo al Viejo Mundo.

Sin embargo y al margen de dicha polémica peregrina, en los Anales de Cuauhtitlán se menciona al dios lunar Metztli, el dios sifilítico, infestado de bubas (tumores de pus), transformado en la luna. (Aguirre, 2010. Pecar como dios manda. Historia sexual de los mexicanos).

Con la llegada de los españoles y su euforia sexual, aunada a las costumbres; hasta cierto punto permisivas de los indígenas, aparecen casos entre éstos; de contagios de sífilis.

La aparición y propagación de la sífilis entre los conquistadores y los primeros colonos españoles fue motivo para que muchos médicos europeos la consideraran originaria de América. Sin embargo, algunos autores criollos como Francisco

Xavier Clavijero, arguye que dicha enfermedad no era un mal endémico en Mesoamérica y que lo más probable es que hubiese sido transmitida por los españoles a los indígenas.

Es muy probable que la sífilis hubiese existido en ambos lados del Atlántico y que la enfermedad derivase de dos cepas diferentes del mismo virus, pues Fray Bernardino de Sahagún hace alusión a enfermedades venéreas contraídas por los nahuas (Aguirre, 2010. Pecar como dios manda. Historia sexual de los mexicanos).

I. 3. Conceptualización de las Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Se llaman Infecciones de Transmisión Sexual, porque en el cuerpo está la intromisión de un organismo patógeno, como los virus, las bacterias, parásitos y hongos. Estos organismos patógenos viven en los líquidos corporales; como el semen, los fluidos vaginales y la sangre. (Llewellyn-Jones, 2009. Infecciones de Transmisión Sexual).

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), son aquellas que se transmiten por contacto sexual sin protección, principalmente por vías sexuales, por ejemplo: pene-vagina, pene-ano, pene-boca, vulva-boca, ano-boca, vulva-vulva, pene-pene.

Éstas, no son las únicas vías de contagio de ITS, ya que las Infecciones se pueden transmitir también; a través de rasguños, mordeduras, cortaduras, ampollas, padrastrós, etc., mediante la estimulación digital; ya que las uñas de los dedos por sí solas un foco infeccioso de nuestro cuerpo y más aún cuando presentan alguna características de las ya mencionadas. (Woods, S. 2010. Todo lo que necesitas saber sobre infecciones de transmisión sexual)

Algunas también son transmitidas de madre a hijo(a) antes o durante el nacimiento y a través de donaciones de sangre sin control de sanidad.

Cuando se está infectado, a pesar de haberse contagiado; a veces no se presentan síntomas, además de convertirse en portador. Es por ello, que no se les llaman Enfermedades de Transmisión Sexual, ya que puedes estar infectado de algún virus, más no enfermo; porque no presentas los síntomas de la enfermedad. Por ejemplo; puedes ser portador de VIH toda tu vida, pero nunca desarrollar la enfermedad del SIDA.

Existen más de 20 tipos de microorganismos que pueden transmitirse por vía sexual, de distinto origen etiológico y muchas veces con síntomas y signos parecidos (úlceras genitales, flujo, uretritis, manchas en piel, etc.). Las infecciones de transmisión sexual más conocidas son: Clamidia, Gonorrea, Herpes genital, Sífilis, VIH, Virus del Papiloma Humano, infecciones vaginales (candidiasis, tricomoniasis). (Llewellyn-Jones, 2009. Infecciones de Transmisión Sexual).

Factores que incrementan el riesgo de contagio de las ITS

Factores Biológicos

- Edad.- Las y los jóvenes corren mayor riesgo cuando la iniciación sexual se da en la adolescencia temprana o antes. En las mujeres jóvenes la mucosa vaginal y el tejido cervical es inmaduro, lo que las vuelve más vulnerables a las ITS.
- Estado inmunológico.- El estado inmunológico del huésped y la virulencia del agente infeccioso afectan la transmisión de las ITS. Las ITS aumentan el riesgo de transmisión de VIH, pero también el VIH facilita la transmisión de las ITS y agrava las complicaciones de las mismas, ya que debilita el sistema inmunológico.

- Tipo de relación sexual.- Las ITS pueden entrar al organismo con mucha mayor facilidad a través de las mucosas de la vagina, recto o boca que por la piel. Dado que en las mujeres la superficie mucosa de la vagina que se pone en contacto con el agente infeccioso es más grande, ellas pueden infectarse más fácilmente. Los hombres y mujeres que tienen coito anal, debido a la exposición de la mucosa rectal también tienen más posibilidades de infectarse.

Durante el coito, la pareja receptora (hombre o mujer) por lo general se encuentra más expuesta a las secreciones genitales en cuanto a cantidad y duración de la exposición. La falta de lubricación, así como una mayor vascularización de la zona, pueden facilitar lesiones o el ingreso de infecciones; como sucede durante los cambios en el cuello uterino durante el ciclo menstrual, el uso de hormonas o ante la presencia de hemorroides en el recto u otra patología anorrectal. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

Factores Conductuales

- Tener relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otras drogas.
- Tener varias parejas sexuales simultáneas, sin utilizar condón.
- Cambiar frecuentemente de parejas sexuales y no usar condón.
- Mantener contacto sexual con parejas “casuales”, trabajadoras y/o trabajadores sexuales o sus clientes sin protección.
- Compartir juguetes sexuales sin limpieza adecuada previa, que se utilicen en vagina, ano/recto o boca.
- Tener relaciones sexuales con penetración y sin protección.

- Haber tenido una ITS durante el último año, ya que se corre el riesgo de volver a contraer la infección si no se modifica la conducta sexual.
- Tener relaciones sexuales bajo coerción o violencia. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

Factores Sociales

- Influencia religiosa para no utilizar preservativos.
- La manipulación de los medios de comunicación para tener varios encuentros sexuales sin protección.
- La exigencia social hacia una reproductividad, lo que implica no utilizar preservativos.
- El falta de educación en el uso correcto de los condones.
- La intolerancia e incomprensión hacia la diversidad sexual. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

1.4. Dinámica de transmisión de las ITS en la población

Las dinámicas de transmisión de las ITS son sumamente complejas, como hemos visto, involucran una serie de factores biológicos, individuales (de comportamiento) e incluso sociales.

En los últimos veinte años, y como resultado de la propagación de la epidemia de Infecciones de Transmisión Sexual y de VIH, los especialistas en ITS han ido adquiriendo nuevos conocimientos sobre la forma como se transmiten estas

infecciones. Con la información recabada mediante investigaciones de campo en determinados grupos de la población, se ha podido demostrar la importancia de las redes sexuales como factores cruciales en la propagación de estas infecciones. (CONAPO, 2012. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS).

Esta comprensión de la dinámica de transmisión está afectando el diseño de las medidas de prevención y control. Uno de los aspectos que ahora conocemos mejor es que la distribución de las ITS no se mantiene estática en una población determinada. Esto significa que con el paso del tiempo, las epidemias se van modificando y siguen distintas fases caracterizadas por diferentes pautas de distribución y transmisión de los agentes patógenos.

Por lo general, en las primeras fases de una epidemia o en algunas zonas geográficas, los agentes patógenos se transmiten con más frecuencia entre grupos de personas que tienen comportamientos sexuales de alto riesgo (llamados “grupos nucleares”), o entre personas con prácticas de riesgo y múltiples parejas sexuales simultáneas y que con frecuencia desconocen los diagnósticos. (CONAPO, 2012. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS).

Conforme la epidemia avanza, los agentes patógenos van afectando a poblaciones de menor riesgo, a quienes se les llama “poblaciones puente”. Debido a que pueden actuar como cadena de transmisión entre los grupos nucleares y la población general. Como ya se ha dicho, las condiciones sociales, culturales y económicas de algunos grupos pueden incrementar su vulnerabilidad para adquirir o transmitir una ITS, lo que puede incluirlos dentro de la categoría de poblaciones puente.

Las redes sexuales pueden ser distintas de un ámbito a otro, pero en general las parejas sexuales de las personas que están en los grupos con elevadas tasas de

infección (es decir, las poblaciones puente) tienen el potencial de infectar a otras parejas sexuales. Esto significa que uno de los principales determinantes de la propagación de las ITS es el comportamiento de las personas sexualmente activas, y en particular, la simultaneidad.

Diagnóstico y manejo sindrómico de las ITS

El Diagnóstico de una ITS Puede Realizarse por Medio de Tres Formas:

- A) Manejo Etiológico
- B) Manejo Clínico
- C) Manejo Sindrómico

Es necesario enfatizar que en cualquiera de estas modalidades la historia clínica y la exploración física juegan un papel determinante. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

Manejo Etiológico

Es a menudo indicado como la forma adecuada de ofrecer el servicio médico a un paciente con ITS, para lo que se requiere de un apoyo del laboratorio para obtener un diagnóstico preciso.

Los signos y síntomas de diferentes ITS son similares y para brindar al paciente atención individualizada y resolver su problema, se requiere de laboratorios que realicen pruebas rápidas para el diagnóstico etiológico de estas infecciones. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

Para el funcionamiento de laboratorios se requiere de personal capacitado, material y equipo que en algunas ocasiones no están disponibles en las unidades de atención, por lo que este servicio se ubica generalmente en aquellas unidades de segundo y tercer nivel de atención.

Asimismo, debe ser utilizado para confirmar los agentes etiológicos cuando se utilice el manejo sintomático y no se tenga éxito con el tratamiento.

VENTAJAS

- Permite establecer un diagnóstico preciso del problema.
- Tratamiento específico al problema.
- Es útil para realizar estudios de susceptibilidad antimicrobiana en los microorganismos aislados (*N. gonorrhoeae* y *H. ducreyi*).
- Puede ser utilizado con fines de investigación.

DESVENTAJAS

- Se requiere del apoyo del laboratorio.
- Las pruebas diagnósticas adecuadas son costosas y pueden no estar disponibles en los laboratorios y el país.
- El tiempo de espera en la entrega del resultado puede durar varios días dependiendo del examen solicitado.
- Aumentan las visitas de seguimiento del paciente (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

Manejo Clínico

Se basa en la experiencia clínica del examinador por medio de la historia clínica y el examen físico al paciente donde pueden obtener un diagnóstico etiológico, como sífilis en el caso de una úlcera indolora en el hombre o el caso de uretritis gonocócica o no gonocócica en presencia de secreción uretral. Sin embargo, la sensibilidad y especificidad del diagnóstico clínico-etiológico es baja cuando se compara con los resultados del laboratorio y no permite identificar ITS mixtas que deben ser tratadas simultáneamente. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

VENTAJAS

- Requiere de una historia clínica cuidadosa y exhaustiva.
- Involucra un examen físico riguroso.
- Tratamiento inmediato.
- No requiere laboratorio.

DESVENTAJAS

- Infecciones mixtas impiden un diagnóstico adecuado.
- Baja sensibilidad y poca especificidad.

Manejo Sindromático

El manejo sindromático se utiliza en patologías infecciosas. El clínico trata al paciente por la mayoría o totalidad de los patógenos potencialmente responsables del síndrome.

Un síndrome es un conjunto de síntomas reportados por el paciente y de signos identificados durante la exploración física, lo que permite hacer un diagnóstico

oportuno y proporcionar un tratamiento en la primera visita, por lo cual, en caso de que el paciente no regrese se asegura la curación clínica rompiendo la cadena de transmisión. Un síndrome puede ser causado por uno o varias ITS.

El uso del manejo sindromático permite al clínico hacer un diagnóstico rápido y administrar el tratamiento en la primera consulta del paciente, por lo que tiene mayores posibilidades de curarse.

La aplicación del manejo sindromático se debe considerar como una herramienta más para el clínico en su práctica diaria, recordando que aquellos casos que no pueden ser tratados sean derivados al siguiente nivel de atención. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

VENTAJAS

- Es simple y puede implementarse en todas las unidades de atención.
- Permite hacer un diagnóstico rápido.
- Permite dar un tratamiento que cubra la mayor parte de los microorganismos involucrados.
- No es necesaria la utilización del laboratorio.
- No requiere de personal especializado para llevar a cabo su aplicación.
- Permite diagnóstico y tratamiento en una sola visita.

DESVENTAJAS

- Algunas y algunos pacientes pueden ser sobre tratados.
- La utilización de fármacos de alto costo y con efectos colaterales importantes.
- En caso de cepas resistentes puede haber falla terapéutica.

La OMS recomienda la incorporación de este modelo de atención a los programas de ITS en todas las unidades de salud que cuenten o no con apoyo de laboratorio, utilizando para ello flujogramas que han sido probados y validados.

Objetivos del manejo sindromático

- Identificar los síndromes más frecuentes de ITS.
- Tratarlos oportunamente con el uso de los flujogramas.
- Referir los casos no resueltos o complicados al siguiente nivel de atención.
- Aplicar las medidas de prevención y control específicas para evitar su propagación.

Síndromes principales en las ITS a considerar:

- Secreción vaginal
- Secreción uretral
- Úlcera genital
- Dolor abdominal bajo
- Tumoraciones genitales (verrugas o condilomas) (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

Síndromes clínicos relacionados con la ITS

Síndrome de secreción uretral

Definición

La persona presenta molestias por secreción en la parte anterior de la uretra, la cual puede ir acompañada de disuria, tenesmo vesical, irritación en el glande/prepucio y comezón. La secreción uretral puede ser abundante, en un inicio de

aspecto mucoide y para luego tornarse en francamente purulenta. (CONAPO, 2012.Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS).

Etiología

Cuando existe antecedente de una relación sexual, la secreción uretral generalmente está ocasionada por las bacterias:

Neisseria gonorrhoeae (75%), *Chlamydia trachomatis* (15-40%), *Ureaplasma urealyticum* (30-40%), *Mycoplasma hominis*, *Haemophilus sp.* (20-40%); protozoarios, como la *Trichomonas vaginalis* (5%), hongos, como la *Candida albicans*, junto con *Ureaplasma urealyticum* (20- 30%). Otros: *Mycoplasma genitalium* (18-45%), adenovirus, virus del herpes simple tipo 1 (VHS1).

Las uretritis tienen un periodo de incubación de tres días en promedio, siendo un poco mayor en mujeres (cinco días).

Existen tres formas clínicas de uretritis:

- Uretritis agudas: menor a un mes de evolución
- Uretritis persistentes: que no mejora después de una semana de tratamiento.
- Uretritis recidivante o crónica: aparece en las seis semanas siguientes a la administración del tratamiento específico y sin factores de riesgo asociado (sexo buco-genital, anal, etc.). (CONAPO, 2012.Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS).

En nuestro medio, la mayoría de las uretritis son causadas por *N. gonorrhoeae* aunque va en aumento la infección concomitante con *C. trachomatis*.

Síntomas

La queja de las personas es la secreción de pus por el pene, la mayoría de veces acompañada de ardor o dolor al orinar.

Signos

Hombres no circuncidados: importante ver de dónde proviene la secreción. La secreción suele ser abundante y purulenta o escasa y mucoide. Puede ser necesario “ordeñar” la uretra del paciente con el fin de ver la secreción o volver a examinar al paciente después de que haya retenido la orina al menos por tres horas. El primer episodio de herpes simple 1 o 2 también puede producir secreción uretral.

Tratamiento

- Ceftriaxona 500 mg por vía intramuscular en dosis única
- Azitromicina 1 g vía oral en dosis única
- Doxiciclina 100 mg por vía oral dos veces al día por 7 días

Tratamiento alternativo

- Eritromicina base, 500 mg por vía oral cada 6 horas por 7 días
- Eritromicina etilsuccinato, 800 mg vía oral cada 6 horas por 7 días
- Levofloxacino 500 mg vía oral una vez al día por 7 días
- Oxifloxacino 300 mg vía oral dos veces al día por 7 días (CONAPO, 2012. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS).

Síndrome de flujo vaginal

Definición

La persona presenta flujo en la vagina que puede ser leve, moderado o severo y puede tener un mal olor. El flujo puede ir acompañado de prurito, inflamación genital, dispareunia y/o dolor abdominal bajo.

Etiología

Los microorganismos más comúnmente encontrados son: *Trichomas vaginalis*, *Candida albicans* y el conjunto formado por la *Gardnerella vaginalis* y los microorganismos vaginales anaerobios, causantes del flujo directamente, en tanto que *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* lo ocasionan de manera indirecta por medio de cervicitis y flujo del cuello uterino.

Síntomas

La idea que tienen las mujeres de lo que constituye un “flujo vaginal anormal” puede variar. Por lo general, la mayoría de las mujeres con este síndrome se quejan de manchas en su ropa interior, secreciones excesivas, cambios de color, olor o ambas situaciones, ardor al orinar, dolor al tener relaciones sexuales, enrojecimiento vulvar, etc. Se debe determinar si la mujer está embarazada anotando cuidadosamente la información básica de sus ciclos menstruales.

Tratamiento

- Metronidazol 500 mg por vía oral dos veces al día durante 7 días *
- Metronidazol, Gel de al 0,75%, un aplicador lleno (5 g) por vía intravaginal, una vez día durante 5 días
- Clindamicina Crema de al 2%, un aplicador lleno (5 g) por vía intravaginal en la hora de acostarse durante 7 días (CONAPO, 2012.Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS).

Síndrome de dolor abdominal bajo

Definición

Por lo general, el dolor abdominal bajo que afecta a la mujer guarda relación con la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). Éste es un término inexacto en materia de diagnóstico que se emplea para denotar casos sospechosos o comprobados de infección pélvica en la mujer (por ejemplo, salpingitis, endometritis, etc.) provocados por microorganismos que generalmente migran a través del conducto genital inferior para invadir el endometrio, las trompas de Falopio, los ovarios y el peritoneo.

Etiología

Los patógenos comunes transmitidos por vía sexual que causan la EPI son *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* y tal vez *M. hominis*. También se encuentran con frecuencia bacterias facultativas y estrictamente anaerobias, en particular en infecciones recurrentes clínicamente graves.

Síntomas

Un dolor abdominal bajo de intensidad leve a grave, que aparece inicialmente durante la menstruación o poco después de ésta y a veces va acompañado de fiebre o de los síntomas señalados en la parte correspondiente al flujo vaginal, debe llevar al médico a sospechar de EPI y a investigar si han habido ataques similares previos.

Signos

El médico debe descartar la posibilidad de un caso de urgencia médico-quirúrgica (por ej. aborto séptico, obstrucción intestinal, perforación intestinal, apendicitis y embarazo ectópico) y determinar si existe:

- ✓ Sensibilidad anormal en la región inferior del abdomen.
- ✓ Flujo vaginal.
- ✓ Ulceración genital.
- ✓ Dispositivo intrauterino (DIU).

Tratamiento

- Cefotetan 2 g IV cada 12 horas
- Cefoxitin 2 g IV cada 6 horas
- Doxiciclina 100 mg por vía oral o IV cada 12 horas (CONAPO, 2012. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS).

Síndrome genital ulcerativo

Definición

Una úlcera genital se define como pérdida de la continuidad de la piel de los órganos sexuales. Puede ser dolorosa o indolora y con frecuencia ir acompañada de linfadenopatía regional.

Aspectos clínicos

Las úlceras anogenitales son causa común de consulta médica y de acuerdo con su etiología, pueden tener graves consecuencias, como sífilis sintomática tardía, lesiones mutilantes y actuar como cofactores de la transmisión del VIH.

Etiología

Los agentes que comúnmente producen úlceras en los órganos sexuales, el ano y la boca son *T. pallidum*, *H. ducreyi*, *C. Trachomatis* (serotipos L1 a L3), *K. granulomatis* y los virus del herpes simple tipo 2 y 1. Se deben descartar las úlceras por traumatismo que se pueden infectar con otras bacterias.

Las ITS acompañadas frecuentemente de bubones incluyen chancroide, linfogranuloma venéreo (LGV), granuloma inguinal. Las lesiones son indoloras e induradas para el LGV; las úlceras dolorosas que sangran con facilidad son frecuentemente de chancroide; la presencia de lesiones vesiculares o úlceras de bordes eritematoso, “ardorosas” indican infección herpética.

Síntomas

Las personas se quejan generalmente de una o varias úlceras en los órganos sexuales y/o el ano. Los hombres no circuncidados pueden quejarse de secreción

por el pene o de imposibilidad de retraer el prepucio. Las mujeres se quejan de ardor al orinar si hay úlceras en la vulva.

Signos

Se deben tener en cuenta el número y las características de las lesiones. Es preciso determinar si hay bubones inguinales.

Tratamiento

Dependerá de la infección que se presente a consecuencia del síndrome genital ulcerativo. Si se presenta un chancro blando se recomendará, por ejemplo: Ciprofloxacino 500 mg por vía oral dos veces al día durante 3 días y Eritromicina 500 mg por vía oral tres veces al día durante 7 días. (CONAPO, 2012. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS).

Síndrome Tumoral (condilomas acuminados o verrugas anogenitales)

Definición

Estas son neoformaciones o “tumoraciones” a expensas de la primera capa de la piel, del color de la mucosa y/o piel donde se va a asentar, con una superficie similar a la de una “coliflor”, de tamaño variable, que aparecen en los órganos sexuales, la región perianal, uretra o cavidad oral.

Etiología

El agente causal es el virus del papiloma humano (VPH), del cual se han reconocido hasta ahora más de 100 tipos. Los más frecuentemente asociados a

neoplasia intraepitelial (cáncer cervicouterino, ano o pene) son el 16 y 18, especialmente en personas que están infectadas con el VIH; y los productores de condilomas acuminados, el 90% son causados por 6 u 11, además de los 1, 2, 3, 4. Los tipos de VPH 16, 18, 31, 33 y 35 se encuentran ocasionalmente en condilomas anogenitales visibles.

Síntomas y signos

Se caracterizan por ser lesiones indoloras. Su manifestación clínica es la formación del condiloma acuminado, lesión que puede ser única o múltiple y de tamaño variable, a nivel del cuello cervical y vagina la visualización de las lesiones se realiza a través de colposcopia. El período de incubación es variable, oscila entre 3 semanas y 8 meses.

Tratamiento

Aplicado por el médico

- Podofilina entre el 10 y el 25% en tintura. Con posterior lavado con agua y jabón a las 4 horas.*
- Ácido tricloroacético (ATC) al 80 a 90%. La aplicación debe repetirse semanalmente.

Autoaplicado por el paciente

- Podofilotoxina, crema al 0,5%, dos veces al día durante 3 días, seguido de 4 días sin tratamiento, con repetición del ciclo hasta 4 veces, bajo estricta supervisión médica.
- Imiquimod al 5%, crema aplicada 3 veces por semana hasta 16 semanas. La superficie tratada debe lavarse con jabón y agua entre 6 y 10 horas

después de la aplicación. Las manos se deben lavar con agua y jabón inmediatamente después de la aplicación. (CONAPO, 2012. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS).

I. 5. Infecciones de Transmisión Sexual más frecuentes (signos, síntomas y tratamiento)

Las Infecciones de Transmisión Sexual, se pueden prevenir utilizando el Eroti-pack, ya que sus elementos evitan el contacto directo con los fluidos y con los genitales.

CHLAMYDIA

Durante los últimos veinticinco años ha aparecido una nueva infección de transmisión sexual. Ya existía antes, pero se desconocía la causa y se consideraba de origen viral o residual de la gonorrea. Se conoce con el nombre con el nombre de infección genital no específica. (Caudillo, 2007. Sexualidad y Vida Humana/ Infecciones de transmisión sexual).

La infección genital no específica afecta de manera diferente a los hombres que a las mujeres, si bien la manifestación más común en ambos sexos es la presencia de un minúsculo organismo llamado *Chlamydia Trachomatis*; responsable del 50% de las infecciones genitales no específicas en hombres y del 80% en mujeres.

En el caso de los hombres, se infecta la uretra y provoca una secreción del pene; hecho por el que se da el nombre de uretritis no específica (UNE). La razón de que las mujeres no presenten UNE, obedece probablemente a que su uretra es

más corta que la de los hombres y tiene menos zonas propensas a la proliferación de Chlamydia.

La chlamydia, sin embargo infecta en las mujeres un sector diferente del conducto genital, afectando el cuello del útero.(Caudillo, 2007. Sexualidad y Vida Humana/ Infecciones de transmisión sexual).

Infección Genital no Específica (chlamydia) en Hombres

Comienza con una infección en la uretra, que provoca una secreción del pene. El aspecto de esta secreción es parecido al de la gonorrea, pero menos espeso y amarillento, más traslúcido, aunque la mejor manera de diferenciar las dos infecciones de transmisión sexual es examinar al microscopio muestras de secreción.

Si la secreción está provocada por gonococos, se observa el organismo que la causa, pero si no se detectan gonococos, lo más probable es que se trate de uretritis no específica. (Caudillo, 2007. Sexualidad y Vida Humana/ Infecciones de transmisión sexual).

Síntomas de la UNE

Entre siete y catorce días (en ocasiones son más días) después de haberse practicado un acto sexual sin protección, por consecuencia desencadenante de la infección; el hombre descubre que tiene una secreción de la uretra, en ocasiones purulenta. Al orinar, el paso de la orina por la uretra produce dolor, si bien a menudo es poco intenso. A veces los síntomas son más graves, al sentir un agudo dolor en la vejiga y una urgente y frecuente necesidad de orinar.

En caso de consultar un médico, deberá permanecer como mínimo dos horas sin orinar antes de someterse a un examen. Por lo que es posible que el médico le haga un masaje en el pene, siguiendo de la trayectoria de la uretra para provocar la aparición de una gota de pus; para después examinarla al microscopio y determinar la existencia de gonococos que determinen el organismo que la causa, ya que si no existen gonococos; se puede decir que es una Uretritis No Específica.

Desde un punto de vista clínico, la UNE es parecida a la gonorrea en sus primeras etapas, debido a lo cual y, también porque la UNE no tratada puede tener desagradables complicaciones; todo hombre que sienta dolor al orinar y observe una secreción de la uretra deberá someterse inmediatamente a una valoración médica, para tener el tratamiento adecuado en caso de salir positivo al contagio de la infección. (Caudillo, 2007. Sexualidad y Vida Humana/ Infecciones de transmisión sexual).

Infección Genital no Específica (chlamydia) en las mujeres

Las infecciones genitales no específicas que padecen las mujeres suelen no presentar síntomas, por lo menos al principio, ya que sólo a veces se infecta la uretra; por el contrario se infecta el cuello del útero. A veces la infección no pasa de ahí y las defensas inmunológicas de la mujer la eliminan, si bien en otros aspectos persiste la infección asintomática, que inicia su propagación hacia arriba e invade los órganos genitales, provocando con ello la enfermedad inflamatoria de la pelvis (EIP).

Hasta hace poco se había creído que la mayoría de casos de inflamación de la pelvis eran causados por gonococos, pero ahora se sabe que son secuela de una infección de chlamydia. En los casos leves la infección no llega a obstruir las tubas uterinas (trompas de falopio) y, por consiguiente, no impide el embarazo; pero si la mujer queda embarazada tiene cuatro veces más probabilidades de que el

embrión se forme en la tuba uterina afectada; llamándose a esto un embarazo ectópico. (Caudillo, 2007. Sexualidad y Vida Humana/ Infecciones de transmisión sexual).

Cuando la infección es más severa, las tubas uterinas resultan hasta tal punto dañadas, que la obstrucción impide la unión del espermatozoide y el óvulo; teniendo como consecuencia la esterilidad de la mujer.

En los casos graves de EIP, la mujer se siente enferma y a menudo tiene fiebre, el abdomen está dolorido y sensible a la palpación y, si un médico practica un examen de vagina a la mujer afectada, observa que las tubas uterinas se encuentran inflamadas y blandas.

Por desgracia son muchas las mujeres que padecen EIP y no presentan síntomas, en tal caso se descubre la enfermedad cuando la mujer no puede embarazarse y se investigan las causas de la esterilidad. Un único episodio de infección genital no específica, basta para que, en aproximadamente un 12% de casos, las tubas uterinas queden afectadas.

Si la mujer presenta un segundo contagio, aumenta a un 40% la afección de las tubas uterinas, pero si presenta un tercer contagio; la probabilidad aumenta al 80%. Estas cifras deben de servir como prevención de la infección genital no específica. (Caudillo, 2007. Sexualidad y Vida Humana/ Infecciones de transmisión sexual).

Tratamiento

El tratamiento utilizado en la infección genital no específica, es igual para ambos sexos. Este es simple y consiste en la toma de antibióticos:

- Doxiciclina.- una tableta (100mg) cada doce horas, acompañada de alimento, durante diez días. Es preciso tragar la tableta entera, porque, si fuera masticada podría provocar irritación en el esófago.
- Oxitetraciclina.- Dos cápsulas (500mg) cuatro veces al día, durante diez días. Se toman después de las comidas en que no se haya ingerido leche, mantequilla o queso, debido a que estos alimentos reducen la cantidad de antibiótico absorbido.
- Eritromicina.- Dos cápsulas (500mg) cuatro veces al día, durante catorce días. Deberán optar por este antibiótico todos aquellos hombres y mujeres que presenten sensibilización a las tetraciclinas.

Durante todo el tiempo del tratamiento, el paciente deberá evitar las relaciones sexuales y el alcohol, ya que este último parece aumentar la resistencia a la curación. También deberán someterse a examen la pareja o las parejas sexuales del paciente, a fin de detectar una posible infección de Chlamydia. (CONAPO, 2012.Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS).

GONORREA

La gonorrea tan vieja como la historia, ha sido el azote de la sexualidad. Los hebreos ya hablan de ella en el Levítico, tercer libro de Moisés y, el nombre de la enfermedad fue acuñado por el médico griego Galeno, en el año 130 de nuestra era. La palabra significa “flujo de semilla”, término que describe gráficamente el rasgo más característico de la enfermedad.

En la mayoría de los casos, la gonorrea pasa de una persona a otra por contacto sexual y, como su nombre indica, la mayoría de las personas que la contraen presentan una infección aguda del conducto genitourinario. En algunos casos, cuando ha habido coito anal, el recto aparece infectado y, en otros, también la

garganta puede estarlo si se han lamido o chupado los genitales de una persona infectada. (Janet, 2009. Sexualidad Humana/ Infecciones de transmisión sexual).

El organismo causante de la gonorrea es un pequeño germen en forma de alubia, llamado *Neisseria gonorrhoeae*, que se traslada, durante el acto sexual sin protección, de la uretra del hombre infectado, al cuello del útero, al garganta o el recto de su compañera o compañero sexual.

Con la misma facilidad se transmite de la uretra, el cuello del útero o las glándulas de Bartolino de una mujer infectada, a la uretra de su compañero durante el coito sin protección. La uretra, el cuello del útero y el recto, están revestidos de una capa simple de células que gonococos atraviesan con gran facilidad. Por el contrario, la vagina recubierta de varias capas de células, no se ve afectada, puesto que el gonococo no puede penetrar esta pared de células.

La *Neisseria gonorrhoeae* o gonococo, es un organismo muy frágil, que muere rápidamente cuando está privado del calor humano. Las caídas bruscas de temperatura acaban con él y, aun cuando las secreciones contaminadas de la uretra infectan las ropas y otros objetos, éstos rara vez so contaminantes, puesto que los gonococos, secarse quedan rápidamente aniquilados.

Por este motivo cuando se dice de una persona ha atrapado una gonorrea como resultado del contacto con una toalla infectada, el asiento de un baño o unas prendas de ropa, hay que juzgar la historia por lo que suele ser realmente una historia. La gonorrea es sumamente infecciosa y, de las personas que tienen contacto sexual sin protección con una persona infectada, hay un 50% de que contraigan la infección. (Janet, 2009. Sexualidad Humana/ Infecciones de transmisión sexual).

La Gonorrea en el Hombre

Un hombre se entera de que está infectado entre tres y cinco días después del acto sexual desencadenante. Lo primero que se observa son unas molestias o una sensación de comezón en la uretra. Al poco tiempo aparece una secreción de consistencia cremosa, espesa y purulenta, que gotea por el meato urinario del pene. El paciente descubre igualmente que le cuesta orinar y que, cuando lo hace, nota quemazón en la uretra.

Si no se somete a tratamiento de inmediato, la infección se extiende hacia arriba a lo largo de la uretra y, entre diez y catorce días a partir de la infección, la zona de la uretra próxima a la vejiga se inflama. A partir de este momento, aumenta el dolor y la quemazón al orinar y comienzan a aparecer otras molestias, como dolor de cabeza o fiebre, a consecuencia de la absorción de los productos tóxicos de la infección por la sangre. (Janet, 2009. Sexualidad Humana/ Infecciones de transmisión sexual).

Si sigue sin someterse a tratamiento, desaparecen estos síntomas a los pocos días y la enfermedad se propaga a los órganos adyacentes a la uretra, particularmente la próstata y la vejiga, o incluso a los testículos, donde provoca una aguda inflamación, dolor y la posibilidad de una lesión permanente que puede causar esterilidad.

En el caso de que algunos hombres cursen asintomáticos a la gonorrea, se corre el riesgo de que estos hombres lleven una vida sexual con diferentes compañeras o compañeros, sin saber que está infectado y como consecuencia haga una cadena de infecciones.

En los tiempos que precedieron a la época de los antibióticos, el único tratamiento que se aplicaba a la gonorrea era el uso de antisépticos locales. Pero, aparte de no ser muy eficaces, a veces contribuían a agravar la enfermedad. En primer lugar

aparecían los síntomas de la gonorrea crónica, el más común y doloroso de los cuales era un estrechamiento o contracción de la uretra, lo que impedía el orinar.

El tratamiento, sumamente doloroso, consistía en introducir unas finas varillas de metal a través de la uretra, con el objetivo de dilatar la zona que se había estrechado, esta operación recibía el nombre de dilatación de la contracción uretral. (Janet, 2009. Sexualidad Humana/ Infecciones de transmisión sexual).

La Gonorrea en la Mujer

En la mujer, el esquema al que obedecen los progresos de la gonorrea, es más grave. En primer lugar, entre el 30 y el 50% de las mujeres infectadas carece de síntomas, bien pueden transmitir la infección durante prolongados períodos de tiempo. Son mujeres que se convierten en reservorio mudo de la infección, lo cual complica considerablemente su control, ya que una mujer con múltiples parejas sexuales que padece gonorrea sin síntomas, puede infectar a un gran número de personas. (Janet, 2009. Sexualidad Humana/ Infecciones de transmisión sexual).

Sin embargo, aun en el caso de una mujer con síntomas, estos acostumbran ser mucho menos evidentes que en los hombres, porque la uretra de la mujer es más corta y se limpia fácilmente. De hecho, uno de los métodos recomendados para atrapar la gonorrea, consistían en vaciar la vejiga inmediatamente después del acto sexual; lo cual, hoy en día no es método eficaz.

Si una mujer tiene gonococos, sin saberlo o aun sabiéndolo y, no se somete a tratamiento, la infección puede propagarse en varias direcciones dentro de su cuerpo. Una complicación dolorosa es la infección de las glándulas de Bartolino, que se encuentran alojadas dentro de los tejidos de la entrada de la vagina y que son encargadas de mantenerla húmeda y, que esta se lubrique antes de tener

coito. Cuando una de estas glándulas se infecta, se inflama y produce dolor al tacto.

A veces el gonococo, pasa del cuello del útero a las tubas uterinas, La secuela de la infección de los oviductos, conocida como salpingitis, consiste en que los tubos se retuercen y bloquean, provocando la esterilidad permanente.

En uno y otro sexo, la gonorrea puede afecta al ano y al recto. En las mujeres ocurre después de unas relaciones sexuales anales con un hombre infectado o cuando las secreciones infectadas contaminan el ano después de la defecación. En los hombres la infección sigue a unas relaciones sexuales anales con un compañero infectado. (Janet, 2009. Sexualidad Humana/ Infecciones de transmisión sexual).

Tratamiento

En la actualidad, el agente más eficaz contra los gonococos es la penicilina, así como los siguientes antibióticos:

- Ceftriaxona.- 250 mg en dosis única.
- Ciprofloxacino.- 500 mg vía oral en dosis única.
- Cefixime.- 400 mg vía oral en dosis única.
- Oxfloxacino.- 400 mg vía oral en dosis única. (CONAPO, 2012.Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS).

Es importante que la persona que haya sido tratada por gonorrea, vuelva al médico diez días después de haber terminado el tratamiento; a fin de que le practiquen un examen, para corroborar la desaparición de la gonorrea. Se considera que un hombre está curado, cuando deja de tener secreciones de la uretra y cuando la muestra de orina está limpia.

La mujer después de haberse sometido al tratamiento y haberlo concluido, deberá regresar al médico, de cinco a siete días; para tomarle unas muestras de la uretra, de la vagina y del cuello del útero, para determinar si ya no existen gonococos en estas estructuras. (CONAPO, 2012. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS).

HERPES GENITAL

En los últimos diez años, los médicos están diagnosticando herpes genital con mayor frecuencia. Esta enfermedad es muy antigua, su causante es un virus y, es más que probable que este virus haya estado infectando a la humanidad como mínimo desde hace dos millones de años.

El herpes virus, es un minúsculo organismo compuesto por un núcleo de ácido nucleico de doble filamento, enrollado en espiral y, recubierto por una envoltura de proteína de aspecto parecido al de un panal, por encima de la cual hay otra envoltura, suelta, de sustancia grasa. Estos virus son tan sumamente pequeños que un millar de ellos tendrían cabida en un glóbulo rojo. (Woods, S. 2010. Todo lo que necesitas saber sobre infecciones de transmisión sexual).

Los virus son inertes, salvo cuando reprograman la célula para producir múltiples copias del virus invasor, cosa que hacen a través de un proceso de fusión: el núcleo de ADN del virus penetra en el núcleo de la célula infectada y se fusiona con el ADN de su núcleo. A partir de ese momento, el núcleo ordena a la célula que produzcan ADN vírico y la envoltura de proteína.

Si se recubren de una sustancia grasa, se convierten en partículas víricas activas que, al multiplicarse, matan la célula, en tanto que el virus penetra en el cuerpo o

permanece en su superficie, donde queda inerte hasta que penetra en otra célula viva o muere al ponerse en contacto con la luz del sol.

El herpes no difiere, en cuanto a su aspecto, de otros virus, posee unas características específicas que permiten a los científicos identificarlo. Se han identificado alrededor de cincuenta herpes virus capaces de infectar mamíferos, de los cuales sólo hay cinco que infectan al hombre; los virus que causan fiebre glandular (mononucleosis infecciosa) el virus de Epstein-Barr y el citomegavirus; otro es el de la varicela, causante de esta enfermedad en los niños y del herpes zoster en los adultos, y dos virus del herpes simple. (Woods, S. 2010. Todo lo que necesitas saber sobre infecciones de transmisión sexual).

El primero de ellos, es el herpes virus simple, que suele causar herpes labial (herpes simple tipo 1/HSV-1) en tanto que el segundo, suele causar úlceras genitales (herpes simple tipo 2/HSV-2). El virus de la varicela y los virus HSV se comportan de manera parecida, en tanto que el virus de Epstein-Barr y el citomegavirus se comportan de modo diferente.

El de la varicela causa la conocida enfermedad infantil, en el curso de la cual una gran parte de los virus penetran en el torrente sanguíneo, donde provocan una reacción que induce al cuerpo a producir anticuerpos, los cuales circulan con la sangre y persiguen y eliminan a los virus. Hay algunos virus que salen de las vesículas de la piel y no penetran el torrente sanguíneo, sino que invaden el nervio encargado de aquella zona de la piel.

Cuando el virus llega a una zona del nervio llamada ganglio y allí queda para todo el resto de la vida de la persona, probablemente retenido por el anticuerpo que combate el virus y que circula a través del cuerpo.

Cuando la persona llega a la edad adulta, a veces el nivel de anticuerpos que circulan con la sangre desciende; el virus emprende una trayectoria inversa a lo

largo del nervio, generalmente hasta llegar a la piel y, provoca la aparición de las dolorosas vesículas que se conocen con el nombre de herpes zoster.

El herpes simple actúa de forma parecida, en tanto que los otros dos herpes virus que provocan fiebre glandular; no invaden los nervios, pero viven en los linfocitos. Lo mismo sucede que con el herpes simple Tipo 1; cuando las personas llegan a la edad adulta, la mayoría han tenido alguna infección de HSV-2 y han producido anticuerpos contra este virus en la sangre. (Woods, S. 2010. Todo lo que necesitas saber sobre infecciones de transmisión sexual).

Son mucho menos, los que se han infectado con el HSV-2 durante la infancia o la adolescencia, puesto que el virus se propaga generalmente por contacto sexual. Esta realidad queda demostrada por el hecho de que el 99% de las prostitutas tienen en la sangre anticuerpos contra el HSV-2, frente a un 3% de las monjas que también lo tienen.

Esta comprobación hizo pensar que el HSV-1 solamente infectaba a los labios y que el HSV-2 únicamente a los genitales. En la actualidad sabemos que esto es falso y que el cambio puede obedecer a un aumento de la práctica buco-genital.

Aproximadamente la mitad de las personas infectadas con HSV-2 carecen de síntomas, cuando menos a juzgar por el hecho de que un 30 a un 60% de los adultos tienen anticuerpos contra el HSV-2 en la sangre y niegan haber tenido vesículas en los genitales. (Woods, S. 2010. Todo lo que necesitas saber sobre infecciones de transmisión sexual).

Primer brote del herpes genital

El primer brote del herpes genital es el peor y, acostumbra a seguir al contacto sexual con una persona que, en aquellos momentos, estaba recuperándose de un brote de herpes.

En el 85% de los casos, el primer brote es el resultado de una infección con HSV-2 y, en el 15% de los mismos, la infección está provocada por HSV-1.

Entre cinco y siete días después del acto sexual contaminante, aparece en el pene y en una zona muy reducida, una intensa comezón; la mujer experimenta una sensación similar en la superficie interna de los labios mayores. En algunas personas puede aparecer intenso dolor de cabeza y fiebre, sensaciones similares a una gripe. (Woods, S. 2010. Todo lo que necesitas saber sobre infecciones de transmisión sexual).

A las veinticuatro horas de haberse presentado estos síntomas, en la zona donde se sentía comezón aparece enrojecimiento que, al día siguiente se transforma en pequeñas vesículas. Toda la zona está sensible y dolorida, a veces los labios vulvares, están tan hinchados, que existe dolor al orinar. El líquido segregado por las vesículas es limpio, en un principio, pero muy pronto se vuelve amarillento y después las vesículas se revientan y se transforman en dolorosas erosiones.

Al cabo de cuatro o cinco días, en ellas aparece una costra que va curándose lentamente, La curación es completa al cabo de un período comprendido entre siete y doce días desde la aparición de las primeras vesículas.

Durante este espacio de tiempo y siete días después del brote, la persona va diseminando virus procedentes de la zona afectada y puede contagiar la enfermedad a otra persona si tiene contacto sexual sin protección, con ella.

Durante el proceso de infección inicial, la persona infectada, debe llevar ropa interior, para evitar que se rasque por las noches las vesículas y pueda trasladar el virus a los ojos; si éstos se los toma. (Woods, S. 2010. Todo lo que necesitas saber sobre infecciones de transmisión sexual).

Herpes genital recurrente

La recidiva se produce cuando, por alguna razón, el herpes alojado en el ganglio desencadena su camino a lo largo del nervio hasta aquella zona de la piel o de la membrana mucosa que había estado infectada inicialmente. La recurrencia, por otra parte, no obedece a un aumento de la frecuencia de las relaciones sexuales ni a cambios de pareja.

Cualquiera que sea la causa, una vez que el virus penetra en la piel, puede quedarse en un estado de letargo (o diseminarse en pequeñas cantidades) y ser eliminado por las defensas del cuerpo o provocar un acceso recurrente de vesículas. (Woods, S. 2010. Todo lo que necesitas saber sobre infecciones de transmisión sexual).

La secuencia de los hechos que se observa en un brote recurrente es la misma del brote inicial, con el proceso de enrojecimiento-vesícula-erosión-costrucción; se produce con mayor rapidez, es decir, dura entre cinco y diez días, aun cuando el virus pueda seguir diseminándose tres días más. El herpes genital recurrente produce dolor, aunque no tanto como en el brote inicial y, dura menos tiempo que éste.

El intervalo entre las recurrencias varía considerablemente; hay persona que presentan recidivas cada dos meses, otras al cabo de un período comprendido entre dos y seis meses, mientras que otras, sólo tienen una recaída la año. (Woods, S. 2010. Todo lo que necesitas saber sobre infecciones de transmisión sexual).

Tratamiento

A la fecha no existe cura para el herpes genital, pero la evolución de los síntomas se puede modificar con Aciclovir o sus análogos, tan pronto como comienzan los síntomas. El tratamiento puede reducir la formación de nuevas lesiones, la duración del dolor, el tiempo necesario hasta la resolución de las lesiones y la eliminación viral.

- Aciclovir.- 400 mg por vía oral tres veces al día durante 5-10 días.
- Famciclovir.- 500 mg por vía oral dos veces al día durante 5-10 días.
- Valaciclovir.- 1 g por vía oral dos veces al día durante 5-10 días (CONAPO, 2012.Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS).

SÍFILIS “La Gran Imitadora”

Es una enfermedad infecciosa que se propaga a través del contacto sexual sin protección; por consiguiente, es contagiosa a la vez que infecciosa. Se le conoce como la gran imitadora, porque sus síntomas son muy similares a los de otras infecciones, lo que hace complicado su diagnóstico. La sífilis está causada por un organismo minúsculo y delgado, en forma de sacacorchos, invisible a simple vista. (Llewellyn-Jones, 2009. Infecciones de Transmisión Sexual).

El organismo se conoce con el nombre de *Treponema pallidum* y su longitud está enrollada en forma de espiral. Generalmente hay unas doce espirales. El *treponema pallidum*, sólo puede vivir en el ambiente de calor húmedo del cuerpo humano, por lo que muere a las pocas horas fuera de él; sin embargo, situado en el interior del cuerpo, prospera.

Si una persona tiene una llaga sifilítica, llamada chancro sifilítico en los genitales y mantiene relaciones sexuales con otra persona, hay muchas probabilidades de que ésta se contagie la sífilis. La superficie del chancro sifilítico contiene millones de treponemas que, en el curso del acto sexual y a través de cortes finísimos e invisibles de la piel o de la membrana mucosa puesta en contacto con el chancro, penetran en el cuerpo. (Llewlynn-Jones, 2009. Infecciones de Transmisión Sexual).

A las treinta y seis horas de producida la infección, el número de treponemas se ha duplicado y vuelto a duplicar a las treinta horas. Cuando la persona se percata de que ha ocurrido algo anormal, ya tiene en su cuerpo un mínimo de 10,000 millones de treponemas.

A los treinta minutos de ocurrida la infección, los treponemas se propagan a los nódulos linfáticos de las ingles, donde se atrincheran durante un cierto tiempo. En seguida invaden el torrente sanguíneo y son transportados a todo el cuerpo. Si no se lleva un tratamiento oportuno, los organismos producen una infección crónica de casi todos los tejidos del cuerpo.

Por desgracia en la primera infección o sífilis primaria, el cuerpo no tiene suficientes defensas y no puede frenar el paso de los treponemas, por lo que éstos penetran en la sangre y se multiplican rápidamente. El cuerpo tarda unas tres semanas en movilizar las defensas, lo que hace que una persona infectada con sífilis no presente síntomas, por un espacio de tres semanas.

Las células sensibilizadas de la sangre atacan a los treponemas, que todavía están multiplicándose en los tejidos de la membrana mucosa del pene o de la vulva o de la vagina. (Llewlynn-Jones, 2009. Infecciones de Transmisión Sexual).

Esto desencadena la aparición del primer signo de la sífilis, un grano en la vulva o el pene. Durante los primeros días que siguen a su aparición, mueren muchos treponemas, al igual que sucede con muchos de los linfocitos de la sangre, lo que

tiene como resultado que se desarrolle alrededor del grano una zona de tejido duro. Esto provoca también la reducción del suministro de sangre al grano, con lo que su zona central se seca y se desprende, dejando una úlcera en su lugar; con el tiempo la úlcera se cura y deja una cicatriz.

Todo este proceso dura entre tres y ocho semanas; por desgracia, en ciertos casos la lesión primaria, la úlcera, es muy pequeña, que a veces pasa inadvertida y, la persona infectada no se somete a ningún tipo de tratamiento.

Por lo general, el desarrollo de la úlcera, hace buscar a la persona una asistencia médica, es así como el médico examina la úlcera, que tiene bordes duros y una zona central blanda, lo que hace que parezca un botón, palpado a través de la ropa. Está úlcera, recibe el nombre de chancro sifilítico. (Llewlyn-Jones, 2009. Infecciones de Transmisión Sexual).

El chancro sifilítico suele desarrollarse en el pene del hombre o en la vulva de la mujer. No obstante, aproximadamente un 25% de mujeres infectadas por un hombre con sífilis no tratada, suele desarrollar el chancro en el cuello del útero, lo que hace que sea invisible y por consecuencia las probabilidades de contagio son más altas al no saber la mujer que está infectada.

Si se realiza sexo-anal o buco-genital con una persona infectada, pueden aparecer un chancro sifilítico en el ano o en la parte baja del recto, así como en los labios o en la lengua al hacer la estimulación bucal.

La sífilis es una enfermedad crónica que, de no ser tratada oportunamente, puede llegar a infectar prácticamente todos los tejidos del cuerpo. Esta tiene tres etapas de desarrollo: sífilis primaria, secundaria y terciaria o tardía. (Llewlyn-Jones, 2009. Infecciones de Transmisión Sexual).

Sífilis primaria

Corresponde a la infección inicial y al momento en que se diagnostica clínicamente, es decir, cuando aparece la lesión primaria llamada chancro sifilítico; entre diez y noventa días después del momento de la infección. La mayoría de los chancros aparecen de veinte a veinte cinco días desde el contacto sexual sin protección con una persona infectada.

El chancro aparece en la vulva o en el pene, aunque en algunas mujeres se presenta en el cuello del útero o en las paredes vaginales. Este chancro tiene bordes duros y su centro está ulcerado, exuda un líquido claro y es indoloro.

Al cabo de unos pocos días de la aparición del chancro, los nódulos linfáticos de la ingle se inflaman. De no ser tratada la lesión primaria, va curándose lentamente en el término de cuatro a ocho semanas, lo que hace creer a la persona que ya no tiene nada, pero la infección sigue latente internamente. Durante este tiempo, los treponemas se han ido multiplicando en la sangre y han desencadenado la reacción de las defensas del cuerpo, cuando se provoca la defensa del anticuerpo, se eleva el nivel de anticuerpos en la sangre. (Llewellyn-Jones, 2009. Infecciones de Transmisión Sexual).

Sífilis Secundaria

Entre seis y ocho semanas después de la lesión primaria, aparece esta etapa. Es frecuente que la persona infectada, tenga dolores de cabeza, fiebre, dolores de garganta y en las articulaciones, lo que podría parecer una simple gripe.

Hay tres grupos de principales de lesiones que indican la presencia de la sífilis secundaria, a parte de que todas las lesiones secundarias son en extremo infecciosas. El síntoma más común, es el salpullido de la piel, este se inicia con unas manchas rosadas, muy pálidas que aparecen primero en la región de las

costillas y en todo el tronco; pero que se van propagando rápidamente hasta cubrir la espalda, el vientre e incluso el rostro, alrededor de la boca y, de la barbilla. (Llewellyn-Jones, 2009. Infecciones de Transmisión Sexual).

Las manchas que suelen ser redondas se oscurecen rápido, se vuelven rojizas y adquieren el aspecto de granos, cuyo centro se desprende. El salpullido persiste durante unas seis semanas, después de las cuales va desapareciendo lentamente, aunque puede reaparecer en ausencia de tratamiento.

La segunda lesión secundaria que aparece se presenta en las zonas húmedas de la piel o en las membranas mucosas, como la boca, la vulva y el ano. En la región vulvar, alrededor del ano en uno y otro sexo, pueden aparecer unas excrecencias semejantes a verrugas, achatadas y de un color rojizo o grisáceo.

El tercer indicio, es la inflamación de muchos nódulos linfáticos, entre los de la ingle, axilas y cuello. Finalmente, unas cuantas personas infectadas presentan signos de meningitis, con dolores de cabeza, insistentes y recurrentes. Las lesiones secundarias de la sífilis, duran de tres a doce meses y después desaparecen. (Llewellyn-Jones, 2009. Infecciones de Transmisión Sexual).

Sífilis Terciaria

La fase terciaria de la sífilis puede aparecer al cabo de un período comprendido entre dos y veinte años, desde la aparición de las lesiones secundarias. Durante este período, la única indicación que demuestra que el paciente padece sífilis, es el resultado positivo del análisis de sangre. En muchos pacientes no tratados, no llega a desarrollarse la tercera fase, aunque corren más riesgo de morir.

En esta etapa se presentan daños en la piel o en los huesos, en los cuales aparecen tumores ulcerosos. Cuando el tumor aparece debajo de la piel, este se consume y forma una llaga dolorosa que suele infectarse, por el contrario si

aparece en un hueso, normalmente en la pierna o en el cráneo, el paciente se queja de un dolor agudísimo y lacerante, que se acentúa en la noche. (Llewlyn-Jones, 2009. Infecciones de Transmisión Sexual).

También se presentan alteraciones en el corazón o en los grandes vasos sanguíneos, entre diez y treinta años después de ocurrida la infección primaria. Los pacientes reportan dolores en el pecho y jadeos, cuando era afectado el corazón, pero cuando se afectaban los vasos sanguíneos, por lo general no presentan síntomas; pero era probable que un día caiga desplomada la persona, por muerte súbita al desgarrarse la aorta.

El cerebro también se ve afectado, entre cinco y treinta y cinco años, después de la infección inicial. El proceso de la misma, evidencia una degradación mental; lo primero que se afecta es la memoria, después la capacidad de concentración y por último el juicio. Más tarde, el enfermo pierde el control de las emociones, entrando en crisis de euforia a ira a la vez; finalmente aparecen las alucinaciones y los delirios, hasta llegar al estado de demencia. (Llewlyn-Jones, 2009. Infecciones de Transmisión Sexual).

Tratamiento

- Para el chancro sifilítico.-Ciprofloxacino 500 mg vía oral 2 veces al día por 3 días. Eritromicina base 500 mg vía oral 3 veces al día por 7 días
- En sífilis primaria y secundaria.- Penicilina G benzatínica 2.4 millones de UI, IM, en una sola dosis; también se recomiendapenicilina G benzatínica administrada cada semana, por 3 semanas.
- En sífilis terciaria.- Penicilina G benzatínica 7,2 millones de unidades en total, administrado en 3 dosis de 2,4 millones de UI, intramuscular (IM) cada uno, en intervalos de 1 semana. (CONAPO, 2012.Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS).

INFECCIONES VAGINALES (Candidiasis y Tricomoniasis)

Durante los años fértiles de la mujer, desde la pubertad a la menopausia, el revestimiento de la vagina tiene un espesor de diez a treinta células. Las que están expuestas en el canal vaginal, se desprenden constantemente y son sustituidas por las capa de células que está debajo.

Este proceso prosigue constantemente, debido a que las células más profundas están dividiéndose continuamente para producir la capa siguiente. A medida que van aproximándose a la superficie, las células experimentan cambios, determinados por la cantidad de estrógeno (hormona sexual de la mujer) que puede circular en la sangre en aquel momento. (Hernández, 2008. Enfermedades de Transmisión Sexual, guía para padres y educadores).

Las células más próximas a la superficie tienen núcleos pequeños y, la sustancia de cada célula contiene cierta cantidad de hidratos de carbono, el glucógeno. Cuando las células se desprenden en el interior de la vagina, las bacterias que viven normalmente en aquella región transforman el glucógeno en ácido láctico.

El ácido láctico reduce o elimina, el crecimiento de bacterias que podrían ser perjudiciales y mantiene limpia la vagina. Además de las bacterias inductoras de la formación del ácido, en la vagina hay una gran cantidad de bacterias, que en la mayoría de casos no causan ningún problema.

Sin embargo, en determinadas circunstancias se da un cambio en la acidez o resistencia vaginal y su resultado puede ser una infección, ya sea por causa de una proliferación de ciertas bacterias en la vagina que normalmente habitan en ella, ya sea porque en el curso del acto sexual se introducen nuevos organismos en la misma. (Hernández, 2008. Enfermedades de Transmisión Sexual, guía para padres y educadores).

Normalmente la vagina está húmeda como consecuencia del líquido que expide sus paredes, que procede de los vasos sanguíneos que la rodean. Este líquido se mezcla con las células desprendidas dentro de la vagina y, a él se añaden secreciones del cuello del útero y de las glándulas de Bartolino.

La cantidad de fluido normal de la vagina, varía considerablemente y parece que, entre los factores que contribuyen a aumentarlo, figuran el estrés, la angustia, la depresión o una relación sexual inadecuada. Cuando esto ocurre, la interesada advierte el aumento de la secreción, que a veces tiene un determinado olor y que, al secarse deja una mancha en su ropa interior.

Estas secreciones vaginales pueden ser un indicio de una probable infección de transmisión sexual. Al acudir al médico, se examina la secreción al microscopio y después el médico huele la mezcla; si éste percibe un fuerte olor a pescado, es señal de que la mujer padece vaginitis no específica. (Hernández, 2008. Enfermedades de Transmisión Sexual, guía para padres y educadores).

Candidiasis

Existe entre un 5 y un 30% de mujeres con el hongo llamado *Candida albicans* en la vagina. Se trata de un hongo que no siempre produce síntomas y cuya proliferación se ve reprimida por otras bacterias vaginales; sin embargo, cuando algún hecho altera este equilibrio, la cándida empieza a multiplicarse y a veces puede provocar una inflamación vaginal.

La cándida también puede penetrar en la vagina de la mujer a través del pene de su compañero infectado, pero también puede ocurrir lo contrario y, el hombre empezará a notar picores después del coito con una persona infectada. (Hernández, 2008. Enfermedades de Transmisión Sexual, guía para padres y educadores).

La *Candida albicans*, llamada así para distinguirla de otras formas de hongo, es un organismo parecido a la levadura que prolifera especialmente en un ambiente húmedo, sobre todo cuando en las secreciones hay hidratos de carbono. Este hongo es el causante de la candidiasis en un 90% de los casos.

Cuando hay bacterias presentes, suelen frenar su crecimiento, hecho que explica su proliferación cuando una mujer toma antibióticos para eliminar una determinada infección bacteriana de su cuerpo.

El síntoma principal que aparece en la mujer es un intenso escozor en la vulva y en la vagina, acompañado de una secreción vaginal espesa, blanquecina e inodora, en ocasiones muy abundante.

El escozor puede ser intolerable y se manifiesta particularmente por la noche. Si la mujer se rasca para calmar la comezón, la vulva puede desarrollar heridas e inflamarse; lo que a veces se consigue también al rascar la zona, es introducir en ella una infección secundaria, que provoca la aparición de pequeñas llagas, sumamente dolorosas, que contribuyen a inflamar todavía más los labios de la vulva. (Hernández, 2008. Enfermedades de Transmisión Sexual, guía para padres y educadores).

En los hombres infectados por su pareja, la zona que produce picor es el glande y el prepucio. En ocasiones aparece también una secreción de la uretra; algunos presentan pequeñas llagas superficiales en el glande, aproximadamente dos días después del coito, que también producen comezón insoportable y van acompañadas de una sensación de quemazón en toda la región del glande.

El diagnóstico en un caso típico, basta con una muestra de la secreción, vista en el microscopio, delata la presencia del hongo; pero en otros casos es necesario inocular la secreción durante 48 horas para poder localizar al hongo.

Pero uno de los diagnósticos más comunes, es a través de uno de los síntomas que es el más característico; se trata del “olor a pescado”, con este síntoma se puede dar un diagnóstico casi del 80% de que existe la presencia de una candidiasis; porque se puede confundir con una tricomoniasis, ya que ésta presenta también como un síntoma, el olor a pescado. (Hernández, 2008. Enfermedades de Transmisión Sexual, guía para padres y educadores).

Tratamiento

En la mayoría de los casos, el tratamiento de la candidiasis vaginal es relativamente simple:

- Clotrimazol.- 1% crema 5g vía intravaginal diario por 7-14 días.
- Clotrimazol.- 100 mg vía vaginal óvulos por 7 días.
- Clotrimazol.- 500 mg óvulo vaginales, una tableta en una sola dosis.
- Miconazol.- 2% crema 5 g vía intravaginal por 7 días.
- Miconazol.- 100 mg óvulos vaginales; un óvulo por 7 días.
- Miconazol.- 200 mg óvulos vaginales, un óvulo por 3 días. (CONAPO, 2012.Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS).

Tricomoniasis

La tricomoniasis es la segunda causa de inflamación vaginal transmitida por vía sexual. La infección, está causada por un diminuto parásito, llamado *Trichomonavaginalis*, que únicamente puede ser observado a través del microscopio.

La tricomoniasis se aloja en los pliegues de las paredes vaginales, donde encuentran todo el alimento que necesitan y donde, en un ambiente cálido y protegidas pueden reproducirse tranquilamente. (Hernández, 2008. Enfermedades de Transmisión Sexual, guía para padres y educadores).

La tricomoniasis produce vaginitis en la mujer y uretritis en el hombre donde puede presentar un curso asintomático. Los síntomas típicos de las mujeres que la padecen son las secreciones vaginales de un color blancuzco o verdoso, con olor a pescado; la secreción puede ser abundante e ir acompañada de un cierto malestar y comezón en la vagina.

Los síntomas se presentan entre 7 y 21 días después del coito. En ciertas mujeres, la sensación de comezón es más intensa que la secreción y, la sensibilidad de la vagina se hace dolorosa en la relación sexual. (Hernández, 2008. Enfermedades de Transmisión Sexual, guía para padres y educadores).

En los hombres se infecta la uretra, causando uretritis (inflamación de la uretra), teniendo como síntomas, dolor al orinar y aumento en la frecuencia de la orina, lo que se conoce como cistitis. Así mismo, también se presenta una sensibilidad e inflamación del pene, lo que hace doloroso al coito.

El tratamiento en ambos casos, para la vaginitis, tanto para la uretritis es el mismo:

- Metronidazol.- 2g vía oral única dosis.
- Metronidazol.- 500 mg vía oral dos veces al día por 7 días. (CONAPO, 2012. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS).

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

En México, según el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades; la infección por el virus del papiloma humano en el año 2012, fue la más frecuente entre las infecciones de transmisión sexual, con una prevalencia del 20%. El grupo más afectado fue el de los adolescentes, con un 40%, seguido de las amas de casa y de las sexoservidoras. Lo que ha originado que se tome al virus del papiloma humano, como un problema de salud pública. (CONAPO, 2012. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS).

El Género Papilomavirus, integrado en la Familia Papillomaviridae, es un grupo de virus conocido desde la antigüedad pero descrito por primera vez en los años 30. Los virus del papiloma humano contienen ADN, son mucosotrópicos y cutaneotrópicos, provistos de un genoma circular de aproximadamente 8,000 pares de bases y una cápside o cápsula viral icosaédrica.

Estos virus atacan a las células de la capa basal de la epidermis o la mucosa en donde se establece un reservorio viral y se multiplican en el núcleo de las células y algunas variedades se integran en el ADN del huésped, lo que puede ocasionar la transformación maligna de la célula.

Se conocen más de 100 tipos virales diferentes, clasificados en: bajo, intermedio y alto riesgo de acuerdo con su capacidad de progresión oncogénica; de estos, de 30 a 40 tipos infectan la región anogenital.

Los tipos 16 y 18 son los responsables de 70% de los cánceres de cuello uterino, vagina y ano y de 30 a 40% de los cánceres de vulva; también se ha relacionado con el cáncer de pene y orofaringe (tumores de amígdala y del anillo de Waldeyer). Los tipos 6 y 11 son causantes de lapapilomatosis laríngea recurrente, lesiones conjuntivales y de 90% de las verrugas genitales. (CONAPO, 2012. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS).

El papel oncogénico del papilomavirus humano (VPH) fue sugerido por primera vez a principios del año 1976 y el primer VPH genital fue identificado en 1978. En el año 1981, se detectó la presencia de ADN de VPH en neoplasias siendo descrita la capacidad de las proteínas virales E6 y E7 de VPH 16, para inmortalizar y transformar queratinocitos humanos en el año 1989.

De esta manera el reconocimiento de su importancia médica y la mejora de las herramientas para el análisis de Papilomavirus ayudaron a su resurgimiento.

Los órganos más susceptibles de infección, son el cuello uterino, los labios vulvares, el periné y el ano. Las lesiones anogenitales incluyen las verrugas genitales (condiloma acuminado, cresta de gallo) que son formaciones carnosas con aspecto de coliflor que aparecen en las zonas húmedas de los genitales.

Las verrugas genitales, por lo común, son causadas por los tipos VPH-11 y VPH-16. Estos tipos de VPH también pueden producir verrugas en el cuello del útero, en la vagina, la uretra y el ano. (CONAPO, 2012. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS).

Tanto la mujer como el hombre pueden ser portadores asintomáticos y vehículos de la infección genital por VPH. Pero en general, es el hombre el principal portador del virus y la mujer la receptora y la que desarrolla la enfermedad. La transmisión se produce por contactos sexuales sin protección, ya sea vía vaginal, anal o bucal.

Manifestaciones Clínicas

La infección por el VPH se asocia con una amplia variedad de manifestaciones clínicas, subclínicas y latentes.

La manifestación clínica habitual es el condiloma, que suelen ser de aspecto exofítico, generalmente pediculado y papulares, de base sésil e incluso, en ocasiones, aplanados. Estas características varían según la región anatómica donde aparezcan.

En los órganos sexuales del hombre, las zonas más afectadas con frecuencia son el frenillo, el surco balanoprepucial y la mucosa del glande y prepucio; la uretra también puede estar afectada, también pueden localizarse en escroto y las zonas perianales, donde en un 50% suelen afectar la mucosa rectal. (CONAPO, 2012. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS).

En la mujer, aparecen, generalmente, en un momento, localizados en la vulva y labios mayores y menores, pero por las condiciones de humedad de los órganos sexuales femeninos y las posibles infecciones asociadas, se suelen propagar rápidamente a toda la vulva, incluso al perineo y área perianal.

Las manifestaciones subclínicas son de suma importancia, sobre todo epidemiológicamente, por ser totalmente invisibles al ojo humano. Por regla general, las lesiones subclínicas son aplanadas y múltiples.

Su insignificancia clínica facilita el contagio y su persistencia está relacionada, posiblemente con el cáncer genital, sobre todo en la mujer. Puede objetivarse mediante aplicación de una solución de ácido acético y subsiguiente visualización a través de la lupa o el colposcopio. (CONAPO, 2012. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS).

Verrugas cutáneas

Verrugas comunes: algunos tipos «cutáneos» de VPH, como las VPH-1 y VPH-2, causan verrugas comunes; encontradas con frecuencia en manos y pies, pero

pueden aparecer en otras áreas, como rodilla y codo. Estas verrugas tienen una superficie característica de coliflor, y típicamente elevada ligeramente por encima de la piel circundante. Los tipos cutáneos de VPH no suele causar usualmente verrugas genitales y no se asocian con el desarrollo de cáncer.

Verrugas plantares: se encuentran en la base del pie; y crecen hacia adentro, generalmente causando dolor al caminar.

Verrugas sublinguales o perlinguales: se forman debajo de la uña (sublingual), alrededor de la uña o en la cutícula (perlingual). Pueden ser más difícil de tratar que otras verrugas de diferentes lugares.

Verrugas planas: se ubican comúnmente en los brazos, cara o nuca. Como las verrugas comunes, estas planas se presentan más en niños y adolescentes. En personas con la función inmune normal, estas verrugas planas no se asocian con el desarrollo de cáncer. (CONAPO, 2012. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS).

Verrugas genitales

Las Verrugas genitales o anales (*Condilomata acuminata* o verrugas venéreas) son los signos más reconocidos de esta infección del VPH genital. Aunque hay una amplia variedad de tipos de VPH que pueden causar verrugas genitales, los tipos 6 y 11 dan cerca del 90% de todos los casos.

Mucha gente que adquiere verrugas genitales asociadas con tipos de VPH, resuelve la infección rápidamente sin siquiera desarrollar verrugas u otros síntomas. Se puede transmitir el virus a otros aún si no se ha desplegado ninguno de los síntomas de infección. Sin embargo, en la vasta mayoría de casos, esta no es causa de no hacerse adecuados test rutinariamente administrados.

Los tipos de VPH que tienden a causar verrugas genitales no son los mismos que causan cáncer cervical. Sin embargo, desde que un individuo puede infectarse con múltiples tipos de VPH, la presencia de verrugas no es regla de que esté ausente la posibilidad de la presencia de tipos de alto riesgo del virus.(CONAPO, 2012.Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS).

Diagnóstico

Las lesiones por el VPH pueden afectar de forma aislada o multicéntrica y multifocal a cualquier parte del tracto genital inferior y región perineoanal, razón por la que, ante cualquier lesión detectada, debe hacerse un estudio exhaustivo del cuello uterino, vagina, vulva, perineo, uretra, pene, escroto y ano, y es recomendable el estudio de la pareja o parejas sexuales por el especialista.

Aunque el diagnóstico de las infecciones manifiestas por el VPH resulta habitualmente clínico, la posible presencia de infecciones subclínicas, asintomáticas o latentes, así como la necesidad de determinación de la infección y del tipo de VPH implicado (de alto o bajo riesgo), han hecho desarrollarse, en estos últimos años, una amplia variedad de técnicas diagnósticas. (CONAPO, 2012.Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS).

Las técnicas disponibles son morfológicas para la detección del virus (citología, colposcopia e histopatología, y microscopía electrónica), inmunohistoquímicas para la detección del antígeno (Ag) viral de la lesión y basadas en la detección del ADN viral mediante hibridación o amplificación (todas disponibles en México).

De todos modos no existe el método ideal para el diagnóstico de la infección por VPH y su validez depende de la forma de la infección. Este debería responder a las cualidades de ser rápido, económico, sensible, específico, aplicable a

muestras no invasivas y capaz de tipificar el virus implicado en la lesión. (CONAPO, 2012. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS).

Otro método de detección del Virus de Papiloma Humano es la del PCR (Reacción en cadena de polimerasa) por secuenciación. La detección del virus debe estar a cargo de personal especializado con gran experiencia en la toma de muestras para la detección y el diagnóstico del Virus del Papiloma Humano. El laboratorio de proceso de las muestras debe tener amplia experiencia en Biología Molecular.

La prueba del PCR, es una prueba que puede detectar el ADN (ácido desoxirribonucleico) del virus dentro de las células de nuestro cuerpo mediante un proceso de laboratorio de biología molecular muy compleja, similar al que se utiliza para las pruebas de paternidad.

En la mujer se debe tomar la muestra con un cepillado del cuello de útero muy similar al Papanicolaou, realizado por personal especializado exclusivamente en este procedimiento. En el Hombre se debe tomar un cepillado genital y en ocasiones de la uretra.

La diferencia entre la prueba de PCR y la prueba del Papanicolaou o citología es que; la prueba del Papanicolaou o citología es una prueba en la cual se miran las células al microscopio y se da un informe de acuerdo a las características de forma tamaño y otras particularidades de las células de la muestra. (CONAPO, 2012. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS).

La prueba del PCR por secuenciación es una prueba que sirve para diagnosticar la infección del Virus de Papiloma Humano con una sensibilidad y especificidad cercana al 100 %, es una prueba objetiva y mide directamente la presencia del virus en la muestra, por lo que la prueba del PCR por secuenciación es la única prueba confirmatoria de infección con el Virus de Papiloma Humano, y si el resultado saliera positivo nos indica el número de virus involucrado y su riesgo oncológico.

Específicamente algunos tipos de VPH producen carcinoma invasivo del cérvix, por lo que se recomienda el examen de Papanicolaou y colposcopia, en todas las mujeres, ya que un alto porcentaje de muestras en adolescentes es anormal. La prueba del Papanicolaou es una prueba muy útil para el diagnóstico de lesiones malignas o pre-malignas y es recomendable que se practique una vez al año.

Tanto los VPH de alto riesgo como los de bajo riesgo pueden causar el crecimiento de células anormales, pero solo los tipos de VPH de alto riesgo pueden resultar en cáncer. Se han identificado al menos 15 tipos de VPH de alto riesgo, entre los que se incluyen el 16 y el 18.

Estos dos tipos de VPH juntos causan cerca de 70% de todos los cánceres cervicales. Además, la infección con los VPH de alto riesgo, principalmente por el tipo 16, causa cerca de 85% de los cánceres anales. Algunos cánceres de orofaringe son causados también por la infección por VPH, casi exclusivamente por el tipo 16 de los VPH. (CONAPO, 2012. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS).

Prevención

En junio del 2006 la Secretaría de Salud de México y la FDA de Estados Unidos aprobaron la primera y única vacuna que ayuda a proteger contra los tipos de VPH más comunes. (Secretaria de Salud, 2011. Vacuna contra el papiloma).

Desde el 1ro. De diciembre de 2008 el Gobierno del Distrito Federal, a través de la Secretaría de Salud del DF, puso en marcha la Campaña de Vacunación en contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), para la protección de niñas de 11 a 13 años, que no cuenten con seguridad social (IMSS, ISSSTE, Pemex y Sedena), lo que se distinguió como la Primera Generación de niñas protegidas contra el VPH.

Durante el periodo 2008-2010, se aplicaron 279 mil dosis en 109 Centros de Salud, para alcanzar una meta de 100, 263 niñas vacunadas, gracias a una inversión de 100 millones de pesos.

En junio de 2011, la campaña de vacunación, incorporó a la Segunda Generación de niñas de 11 años de edad que no cuentan con seguridad social, logrando vacunar a 30, 351 niñas, con lo que la meta se elevó hasta casi 131 mil las niñas protegidas.(Secretaria de Salud, 2011. Vacuna contra el papiloma).

Durante el año 2012, se continuó la aplicación de segundas dosis a las niñas de esta Segunda Generación hasta el mes de septiembre, con lo que la cobertura de vacunas alcanzó a 161,364 niñas protegidas en el Distrito Federal.

La vacuna contra el VPH se recomienda para las niñas de 11 ó 12 años de edad, aunque también, se puede dar a niñas a partir de los 9 años de edad. Es importante que las niñas se vacunen contra el VPH, antes de su primer contacto sexual, porque no habrán estado expuestas al virus del papiloma humano.

Una vez que una niña o una mujer han sido infectadas por el virus es posible que la vacuna no funcione tan bien o que no funcione en absoluto.

La vacuna también se recomienda para niñas y mujeres de 13 a 26 años de edad que no recibieron las 3 dosis completas cuando eran más jóvenes. Los varones y hombres de 9 a 26 años de edad pueden vacunarse contra el VPH para prevenir verrugas genitales. Al igual que en las mujeres, es mejor vacunarse antes del primer contacto sexual.(Secretaria de Salud, 2011. Vacuna contra el papiloma).

Hay dos tipos de vacunas con el virus de papiloma humano (VPH), la vacuna VPH4, también llamada tetravalente, que protege contra los serotipos de VPH 6, 11 16 y 18 y la vacuna VPH2, también llamada bivalente, que protege contra los serotipos de virus VPH 16 y 18, cada una de ellas son producidos por laboratorios diferentes. La primera se comercializa como Gardasil y la segunda como Cervarix.

La vacuna VPH4 no contiene ADN viral y no es infecciosa. Consiste de partículas creadas mediante bioingeniería similares al virus producidas a partir de la proteína mayor de la cápside del VPH tipo 16 y 18, que son responsables del 70% de casos de cáncer cervical, 87% del anal, 60% del orofaríngeo, y 31% del cáncer de pene.

Además, la vacuna incluye proteínas de la cápside de los tipos 6 y 11, que son responsables del 90% de las verrugas genitales y casi la totalidad de los casos de papilomatosis respiratoria juvenil recurrente. Estudios clínicos han revelado que la vacuna es altamente inmunogénica, segura, y bien tolerada en hombres y mujeres desde los 9 hasta los 26 años de edad.(Secretaria de Salud, 2011. Vacuna contra el papiloma).

En las mujeres sexualmente activas entre los 16 y los 26 años, se ha demostrado protección contra la infección persistente; lesión precancerosa de cérvix, vulva, y vagina; así como de las verrugas genitales causadas por los serotipos de VPH contenidos en la vacuna.

La vacuna fue recomendada para mujeres en el año 2007. En hombres sexualmente activos entre los 16 y 26 año, se demostró eficacia de la vacuna contra las verrugas genitales causados por los serotipos en la vacuna. La vacuna VPH4 fue permitida en hombres en el año 2010.

La vacuna consta de tres dosis. La primera dosis en cualquier momento, la segunda a los 6 meses de la primera y la tercera dosis a los 60 meses de la primera aplicación (0, 6 y 60). Una sola dosis no sirve.

La administración de la vacuna contra el VPH, no cambia las recomendaciones actuales sobre el uso de métodos de barrera para la prevención del VPH y otras infecciones de transmisión sexual, así como las prácticas saludables de actividad sexual, así como los preservativos.(Secretaria de Salud, 2011. Vacuna contra el papiloma).

Tratamiento

Condilomas en vulva y pene

- Podofilotoxina al 0.5% en crema, dos veces al día por tres días, seguidos por 4 días de no aplicar tratamiento y el ciclo se repite por 4 veces.
- Imiquimod 5% en crema, tres veces a la semana por 16 semanas. (el tratamiento del área debe de lavarse con jabón y agua 6-10 horas después de la aplicación).

Condilomas Anales

- Crioterapia (con nitrógeno líquido)
- Ácido tricloroacético 80-90% (ATC), repetir la aplicación en intervalos semanales. (CONAPO, 2012. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS).

VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH)

El Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), informó en Septiembre del año 2012, que el índice de contagios de VIH en México, ascendió de 3687 casos en el año 2011, a 4255 casos en el año 2012; teniendo a los jóvenes entre 15 y 19 años como el sector de mayor contagio de VIH; y su principal vía de contagio fue la sexual. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

Esto lleva a considerar el problema del VIH, como un problema de salud pública nacional y mundial.

El primer caso de SIDA en México fue diagnosticado en 1983, aunque de acuerdo con análisis retrospectivos y otras técnicas de investigación en salud pública, el inicio de la epidemia del VIH puede ubicarse en 1981. Desde el inicio de la epidemia en nuestro país, hasta el 17 de noviembre del 2009, en el Registro Nacional de Casos de SIDA se han contabilizado 135,003 casos acumulados de SIDA, de las cuales el 82.3% son hombres y el 17.7% son mujeres.

El SIDA se describió por primera vez en 1981, cuando algunos hombres jóvenes hasta esos momentos sanos, principalmente adultos que vivían en zonas urbanas de los Estados Unidos, empezaron a ser víctimas de infecciones oportunistas antes desconocidas en ese grupo de edad. No tardaron en notificarse infecciones similares en África, el Caribe y Europa; el SIDA era claramente una enfermedad epidémica. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

La mayoría de esos jóvenes murieron, y se improvisó un sin número de hipótesis discrepantes, pero desde muy pronto se sospechó que la causa era un patógeno vírico transmitido por la sangre. En 1983 esa sospecha se vio confirmada cuando el Profesor Luc Montagnier y otros investigadores descubrieron un nuevo agente patógeno: un retrovirus con tropismo por las células CD4 que organizan la inmunidad celular y protegen al ser humano de una gran diversidad de patógenos víricos, micobacterianos y fúngicos.

La epidemia del SIDA en hombres adultos (de 15 y más años de edad) está fundamentalmente asociada a la transmisión sexual, ya sea en hombres homosexuales, bisexuales o heterosexuales. Aunque en los primeros años de la epidemia, los casos en homosexuales y bisexuales llegaron a representar más del

90% del total de casos, a finales de la década actual continúan representando alrededor del 50%.

Sin embargo, también puede observarse una tendencia ascendente, en los últimos años, en el porcentaje de casos de tipo heterosexual, así como la desaparición de los casos de SIDA asociados a la transfusión sanguínea. Los casos en usuarios de drogas inyectadas (como categoría única o asociada a hombres que tiene sexo con hombres) ocupan porcentajes marginales. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

A pesar del avance de la ciencia médica en materia del VIH/SIDA y de los logros que se han obtenido; aún se ve lejos el momento de encontrar la cura definitiva y como consecuencia el problema continúa aumentando, no por la falta de un medicamento poderoso; sino por la falta de una educación de la sexualidad objetiva y oportuna; principalmente en los adolescentes y en el resto de la población.

VIH significa el Virus de Inmunodeficiencia Humana. El VIH, es el virus que causa el SIDA, que es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Este virus se pasa de una persona a otra por medio del contacto de sangre a sangre o por vía sexual. Una mujer embarazada que esté infectada también puede pasar el VIH a su bebé durante el embarazo, el parto o al amamantar.

Se conocen dos tipos de VIH, el VIH-1 y el VIH-2. El VIH-1 es más virulento e infeccioso que el VIH-2 y, es el causante de la mayoría de infecciones por VIH en el mundo. El VIH-2 es menos contagioso y por ello se encuentra confinado casi exclusivamente a los países de África occidental. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

El VIH destruye una clase de células de defensa del cuerpo llamadas “linfocitos cooperadores CD4”. Estos linfocitos forman parte del sistema inmunológico del organismo, el sistema de defensa que combate las enfermedades infecciosas.

Para protegerse ante los ataques de virus y otros microorganismos, el cuerpo humano tiene su propio sistema de defensa llamado sistema inmunológico. Este sistema consiste en diferentes tipos de glóbulos blancos y proteínas especiales de la sangre. El sistema inmunológico se asemeja a un ejército de células entrenadas para rechazar cualquier organismo extraño que invade el cuerpo. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

Un componente muy importante de este sistema es un grupo de células conocidas como células CD4, algunas veces denominadas también células T ayudantes. Estas células son glóbulos blancos especializados que controlan el funcionamiento del sistema inmunológico y son consideradas los “comandantes del ejército” del sistema inmunológico.

Cuando un organismo extraño ingresa al cuerpo, las células CD4 envían la orden al sistema inmunológico de atacar al invasor. Para dar una respuesta efectiva al organismo invasor, el sistema inmunológico puede necesitar cierto tiempo (algunos días o varias semanas) en consecuencia, al inicio la persona puede presentar síntomas y signos de enfermedad.

Sin embargo, después de un tiempo, el sistema inmunológico logra vencer al invasor y, la persona se recupera de la enfermedad. El sistema inmunológico utiliza diversos métodos para luchar contra las infecciones. Algunas veces, los glóbulos blancos atacan directamente al organismo extraño. Otro método implica la producción de anticuerpos.

Los anticuerpos son proteínas producidas por ciertos glóbulos blancos contra organismos específicos. Estos anticuerpos son utilizados como “armas” contra la invasión de microorganismos en la sangre.

Para algunos virus, tales como la polio, el sarampión y la hepatitis, se han desarrollado vacunas que preparan al sistema inmunológico para que pueda desactivar el virus en forma rápida luego de que éste haya ingresado al organismo. Esto evita que el virus se multiplique dentro del cuerpo y que la persona desarrolle la enfermedad. En el caso del virus del VIH, los científicos todavía no han logrado desarrollar una vacuna. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

Cuando el VIH ingresa al cuerpo humano ataca al sistema inmunológico. Aunque existen diversos virus que pueden causar enfermedades en los seres humanos, el VIH es el único virus conocido que ataca específicamente a las células CD4. El virus penetra en estas células y se multiplica produciendo hasta casi 10 millones de virus por día.

Lentamente el VIH inutiliza o destruye cada vez más células CD4 y sin comandantes, la defensa no puede proteger su territorio en forma adecuada. El sistema inmunológico también produce anticuerpos (“armas”) para combatir al VIH, pero no pueden vencer al virus. Estos anticuerpos son generalmente lo que se analiza con las pruebas de VIH.

Con el tiempo y en forma progresiva, el sistema inmunológico se debilita cada vez más como resultado del VIH. Decimos que el sistema inmunológico se vuelve deficiente o comprometido, o que la persona es inmunodeficiente.

Este es el motivo por el cual el virus se denomina “virus de INMUNODEFICIENCIA humana” y “síndrome de INMUNODEFICIENCIA adquirida”. La palabra “ADQUIRIDA” se utiliza porque la deficiencia inmunológica es el resultado de algo “que proviene del exterior e ingresa al organismo”. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

Existen otras causas que provocan inmunodeficiencia: en casos muy aislados, hay personas que nacen con deficiencias inmunológicas, ciertos tipos de tratamientos contra el cáncer también debilitan el sistema inmunológico; pero actualmente el VIH es la causa más común de deficiencia inmunológica en el mundo.

Cuando el sistema inmunológico se debilita, el cuerpo comienza a perder lentamente su capacidad de rechazar las enfermedades causadas por otros microorganismos, y de esta manera se vuelve vulnerable a muchas infecciones. Las personas con VIH pueden contraer las mismas infecciones que otras personas, por ejemplo, neumonía, diarrea o infecciones de transmisión sexual, pero las contraen con mayor frecuencia y en forma más severa. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

Como resultado de un sistema inmunológico débil, las personas con VIH también son vulnerables a ciertas infecciones que generalmente no causan enfermedades en otras personas sin VIH. Aunque estas infecciones pueden ingresar en el organismo de una persona sana, un sistema inmunológico saludable destruye la infección fácilmente y la persona no se enferma.

En una persona cuyo sistema inmunológico está debilitado, las infecciones tienen la oportunidad de multiplicarse y enfermarla. Estas infecciones se denominan infecciones oportunistas, ya que aprovechan la oportunidad que les brinda un sistema inmunológico débil.

Como ejemplos de infecciones oportunistas, se tienen a la candida (infección de boca y garganta), neumonía por *Pneumocystis Carinii* y meningitis criptocócica. Un sistema inmunológico debilitado incrementa la vulnerabilidad del organismo ante ciertos tipos de cáncer, por ejemplo, sarcoma de Kaposi y cáncer de cuello uterino. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

Debido a la variedad de infecciones y cánceres que pueden afectar a las personas con VIH, éstas pueden manifestar una gran variedad de síntomas y signos. La palabra “SÍNDROME” se refiere a un grupo de síntomas y signos los cuales pueden ser parte de la misma condición médica subyacente.

Los científicos estiman que las personas con infecciones del VIH desarrollarán el SIDA en un promedio de 10 años después de ser infectados. Sin embargo, no todos desarrollan SIDA dentro de este período de tiempo y, a otros les tomará más de 10 años. El tiempo que le toma a una persona infectada por el VIH para que desarrolle el SIDA varía de persona a persona y depende de muchos factores, incluyendo el estado general de salud y sus hábitos de salud. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

Es importante recordar que todos estamos en riesgo de infectarnos con el VIH, ya que participar en lo que llamamos comportamientos de alto riesgo, nos expone a contraer la infección del VIH o cualquier ITS de las que ya hemos hablado.

Dentro de los comportamientos que consideramos de alto riesgo se encuentran: El tener relaciones sexuales sin protección (sea vía vaginal, anal o bucal), compartir agujas con otras personas para inyectarse drogas, tatuarse o perforarse. El más importante es tener relaciones sexuales sin protección, es decir, sin utilizar alguno de los condones que existen, ya sea para mujer o para hombre.

Pero no basta sólo con utilizar condones, porque recordemos que las ITS se transmiten por el contacto directo con los fluidos y con los genitales, por eso es importante que además de utilizar los condones, se utilicen elementos que protejan de estos contactos, como lo son los dedos para estimular digitalmente y el plástico adherente, para estimular bucalmente; logrando un erotismo protegido y sin riesgo de contagio. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

Sintomatología

La infección por VIH se presenta en diversas etapas, identificadas por un conjunto de síntomas e indicadores clínicos. En ausencia de un tratamiento adecuado, el virus se replica constantemente e infecta los linfocitos T-CD4, que constituyen una parte esencial del sistema inmunológico en los seres humanos.

Por su parte, el sistema inmunológico del portador del VIH reacciona ante la presencia del virus y genera una respuesta que puede mantener la infección bajo control al menos por un tiempo, mediante la reposición de células defensivas.

Al término de un período, que se puede prolongar por varios años; el VIH se vuelve resistente a las defensas naturales del cuerpo y destruye el sistema inmune del portador. De esta manera, la persona infectada con VIH, queda expuesta a diversas enfermedades oportunistas y fallece. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

Fase aguda

La fase de la infección aguda por VIH inicia en el momento del contagio. El virus se propaga por el cuerpo de la persona contagiada a través de sus fluidos corporales. En un plazo de días, el VIH infecta no sólo las células expuestas inicialmente (por ejemplo, las células de la mucosa vaginal o rectal en el caso de una infección por vía sexual) sino también los ganglios linfáticos.

Durante ese tiempo, el VIH se multiplica dentro del organismo hasta alcanzar niveles propios de la infección crónica. El tejido linfoide asociado a los intestinos constituye uno de los principales espacios del cuerpo humano donde tiene lugar la reproducción inicial del VIH por su alto porcentaje de linfocitos T CD4.

Un porcentaje importante de personas que contraen el virus no presenta síntomas de la infección en su fase aguda, es decir; son pacientes asintomáticos. Sin embargo, se calcula que entre el 40% o hasta el 80% de los casos de contagio con VIH-1 presentan manifestaciones clínicas. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

El cuadro de la infección aguda es similar al de una mononucleosis infecciosa: fiebre, malestares musculares, inflamación de los ganglios, sudoración nocturna, diarrea, náuseas y vómito. La gran mayoría de las personas infectadas, no reciben diagnóstico del cuadro agudo de la infección por VIH, pues son síntomas compartidos por varias enfermedades.

Por lo tanto, presentar un conjunto de síntomas como el descrito aquí no es indicador necesario de que una persona se haya infectado por VIH, aunque es recomendable que, quien considere que ha estado expuesto al contagio y presente los síntomas, acuda a un especialista para recibir atención médica. El cuadro de la infección aguda por VIH aparece entre dos y seis semanas después de la exposición al virus y desaparece unos pocos días después.

Durante la fase aguda de la infección, las pruebas tradicionales siempre darán negativo porque no detectan directamente el VIH, sino los anticuerpos producidos como respuesta por el sistema inmune, lo que ocurre alrededor de la 12^a semana después de la exposición.

En contraste, las pruebas de carga viral que contabilizan el número de copias del ARN del virus en la sangre, arrojarán como resultado una elevada cantidad de copias del VIH durante la fase aguda de la infección. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

Fase crónica

La fase crónica de la infección por VIH se suele llamar también latencia clínica porque el portador es asintomático, es decir, no presenta síntomas que puedan asociarse con la infección. Esto no quiere decir que el virus se encuentre inactivo, por el contrario, durante la fase crónica el VIH se multiplica incesantemente.

Se calcula que en un sujeto infectado, diariamente se producen entre mil y diez mil millones de nuevas partículas virales y son destruidos alrededor de cien millones de linfocitos T CD4. Los pacientes son asintomáticos, gracias a que el sistema inmune tiene una gran capacidad para regenerar las células destruidas por el virus, pero pueden presentar adenopatías (daño en los ganglios linfáticos) y la disminución del conteo de plaquetas en la sangre. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

La reacción ante la presencia del virus termina por desgastar al sistema inmunológico. En ausencia de tratamiento, la mayoría de los portadores del virus desarrollan el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en un plazo de 5 a 10 años.

La causa de esto se debe a que, mientras el virus sigue reproduciéndose de manera constante y aumenta la carga viral en su anfitrión, disminuye también la capacidad de recuperación del sistema inmune. Al término de la fase crónica, los pacientes desarrollan otras manifestaciones de la infección como dermatitis seborrética, úlceras bucales y foliculitis.

El sida constituye la etapa crítica de la infección por VIH. En esta fase de la infección, el portador del VIH posee un sistema inmunológico que probablemente sea incapaz de reponer los linfocitos T CD4, que pierde bajo el ataque del VIH y también ha visto reducida su capacidad citotóxica hacia el virus. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

Este fenómeno coincide con el aumento en las tasas de replicación del virus, que merma la capacidad de reacción del anfitrión ante otros agentes causantes de enfermedades. De esta manera, el portador del virus es presa potencial de numerosas infecciones oportunistas que le pueden conducir a la muerte.

La neumonía por *P. jiroveci*, el sarcoma de Kaposi, la tuberculosis, la candidiasis y la infección por citomegalovirus son algunas de las infecciones más frecuentes que atacan a las personas con VIH, que han desarrollado SIDA.

La mayoría de los pacientes que han desarrollado SIDA no sobreviven más de tres años sin recibir tratamiento antirretroviral. Sin embargo, incluso en esta fase crítica el SIDA y el VIH pueden ser controlados mediante la terapia antirretroviral de gran actividad. Los antirretrovirales pueden brindar una mejor calidad de vida a un portador del VIH y aumentan sus posibilidades de supervivencia.

Dado que el VIH tiene una gran capacidad de mutación, con el tiempo los antirretrovirales pierden su efectividad porque el virus desarrolla resistencia a ellos. Una vez que esto ocurre, el paciente queda expuesto nuevamente a las infecciones oportunistas y eventualmente a la muerte, en tanto que no se disponga de un medicamento que cure la infección por VIH. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

Diagnóstico

Debido a que no existe ninguna manifestación clínica característica de la infección de VIH, la prueba para detectarla ha de llevarse a cabo mediante pruebas de diagnóstico molecular en un laboratorio.

La prueba más habitual para detectar la presencia de VIH, es la prueba de inmunodetección denominada ELISA. Con esta técnica se pretende detectar los anticuerpos específicos que el organismo produce como respuesta a la presencia del virus. Cabe destacar que, ante un resultado positivo mediante un ELISA, no se

debe informar al paciente de la presencia de VIH sin haber confirmado antes la prueba mediante un western blot. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

Conocida popularmente como prueba confirmatoria, sólo se realiza si la prueba de Elisa sale positiva (o reactiva como se denomina técnicamente)El Western blot VIH, es una prueba en la cual se determina la reactividad de los anticuerpos, con cada una de las proteínas estructurales del VIH.

Está diseñada para verificar la especificidad de las pruebas ELISA reactivas (positivas)y confirmar un diagnóstico de infección por VIH. No es necesario realizarla si la ELISA VIH, es no reactivo (negativo). La prueba diagnóstica dirigida al VIH tiene una especificidad del 99% y una sensibilidad de 99%.

Los exámenes para el diagnóstico de la infección por VIH, se realizan principalmente en muestras de sangre obtenidas por punción venosa, (con una jeringa) de estas muestras, el laboratorio obtiene el suero o el plasma (sangre) y son las mejores para realizar el diagnóstico.

Existen otras pruebas las cuales emplean muestras de orina, sangre en papel de filtro, o exudado de mucosa oral; estas son muy útiles en epidemiología pero para casos específicos siempre es recomendable confirmar con el análisis de una muestra de sangre en el laboratorio

Durante el tiempo que transcurre desde el momento del ingreso del virus al organismo y la producción de anticuerpos detectables, (12 semanas máximo, aun cuando puede ser menor) no es posible hacer el diagnóstico medianteELISA o las pruebas normales de detección de anticuerpos. A este período de tiempo se le denomina ventana o ventana inmunológica y es importante tomarlo en consideración para la interpretación de los resultados. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

La prueba ELISA VIH puede resultar:

1. No reactiva (o negativa).- Significa que no se encontraron anticuerpos detectables en el momento de la prueba. Es necesario tener en cuenta el llamado "período de ventana" y analizar la necesidad o conveniencia de repetir la prueba posteriormente.

Si este periodo de ventana inmunológica aún no ha transcurrido totalmente, es necesario realizarse otra prueba a los 3 meses para tener la plena seguridad de que esta primer prueba no es lo que se llama un, falso negativo, es decir que salga negativo porque el cuerpo aún no ha reaccionado a la presencia del virus, por lo tanto, no ha creado anticuerpos contra el virus VIH.

La prueba de sangre lo que analiza es, si existen o no anticuerpos contra el virus, la prueba no ve al virus, lo que ve son los anticuerpos, por ello la prueba de Elisa para VIH se denomina prueba indirecta. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

Para ser aún más claro y específico; si se encuentran en el examen anticuerpos para el VIH, significa que existe el VIH en el organismo, si no se encuentran anticuerpos significa que el virus no está en el organismo o también puede significar que el organismo aún no ha dado respuesta a la presencia del virus creando estos anticuerpos (es decir que esta en el periodo de ventana inmunológica) y por lo tanto en la muestra de sangre no se pudo ver si existía o no el VIH.

Entonces se requiere darle al organismo un tiempo aproximado de 3 meses para que responda y genere los anticuerpos que serán los que se observarán en la prueba de Elisa. Si una segunda prueba que se haga a los 3 meses sale negativa significa que usted definitivamente no tiene el virus VIH.

2. Reactiva (positiva).- Significa que se detectaron anticuerpos contra el VIH y es necesario confirmar su especificidad, pues la prueba puede ser realmente reactiva

o falsamente reactiva. Normalmente se debe realizar otra prueba de detección de anticuerpos, y si esta resulta reactiva se debe hacer una prueba confirmatoria como el Western blot. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

Tratamiento

Existen diferentes tipos de fármacos para tratar la infección por el VIH. Esos medicamentos atacan diversos aspectos del proceso que utiliza el virus para reproducirse. Como el VIH muta rápidamente y se vuelve resistente a todos los medicamentos administrados en forma aislada, los pacientes deben tomar una combinación de fármacos para lograr la máxima supresión del VIH.

La terapia de combinación contra el VIH es conocida como terapia antirretroviral de gran actividad o TARGA. La TARGA, cambia el curso natural de la infección por el VIH y prolonga significativamente el periodo entre la infección inicial y el desarrollo de síntomas. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

Para alcanzar estos resultados es importante empezar el tratamiento antes de que se manifiesten los síntomas del SIDA, pero este también tiene beneficios importantes y duraderos para la salud de los pacientes que lo comienzan después del diagnóstico de SIDA.

Estos fármacos se clasifican en 4 clases:

- Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos (ITIN): los ITIN son la clase más antigua de fármacos antirretrovirales. Bloquean la capacidad del VIH de copiar el ADN de una célula que necesita para

realizar copias de sí mismo. También se conocen como análogos de los nucleósidos, "nucleósidos" o "backbone".

- Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos (ITINN): los ITINN bloquean la misma proteína que los ITIN, aunque su composición química es diferente. Si no se emplean en combinación con un ITIN, el paciente desarrolla resistencia a ellos muy rápidamente.
- Inhibidores de la proteasa (IP): los IP bloquean la proteasa, una enzima que el virus del VIH necesita para multiplicarse. Como grupo, los IP son muy potentes y se toleran relativamente bien.
- Inhibidores de fusión (IF): los IF, que son la clase más novedosa de ARV disponibles, impiden que el VIH se introduzca en las células sanas del cuerpo. El único fármaco comercializado de esta clase debe administrarse mediante inyección subcutánea. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

Los regímenes recomendados para el tratamiento de la infección por el VIH comprenden tres o más medicamentos contra ese virus y por lo menos de dos clases diferentes. Tomar una combinación de esos medicamentos de diferentes clases es la forma más eficaz de controlar el virus.

Esto es, para evitar crear resistencias a esas familias de fármacos y que sean efectivos, ya que son limitados y es posible que se tengan que tomar durante muchos años, es importante cumplir con las tomas en tiempo y hora, sin saltarse ninguna. Una buena adhesión al tratamiento es vital para que sea efectiva y exige un cumplimiento cercano al 100% para evitar que la carga viral aumente y ataque las defensas. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

Los medicamentos contra el VIH pueden causar efectos secundarios. Estos últimos varían según el medicamento contra el VIH. Las personas que tomen el mismo medicamento quizá no tengan los mismos efectos secundarios.

La mayoría de los efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH son manejables. Sin embargo, los efectos secundarios que son insoportables o potencialmente mortales exigen un cambio de los medicamentos.

Los efectos secundarios que parezcan ser leves, tales como fiebre, náuseas, fatiga o erupción cutánea, pueden indicar trastornos graves. Una vez que se comience el tratamiento, se deben comentar siempre los efectos secundarios de los medicamentos con el médico. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

Para determinar si el tratamiento está surgiendo efecto, el médico realizará dos pruebas importantes para vigilar el régimen de tratamiento; el recuento de linfocitos CD4 y la carga viral. Ambas pruebas se hacen con una muestra de sangre. Los resultados de las pruebas ayudarán a determinar si los medicamentos contra el VIH del régimen surgen efecto.

El recuento de linfocitos CD4 determina el número de esos linfocitos en una muestra de sangre. Puesto que un recuento descendente es señal de que el VIH ha causado daño al sistema inmunitario, la prueba es un factor clave para determinar cuándo se debe comenzar el tratamiento. Ese recuento también se usa para vigilar el grado de efecto del tratamiento.

El recuento de linfocitos CD4 de una persona sana varía entre 500 a 1.200 linfocitos/mm³. Las personas infectadas por el VIH con un recuento de linfocitos CD4 de menos de 500/mm³ deben comenzar a tomar un medicamento contra el VIH. Una persona infectada por el VIH con un recuento de linfocitos CD4 de menos de 200/mm³ tiene SIDA. (CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

Una vez que se comience con el tratamiento, se debe someter a un recuento de linfocitos CD4 cada 3 o 4 meses. Un aumento de ese recuento es señal de que el régimen de tratamiento ha surgido efecto. De ser así, se deberá hacer ese recuento solamente cada 6 a 12 meses.

La prueba de la carga viral, sirve para evitar la multiplicación del VIH. La prueba de la carga viral mide la concentración del VIH en la sangre. Es la mejor medida del grado de control del virus con el régimen de tratamiento. La mejor señal de que ha surgido efecto el tratamiento, es lograr y mantener una carga viral indetectable. Esto último no significa que se esté curado. Significa que la concentración del VIH en la sangre es demasiado baja para detectarla.

Una vez que se inicie el tratamiento, debe hacerse una prueba de la carga viral en un plazo de 2 a 8 semanas y luego cada 4 a 8 semanas hasta que sea indetectable. Se necesita la prueba solamente cada 3 a 4 meses una vez que la carga viral sea indetectable. Si es indetectable por más de 2 o 3 años, el médico puede recomendar que se haga cada 6 meses.(CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

El tratamiento de la infección por el VIH puede fracasar si los medicamentos contra el VIH no pueden controlar el virus ni proteger la salud del sistema inmunitario.

A veces el tratamiento fracasa debido a circunstancias externas, como los efectos secundarios inmanejables de los medicamentos contra el VIH, las interacciones de los medicamentos contra el VIH con otros que se tomen o la absorción deficiente de los medicamentos contra el VIH por el cuerpo. Quizá sea necesario cambiar de medicamentos para resolver esos problemas.(CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual).

Este capítulo nos ha hablado del problema actual que son las Infecciones de Transmisión Sexual, consideradas un problema de salud pública, presentándose mayormente entre los adolescentes.

Hemos conocido sus formas de transmisión, sus principales síntomas y los tratamientos que existen, para combatirlas. Pero, lo más interesante es que el problema radica en la falta de una educación de la sexualidad, objetiva, clara y oportuna para los adolescente; que permita conocer los riesgos y las consecuencias que existen, por el contagio de ITS.

Así mismo, es importante señalar, que en la medida que se tenga una educación de la sexualidad oportuna, la responsabilidad aumentará entre los adolescentes y los factores de riesgo disminuirán; llevando a cabo un erotismo protegido a través de la cultura de la protección y de la prevención.

CAPÍTULO II

ADOLESCENCIA

II.1. Definición de Adolescencia

Etimológicamente la palabra Adolescencia deriva del verbo latino: *adolescere*; que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez. Psicológicamente, es una situación marginal, en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones; aquellas que dentro de una sociedad dada, distinguen el comportamiento infantil del comportamiento adulto. Cronológicamente es el lapso que comprende aproximadamente desde los doce o trece años de edad, hasta los treinta años; con grandes variaciones culturales. (Krauskopf, D. 2009. Adolescencia y Educación).

Con esto decimos que los adolescentes son seres biopsicosociales, así el crecimiento fisiológico obedece a lo biológico, la distinción de comportamientos entre un niño, adolescente y adulto pertenece a lo psicológico y, la parte social está presente toda vez que en cada cultura se asignan roles y pautas de conducta de acuerdo al nivel de desarrollo biológico de cada sujeto.

Peter Blos, define que: la adolescencia es la suma de todas las experiencias pasadas, los variados intentos de adaptarse a la pubertad, lo que evoca la excitación, gratificación y la defensa que jugaron un papel durante el desarrollo psicosexual de la infancia.

A veces, se confunde pubertad con adolescencia, al tomarlas como sinónimos. “La pubertad es un acto de la biología y la Adolescencia, es un acto del hombre” es decir; que lo que ocurre a nivel de maduración hormonal, como lo es la primera menstruación así como la primera eyaculación, son factores importantes en el desarrollo y determinan la llegada de la pubertad, pero no corresponden a los

logros que determinan la adolescencia. (Krauskopf, D. 2009. Adolescencia y Educación).

La sociedad a través de sus instituciones influye en los individuos para que éstos adquieran las actitudes, normas y pautas de conducta que les permitan integrarse como miembros del sistema sociocultural establecido.

El proceso llamado socialización, pasa por una etapa conflictiva durante la adolescencia. El adolescente debe adaptarse a los requerimientos del sistema socioeconómico, la sociedad le exige que sea responsable; que comience a ser productivo y se prepare para la vida adulta; sin embargo no le ofrece un rol definido. (Krauskopf, D. 2009. Adolescencia y Educación).

Algunos autores llaman a esto crisis de identidad que es característica de la edad. La razón de la aparición de ésta crisis, se debe a que alcanzar la identidad adulta, con tantas tareas que completar parece algo difícil y, la conducta adolescente es un reflejo de ello. Pero si existen conflictos y se enfrentan de manera adecuada en busca de solución, redundarán en una mayor capacidad y madurez para enfrentar las vicisitudes de la edad adulta.

El hecho de que el adolescente deba madurar en condiciones de gran demanda psicológica y de ajustes a su incorporación al mundo; lo remiten al período de desarrollo en la infancia cuando estaba apenas reconociendo el mundo que lo rodea.

Estas características de maduración, son la causa de algunas conductas adolescentes más desafortunadas, como las dificultades para decidir por sí mismo, la necesidad de pertenecer a un grupo, la invulnerabilidad a conductas de riesgo que sabe a nivel conceptual que son dañinas para su salud física y emocional. (Krauskopf, D. 2009. Adolescencia y Educación).

El adolescente tiende a creer que las cosas como el contagio de infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados o adicciones; no le sucederán a él. Cuando no tiene información y educación que guíe su conducta, tomará

decisiones de acuerdo a las demandas del grupo, en su deseo de pertenecer, de ser aceptado y de responder a su grupo de identidad.

Se dice que los primeros encuentros sexuales, por ser prohibidos en nuestra sociedad, son una especie de rito de iniciación, para los adolescentes, con el que se identifican generacionalmente y experimentan como forma de conocerse entre sí, a fin de establecer sus propias reglas. El adolescente ha sido forzado, por así decirlo, a una forma de vida autoseleccionada y hecha por sí mismo. (Saavedra, M. 2008. Como entender a los adolescentes para educarlos mejor)

Algunos autores consideran complicado fijar la duración de la adolescencia y, no se arriesgan a enlazar etapas con edades concretas, porque hay muchos factores de cambio en cuanto a los inicios y el devenir de cada una de ellas; por ello prefieren hablar de un proceso que forma parte de la vida y que trasciende en ella de acuerdo a circunstancias biológicas, psicológicas y sociológicas.

Por ello es necesario recalcar que: “forma parte de la primera fase del curso de la vida del ser humano, llamada también fase evolutiva, que inicia al momento de la fecundación y termina a los 25 ó 30 años de edad, siendo la adolescencia el período por crecimiento orgánico, adquisición de la madurez sexual y capacidad reproductiva; fortalecimiento del dominio de la conducta y de la vida social, así como la maduración global de la inteligencia”. (Shaffer, 2007. Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia)

Diversos autores que han dedicado años a encontrar el denominador común de las diversas etapas del crecimiento, hacen un desglose de las conductas paradigmáticas de cada edad que transcurre en la adolescencia; destacando cómo los intereses de cada edad son diferentes en cada sexo, pero la edad de acceder a relaciones sentimentales, oscila entre los 14 y los 15 años de edad, que son del tipo conocido como amor platónico. (Saavedra, M. 2008. Como entender a los adolescentes para educarlos mejor)

Los autores que hablan de la adolescencia moderna, explican que no es posible considerar a una persona adulta si no ha llegado a la autosuficiencia económica y terminado un proceso de maduración intelectual.

Es así como Peter Blos dice: “La adolescencia actual termina aproximadamente a los 25 años, cuando se espera una madurez plena que implica la adquisición de intereses sexuales definitivos, independencia de la tutela paterna y de la familia, así como la adquisición de una independencia intelectual y económica, que incluya la terminación de una carrera profesional o el establecimiento de una actividad laboral, un manejo apropiado del tiempo libre, con ajuste emocional y social a la realidad, y una filosofía de vida”. (Krauskopf, D. 2009. Adolescencia y Educación)

La mayor capacidad para el pensamiento abstracto, para la construcción de modelos y sistemas, dan a la personalidad de la adolescencia tardía, una calidad más unificada y consistente.

Decir que un individuo ha alcanzado la edad adulta, es decir que la persona ha logrado integrar sus intereses con sus posibilidades, puede no tener todo lo que quiere, a nivel emocional y económico, pero está haciendo todo lo necesario para alcanzarlo, sus valores y creencias están definidos y puede determinar que caminos debe seguir su vida para poder alcanzar sus metas.

Al final de la adolescencia, los conflictos no son resueltos, sino que se tornan específicos. Con esto se puede resumir que el período que sigue el clímax adolescente de la adolescencia como tal, es caracterizado por procesos integrativos. Al final de la adolescencia estos procesos llevan una delimitación de metas definibles como tareas de vida. (Krauskopf, D. 2009. Adolescencia y Educación)

En cierto sentido, la adolescencia ha venido a ser una etapa del desarrollo humano con naturaleza propia, distinta de las demás; un período de transición entre la niñez y la adultez.

Las tareas para alcanzar metas en el desarrollo psicosocial, que los adolescentes deben tener cumplidas para considerar que han llegado a la madurez, son las siguientes: (Shaffer, 2007. Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia)

1. Lograr el sentimiento de independencia con respecto a los padres.
2. Adquirir las aptitudes sociales que se requieren de todo adulto joven.
3. Lograr un sentido de sí mismo, como una persona de valor.
4. Desarrollar las necesarias habilidades académicas y vocacionales.
5. Adaptarse a un físico que está cambiando rápidamente y al desarrollo sexual
6. Asimilar un conjunto de normas y valores que les sirvan de guía.

(Shaffer, 2007. Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia)

Estas metas que hablan de posibilidades de maduración emocional, no son adquiridas sin esfuerzo, sino a través de riesgos, equivocaciones, asertividad, manejo de emociones, capacidad de espera, tolerancia a la frustración, y reflexión de las decisiones. En otras palabras, aun cuando la adolescencia no sea un período de tensión y de aflicción para todos y cada uno de los individuos, ciertamente es el período durante el cual el individuo establece su propia identidad.

II.2. Desarrollo Biológico de la Adolescencia

Anatomía de los órganos Sexuales

El sistema reproductor en ambos sexos está situado en parte dentro de la cavidad corporal y en parte fuera de ella. Aunque todos los órganos pertenecen a un sistema único, los internos se consideran órganos primordialmente de procreación, mientras que los externos se asocian más estrechamente con la actividad sexual misma. Los órganos externos son objeto de mayor interés erótico social.

Los órganos sexuales internos están alojados en la pelvis. Los huesos de la pelvis consisten en la terminación triangular de la columna vertebral (sacro) y en un par de huesos de la cadera que están unidos al sacro por detrás y entre sí por delante (en la sínfisis del pubis), formando así un círculo en su borde.

Cada hueso de la cadera” consta en realidad de tres huesos separados (ilion, isquion y pubis) que están fusionados. Los componentes de los huesos pélvicos están a su vez fijos y no permiten movimiento. (Rubio, E. 2004. CONAPO. Antología de la Sexualidad Humana)

Órganos Sexuales externos de la Mujer

Los genitales externos de la mujer se llaman colectivamente vulva. Éstos son: el monte de Venus los labios menores y labios mayores, el clítoris, capuchón del clítoris, el meato urinario, el introito vaginal y el periné. Los órganos internos son: la vagina, el cuello uterino, el útero, las tubas uterinas y los ovarios.

El monte pubiano (monte de Venus) es la elevación suave redondeada de tejido adiposo sobre la sínfisis del pubis. Después se cubre de vello en la pubertad, el

monte de la parte más visible de los genitales de la mujer y sirve para protección de los órganos sexuales internos (Rubio, E. 2004. CONAPO. Antología de la Sexualidad Humana)

Los labios mayores son dos pliegues de piel que se unen a nivel del monte de Venus, su cara exterior está cubierta de vello. Su cara interna tiene terminaciones nerviosas, es suave y brillante y posee glándulas sudoríparas y sebáceas. Su función es proteger el vestíbulo.

Los labios menores son estructuras de tejido mucoso que se unen en un vértice superior formando el capuchón del clítoris. Están muy vascularizados e inervados y poseen glándulas de producción sebáceas.

El clítoris es un órgano cilíndrico constituido por tejido eréctil, se encuentra situado por encima del vestíbulo, y en el borde inferior del pubis. Posee abundante inervación e irrigación, constituyéndose en la zona genital con mayor excitabilidad sexual.

Al igual que el pene posee glande, capuchón o prepucio, frenillo, cuerpo y raíces. El glande es la única parte visible y accesible al tacto directo, está recubierto por la unión de los labios menores que forman el prepucio. El cuerpo posee dos prolongaciones o raíces que se extienden a ambos lados de la vagina. (Rubio, E. 2004. CONAPO. Antología de la Sexualidad Humana)

El vestíbulo consta de dos partes principales la desembocadura de la uretra y la entrada a la vagina. El orificio uretral se ubica por debajo del clítoris y por encima del orificio vaginal.

El introito vaginal es una zona que posee gran cantidad de terminaciones nerviosas y vasos sanguíneos, a cada lado del orificio se encuentran las glándulas vestibulares mayores o glándulas de Bartholin, que secretan pequeñas cantidades de líquido durante la excitación sexual.

Órganos sexuales internos de la Mujer

La vagina es un conducto cilíndrico, un músculo membranoso que posee gran capacidad de expansión y contracción, conecta la vulva con el cuello del útero, está orientada en forma oblicua de adelante hacia atrás; tiene una longitud de alrededor de 8 cm. La parte interna es una cavidad virtual, ya que sus paredes se mantienen en contacto, es muy vascularizada, rugosa y está recubierta por células encargadas de producir la lubricación durante la excitación sexual.

El tercio externo es el que posee sensibilidad. Es el órgano por donde fluyen hacia el exterior la sangre menstrual y las secreciones útero-vaginales, se introduce el pene durante el coito y por donde sale el recién nacido en un parto normal.

En la parte inferior de la vagina se encuentra el himen, es una membrana fina que está formada por un repliegue de la vagina, está naturalmente perforado. El himen no perforado es muy raro, y se detecta en la pubertad con la retención del sangrado menstrual. La estructura y la consistencia son variables, puede desgarrarse en la primera penetración, ser doloroso o no y producir una leve hemorragia a esto se lo denomina desfloración. (Rubio, E. 2004. CONAPO. Antología de la Sexualidad Humana)

Puede suceder que el himen sea muy elástico y permita la entrada del pene sin desgarrarse, himen complaciente. Si la penetración es muy dolorosa porque el himen muy resistente es conveniente consultar. También se puede desgarrar en una caída, andando en bicicleta o por manipulaciones y juegos que realizan las niñas. Su apertura total recién se produce en el parto.

El útero también llamado matriz, es un órgano hueco cuyas paredes son musculares y gruesas. Situado detrás de la vejiga y delante de la ampolla rectal. Tiene forma de pera invertida. En las nulíparas (mujeres que no han tenido hijos) tiene un diámetro longitudinal de 6 a 7 cm, un diámetro antero posterior de 3 a 4

cm y un diámetro transversal de 3 a 5 cm, en la múltiparas estas dimensiones están aumentadas en 1 ó 2 cm.

En el útero se distinguen dos partes el cuerpo y el cuello que están unidos por una estructura circular llamada istmo. La cavidad del cuerpo es aplanada con las caras anterior y posterior aplicadas una sobre otra. Su interior está recubierto por una mucosa llamada endometrio. (Rubio, E. 2004. CONAPO. Antología de la Sexualidad Humana)

El cuello del útero o cérvix se comunica con la vagina y está atravesado en su parte central por el canal cervical que comunica la cavidad intrauterina con la vagina. Su interior está recubierto de tejido glandular que produce el moco cervical, este fluido cambia de aspecto durante el ciclo menstrual. La función del útero es recibir, nutrir y posibilitar el desarrollo del huevo fecundado.

Las trompas de Falopio también llamadas tubas uterinas son dos conductos de 10-12 cm que van desde cada ovario a la parte más alta del útero. Se dividen en tres partes: la porción intramural es donde se une al útero, la porción ístmica y a continuación la ampular que se extiende en forma de embudo hacia la cavidad abdominal para formar el pabellón o infundíbulo que termina en pequeños repliegues llamados fimbrias.

Tiene movimientos peristálticos y en su interior sus paredes están recubiertas con cilios que permiten el desplazamiento del óvulo hacia el útero. Su función es permitir que los óvulos liberados lleguen al útero y es el lugar donde se produce la fecundación del óvulo maduro. (Rubio, E. 2004. CONAPO. Antología de la Sexualidad Humana)

Los ovarios tienen forma de almendra y un tamaño de 2,5 cm por 1,5 cm. Poseen dos funciones una gametogénica y una endocrina. La función endocrina está dada por la producción de las hormonas estrógeno y progesterona, secretadas en dosis muy precisas en los distintos momentos de la vida de la mujer. La función gametogénica proporciona los óvulos, células reproductoras que se desprenden del ovario con una frecuencia y regularidad propia de cada mujer.

Esto lo diferencia del sexo masculino donde la producción de espermatozoides es continua. Los óvulos que están en estado de latencia, comienzan a madurar en la pubertad, alrededor de los 12 años (señalado por la menarca o primera menstruación) y este proceso continúa hasta el climaterio (señalado por la menopausia o última menstruación) que se produce entre los 45 y los 55 años.

Una mujer nace con unos 200.000 ovocitos en cada ovario, pero a lo largo de su vida reproductiva solo se liberan 400 a 500 óvulos. (Rubio, E. 2004. CONAPO. Antología de la Sexualidad Humana)

Órganos sexuales externos del Hombre

El pene es el órgano copulador del hombre. Se localiza en la parte baja del abdomen, delante del pubis. Es un órgano formado por tejido eréctil, en estado de flacidez pende ante el escroto y por regla general tiene su misma longitud. A pesar de los mitos la potencia y el goce no están relacionados con su tamaño.

En estado de flacidez puede tener una longitud de 4 cm a 10 cm y en erección una longitud de 13,5 cm a 16,5 cm. Está formado por un abultamiento llamado glande o cabeza, el reborde o corona, el cuerpo y la base.

El cuerpo está formado por tres masas cilíndricas. En la parte anterior por dos cuerpos cavernosos que están atravesados por numerosos vasos sanguíneos, que durante la excitación se llenan de sangre y hacen que el pene se vuelva eréctil. En la parte posterior se encuentra el cuerpo esponjoso, que rodea a la uretra y la protege, y termina en un engrosamiento, el glande. (Rubio, E. 2004. CONAPO. Antología de la Sexualidad Humana)

El glande de forma cónica es el extremo terminal del pene, está separado del cuerpo por la corona. Presenta abundantes terminaciones nerviosas por lo que es muy sensible a la estimulación erótica, especialmente la corona y el borde

posterior. El pene está recubierto por una piel muy fina, el prepucio, que en la base del glande forma un repliegue.

En estado de reposo este repliegue cubre totalmente el glande, pero puede quedar al descubierto deslizando la piel hacia atrás. El prepucio está unido a la parte posterior del glande por el frenillo. La extracción quirúrgica del prepucio se realiza por prescripción médica (en casos de fimosis o adherencias) o por motivos religiosos (religión judía) procedimiento al que se denomina circuncisión.

Se recomienda realizar la higiene del pene todos los días, para prevenir las infecciones producidas por bacterias y disminuir el peligro de sufrir cáncer de pene. En forma particular se debe asear la zona bajo el prepucio; en esta zona las glándulas producen una sustancia blanca llamada esmegma, que si se acumula puede producir mal olor, irritación o infecciones. (Rubio, E. 2004. CONAPO. Antología de la Sexualidad Humana)

El escroto posee dos compartimentos, generalmente el de la izquierda más largo que el de la derecha. Sus paredes están formadas por tejido cutáneo, una capa fibrosa y elementos musculares (el músculo cremaster).

La función del escroto es mantener y controlar la temperatura de los testículos. Éstos deben permanecer a una temperatura inferior a la del cuerpo; a la temperatura del cuerpo se inhibe la espermatogénesis, produciendo esterilidad en el varón. Cuando hace calor el músculo se dilata y cuando hace frío y durante la excitación se contrae.

Órganos sexuales internos del Hombre

Los testículos o gónadas masculinas están contenidos dentro del escroto. El escroto posee dos compartimentos, generalmente el de la izquierda más largo que

el de la derecha. Sus paredes están formadas por tejido cutáneo, una capa fibrosa y elementos musculares (el músculo cremaster).

Los testículos tienen forma ovoide y un tamaño promedio de 4,5 cm de largo y 3,5 cm de ancho. Posee dos funciones, la función endócrina o secreción interna la desarrollan produciendo la hormona masculina (testosterona), que es la que determina los caracteres sexuales secundarios; y la función gametogénica (origen y maduración de los gametos) o secreción interna que da origen a los espermatozoides (células sexuales masculinas o gametos). (Rubio, E. 2004. CONAPO. Antología de la Sexualidad Humana)

En el interior de los testículos hay alrededor de 250 lóbulos que contienen los tubos seminíferos, lugar donde se originan los espermatozoides. La transformación de espermatogonia a espermatozoide se denomina espermatogénesis, y comienza en la pubertad continuando durante toda la vida.

El epidídimo es una estructura que se encuentra en la parte superior del testículo, mide aproximadamente 5 cm y está formado por un tubo replegado sobre sí mismo. En él los espermatozoides terminan de madurar y se almacenan; en el caso de que no sean eyaculados, los espermatozoides se destruyen y son reabsorbidos.

Luego los espermatozoides se desplazan por los conductos deferentes, que son dos, uno para cada testículo. Salen del extremo terminal del epidídimo y penetran en la cavidad abdominal a través del conducto inguinal. Desembocando en las vesículas seminales (Rubio, E. 2004. CONAPO. Antología de la Sexualidad Humana)

Las vesículas seminales son dos glándulas de forma piriforme, que se encuentran por detrás y por sobre la vejiga, tienen la función de almacenar los espermatozoides maduros, producir parte del semen o esperma y proporcionar a los espermatozoides nutrientes (fructuosa) que les permitirá moverse con mayor facilidad. Desde las vesículas seminales el semen circula a través de los

conductos eyaculadores hacia un único conducto, la uretra, que se desplaza por dentro de la próstata.

La glándula prostática es única y está formada por tejido glandular y muscular se encuentra debajo de la vejiga y envuelve la parte superior de la uretra. Aumenta de tamaño con la edad, en el adulto tiene un tamaño aproximado de 4 cm de ancho y 3 cm de altura. Produce un líquido lechoso, alcalino, que va a formar parte del semen y lo provee de proteínas, calcio, ácido cítrico y otras sustancias.

La función de esta secreción es alcalinizar el medio ácido de la vagina, permitiendo que los espermatozoides sobrevivan y le proporciona nutrientes que permitirán su desplazamiento desde la vagina hasta las Trompas de Falopio. La próstata puede ser afectada por diferentes trastornos como: infecciones de próstata o prostatitis, agrandamiento de la próstata y cáncer de próstata. (Rubio, E. 2004. CONAPO. Antología de la Sexualidad Humana)

Por debajo de la próstata y en la base del cuerpo esponjoso de la uretra se encuentran dos glándulas llamadas glándulas de Cowper o bulbouretrales. Durante la excitación sexual y antes de la eyaculación, segregan un líquido alcalino que neutraliza la acidez de la uretra (secreción preeyaculatoria).

Este líquido cuya salida no es percibida por el hombre puede contener espermatozoides y provocar un embarazo a pesar de no haberse producido la eyaculación. Desde la próstata sale la uretra que va por el interior del pene, ella tiene dos funciones permitir que la orina circule desde la vejiga hacia el exterior y que el semen sea eyaculado, un sistema de válvulas impide que pasen ambos fluidos juntos

En cuanto al fenómeno biológico que es la pubertad, ocurren eventos que pueden determinar en los adolescentes que los sufren, conductas que no son necesariamente producto de la experiencia y el raciocinio, sino más bien de la descarga hormonal, que afecta la capacidad del cerebro de organizar pensamientos y experiencias con fines de prevención.

Un ejemplo de ello es la función reproductiva, en la que la interacción nerviosa endocrina está relacionada con la ovulación, el mantenimiento de los caracteres sexuales secundarios y los referentes de la conducta sexual. (Rubio, E. 2004. CONAPO. Antología de la Sexualidad Humana)

Los primeros estudios sobre las hormonas, consideraban que la conducta sexual estaba regida solamente por ellas; de ahí vino la idea de “corregir” a los homosexuales, dándoles hormonas masculinas.

Como se ha mencionado, el inicio de la pubertad, no tiene una edad definida, la hipótesis más aceptada incluye determinantes genéticas con interacción de factores endocrinos y medio ambiente.

Sabemos que la adolescencia es una tormenta hormonal, que se hace presente en diversos momentos de la vida diaria de la persona que la experimente. Las hormonas son uno de los varios factores que desencadenan las conductas apetitivas, de carácter aprendido ligadas al sexo. La secreción de gonadotropinas en cantidades suficientes hacen madurar los ovarios o los testículos y éstos a su vez inducen el fenómeno de la aparición de la pubertad.

La hipófisis, está unida al hipotálamo por el mismo tallo, aunque son de origen celular distinto. En la adenohipófisis, se producen hormonas que estimulan las gónadas (gonadotropinas) y son la LH u Hormona Luteinizante y FSH o Folículo Estimulante. (Shaffer, 2007. Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia)

Estas hormonas, responden a un sin fin de estímulos, internos (hormonales) y externos (psicosociales), determinan las conductas caóticas de la adolescencia, que ahora estudiamos, pero hace 100 años, se esperaba que sobre todo las mujeres adolescentes, iniciaran su vida de pareja de manera formal, dejando apenas la niñez y con la sola presencia de la menstruación, mostraran madurez y tuvieran una sexualidad aceptable.

Las causas sociales y psicológicas así como los órganos que secretan hormonas durante este período, tejen un solo fenómeno multifactorial llamado; adolescencia.

Los mamíferos, presentamos dimorfismo sexual, es decir, poseemos una serie de características morfológicas que nos hacen diferentes a los varones de las hembras. Las características sexuales suelen catalogarse en primarias y secundarias.

Las primarias son las que están presentes desde el nacimiento y, las secundarias se desarrollan en la pubertad. Simultáneamente con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, se está produciendo el desarrollo del aparato sexual hasta alcanzar la plenitud de sus funciones. (Shaffer, 2007. Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia)

Además de los caracteres sexuales primarios, existen diferencias morfológicas, producto de la acción de las hormonas que comienzan a producirse en la pubertad. Una característica muy notoria en las jovencitas es el crecimiento mamario, que en el hombre no ocurre en igual dimensión, ni sirven en circunstancias normales para amamantar.

La forma de distribución del vello en el cuerpo difiere entre hombre y mujer. En el hombre, además aparece el bigote y la barba. El desarrollo de la laringe del hombre, da origen al cambio de voz, generalmente más grave en el hombre que en la mujer.

En cuanto al efecto que las hormonas tienen en los órganos sexuales durante la pubertad de la mujer; es de la siguiente forma: los labios mayores se hacen más gruesos y prominentes, los labios menores también crecen y pueden hacerse visibles entre los labios mayores; y el clítoris desarrolla su red de vasos sanguíneos. En esta época los ovarios, el útero y la vagina también se modifican creciendo hasta alcanzar sus dimensiones adultas. (Shaffer, 2007. Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia)

En el caso de los hombres, a la edad de 11 años muestran escasos signos de alteración puberal. Puede haber un período de adiposidad, es decir mayor depósito de grasa en los tejidos, el cual es a menudo un antecedente de la pubescencia masculina. A los 12 años el pene y el escroto comienzan a mostrar

un aumento de tamaño y aparece vello en el pubis, como suave lana que rodea la base del pene, después se oscurece cubriendo en su totalidad el pubis.

Simultáneamente los testículos comienzan a crecer y se producen modificaciones en la estructura interna de ellos, iniciándose el proceso de activación de las células que darán origen a los espermatozoides.

Alrededor de los 13 o 14 años de edad es ya ordinario que se presente la eyaculación; con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, se está produciendo el crecimiento y desarrollo de la próstata, vesículas seminales y demás estructuras del aparato reproductor interno del hombre. (Shaffer, 2007. Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia)

Tradicionalmente había la creencia que la sexualidad era algo que crecía con la persona, desde una etapa ignorante llamada inocencia; pasando por una etapa hormonal que es la adolescencia, que finalmente llevaría a la etapa de madurez, conocida como adulta.

II.3 Desarrollo Psico-social de la Adolescencia

Peter Blos, de su trabajo con adolescentes, plantea a la adolescencia como la suma total de los intentos para ajustarse a la etapa de la pubertad y a las condiciones internas y externas que se enfrenta como individuo.

Winnicott, habla de las etapas de inmadurez del adolescente como un elemento saludable y esencial. Como etapas de experimentación donde hay esfuerzos opuestos, que van permitiendo la individuación, la separación lenta de las ligas emocionales del adolescente con su familia y, su entrada temerosa a una nueva vida, son las experiencias más profundas de la especie humana. (Coleman, 2005. Psicología de la Adolescencia)

Los cambios en cuanto a peso y talla, así como la aparición de los caracteres sexuales secundarios, son una sorpresa para los adolescentes que no han recibido información adecuada sobre sus funciones fisiológicas y cambios esperados; como parte de una educación sexual. (Coleman, 2005. Psicología de la Adolescencia)

La adolescencia temprana está supeditada a las grandes demandas que la naturaleza de la pubertad somete al joven, así como las intelectuales y sociales; que repiten la etapa en la que el niño aprendía a hablar, conocer a la familia y ajustar sus demandas de la atención materna a una realidad menos egoísta, que es señal de maduración.

En el caso del adolescente, existe este mismo clima de cambio, pero además de aprender a manejar sus impulsos que ahora tienen el empuje hormonal aunado a ellos. Todo esto le ocasiona mayor conflicto, ya que las demandas instintivas se sobreponen a las demandas sociales de que se conduzca de forma ética, tal y como corresponde medio y educación.

La adolescencia es una etapa en la que se reeditan todas las fases y conflictos anteriores, por lo que constituye una oportunidad única, desde el punto de vista madurativo, para acceder a nuevos niveles de funcionamiento. (Coleman, 2005. Psicología de la Adolescencia)

El adolescente debe posponer sus deseos de actividad sexual, debido a que no hay aceptación social y moral para hacerlo. Lo que origina en muchos de los casos la búsqueda de su satisfacción sexual, en medio de una carencia de información y educación sexual objetiva, que no les permite ejercer de manera responsable y placentera su ejercicio sexual.

En otras circunstancias, si no existe una educación sexual objetiva, las relaciones sexuales sin protección, son para el adolescente un acto natural, del cual no contemplan las consecuencias que conlleva esto, como son el contagio de las Infecciones de Transmisión Sexual.

Así mismo, la exigencia social para que los hombres demuestren su masculinidad, es grande; ya que se les enseña que se puede ser más hombre en la medida que se tenga un mayor número de encuentros sexuales con diferentes mujeres. Lo que en el adolescente causa conflicto, porque la presión que existe sobre ellos obstaculiza su ejercicio sexual.

En el caso de las mujeres, la presión social también repercute en su ejercicio sexual. Por ejemplo, en el caso de las adolescentes que acceden a realizar la “prueba de amor”, por el simple hecho de satisfacer los deseos de la otra persona y que como consecuencia el contagio de alguna infección de transmisión sexual; le cambia la perspectiva de su vida y sus objetivos; teniendo como posible consecuencia la frustración y la desatención de su rol como madre.

Según estadísticas a partir de un estudio comparativo entre mujeres adolescentes embarazadas, éstas han demostrado que el embarazo en la adolescencia, interrumpe el desarrollo psicológico y emocional del adolescente, además ocasiona una depresión por no contar con las herramientas necesarias para responsabilizarse de la vida de otro ser, cuando no es capaz de ser aún la guía de su propia vida. (Monroy, 2005. Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud)

La adolescente por la misma conflictiva emocional y fisiológica por la que transcurre, no suele tener la paciencia ni capacidad de espera, para estimular o permitir a su hijo desarrollar las habilidades que necesita para vivir en una sociedad demandante de cada vez mayor cultura, desarrollo emocional e intelectual de sus miembros.

En el fenómeno biológico que es la pubertad, ocurren muchos eventos que pueden determinar en los adolescentes conductas que no son necesariamente producto del raciocinio ni de la experiencia; sino más bien de la descarga hormonal.

Una de las razones para dar una educación de la sexualidad desde edades tempranas, es para enseñar a los niños y adolescentes a adquirir habilidades que

les permitan el descubrimiento de su sexualidad, bajo un esquema de responsabilidad y satisfacción.

Lo que respecta a las relaciones sexuales, una educación de la sexualidad objetiva, disminuye la curiosidad natural propia de la edad, al aumentar los conocimientos de sexualidad, que permiten actitudes responsables hacia la sexualidad, evitando así el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

II.4. Sexualidad Adolescente

Según la OMS la adolescencia transcurre entre los 10 y los 19 años y se define este período como una etapa en que el individuo progresa desde la aparición de los caracteres sexuales secundarios hasta la madurez sexual. Aquí se realiza una transición del estado de total dependencia social y económica a un estado de relativa independencia. (Organización Mundial de la Salud. OMS)

Es de vital importancia que cerca del 50% de la población mundial es menor de 20 años, y los adolescentes y jóvenes son los más propensos a tener problemas en salud sexual y reproductiva. Más de 15 millones de adolescentes entre 15 y 19 años de edad dan a luz cada año. Uno de cada 20 adolescentes contrae una ITS, y las tasas más altas de incidencia se registran entre jóvenes de 15 a 24 años.

Como tendencia general, el período de duración de la adolescencia se está prolongando, se alcanza la madurez biológica a una edad más temprana, mientras que la independencia social y económica aparece más tarde. Por tanto esta etapa no está marcada solo por los cambios puberales, sino por un lento proceso de aprendizaje y de asunción de nuevas posiciones tanto psicológicas como sociales. (Coleman, 2005. Psicología de la Adolescencia)

Los adolescentes tienen como características propias la falta de control de los impulsos, la ambivalencia emocional, los cambios emotivos y de conducta, con una maduración sexual cada vez más temprana, esto los lleva a la búsqueda de relaciones íntimas como inicio de su vida sexual activa.

El despertar sexual que ocurre en la primera adolescencia y en la primera juventud, hace que el deseo sexual sea vigoroso y más intenso que en la vida madura. Es una fuerza que se manifiesta con todo vigor, que crea nuevas necesidades y que implica nuevas inquietudes y vehementes deseos de satisfacción. (Monroy, 2005. Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud)

La adolescencia es un período crítico del desarrollo psicosexual, no sólo por la novedad de las experiencias, sino por el efecto que los factores situacionales específicos de las experiencias sexuales de esta etapa producen en su vida sexual adulta, moldeando en gran parte sus preferencias, gustos, estímulos y respuestas sexuales. Este período se presta para el fenómeno de la impresión o aprendizaje.

El joven tiene erecciones por razones diversas, muchas veces de orden físico, no psicosexual; pero este hecho puramente físico-fisiológico aparece acompañado psicológicamente de intranquilidad, inquietud e incertidumbre, debido a las actitudes y a las creencias culturales y religiosas.

Se inician en la adolescencia, los sueños sexuales o eyaculaciones nocturnas en los hombres y en un menor porcentaje en las mujeres. La masturbación es la actividad más frecuente en la adolescencia. Se entiende por masturbación, la estimulación sexual de uno mismo, a través del frotamiento de los genitales principalmente. Durante la adolescencia no es un fenómeno aberrante, por el contrario es una práctica vista muy normal entre los adolescentes. (Coleman, 2005. Psicología de la Adolescencia)

La religión es quien le ha dado un concepto de malo, a la masturbación, por considerar que no es posible el desperdicio del líquido seminal, como fuente de reproducción; por el simple de hecho de expulsarlo con fines placenteros.

En muchas oportunidades la primera experiencia sexual, es desprotegida, y ocurre antes de que el adolescente adquiera información y educación acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual. El mayor temor de los adolescentes es terminar con un embarazo no deseado, cuando el verdadero riesgo existe en las Infecciones de transmisión sexual. Estas características los condicionan a mantener comportamientos arriesgados y los exponen a ser víctimas comunes de estas afecciones, lo que se agrava por la falta de conocimientos reales acerca de las mismas.

La adolescencia y juventud son el presente y el futuro de la sociedad, entonces, su participación e integración plenas en la sociedad exige que sean capaces de llevar su vida sexual y reproductiva en forma responsable y bien informada, mediante la educación y los servicios que satisfagan sus necesidades de desarrollo, pero hasta la fecha, en los programas actuales y en la sociedad en general, se han pasado por alto en gran medida las necesidades y los derechos de los adolescentes en lo que respecta a su sexualidad. (Monroy, 2005. Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud)

La educación de la sexualidad para adolescentes, tiene que ser impartida en su ambiente, el educativo y bajouna perspectiva objetiva; a través de los psicólogos o los educadores de la sexualidad.

II.5 Algunos aspectos de la Sexualidad Adolescente

La afectividad entre los seres humanos, es vital para el desarrollo emotivo, el abrazarse y tocarse con cariño, no tiene sólo fines coitales; aunque también sea

con el fin de estimularse eróticamente. Por ello es importante, tomar en cuenta los sucesos de las primeras edades, en donde el niño o la niña, aprenden a conocerse a sí mismos físicamente.

El niño o la niña, toca su cuerpo, si le es permitido, de manera indiscriminada, el roce en la piel es placentero por sí mismo, pero al tocar los órganos sexuales, el placer aumenta pues las terminaciones nerviosas en la zona son particularmente sensibles al tacto, lo que refuerza el aprendizaje y logra que la conducta placentera se repita, de manera cada vez más acertada y efectiva; si no hay represión explícita o implícita a la conducta del niño o la niña. (Coleman, 2005. Psicología de la Adolescencia)

Citado por Master, W., Jhonson, V. Según Freud, “a partir de los 3 años de edad, la vida sexual del infantil sujeto se nos muestra con absoluta evidencia, Los órganos sexuales se hacen susceptibles de erección y, se observa con gran frecuencia; un período de onanismo infantil, o sea de satisfacción sexual.

A la edad entre los 9 a y los 12 años, los niños presentan alguna forma de juego sexual. En esta edad comienzan a interesarse en conocer y tocar los genitales de los compañeros o las compañeras, además de comenzar con las primeras erotizaciones con otra persona; lo que hoy conocemos como fajes. (Monroy, 2005. Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud)

Es por ello, que la adolescencia se convierte en una etapa de apertura a la sexualidad. La tendencia a una conducta sexualmente activa es creciente, con un mayor acceso a las relaciones sexuales completas y, al aumento del número de compañeros sexuales. No existe una edad establecida para la primera relación sexual; pero podemos decir que los adolescentes inician su ejercicio sexual, cada vez a edades más tempranas, entre los 13 y los 15 años de edad.

En México, por ejemplo, los datos arrojan que la edad de la primera relación sexual se presenta entre los 15 y los 19 años de edad.(Rubio, E. 2004. CONAPO. Antología de la Sexualidad Humana)

En la adolescencia las conductas de juego sexual no coital, como besos, caricias, frotamientos o tocamientos predominan en un 80% sobre las relaciones coitales. La actividad masturbadora es muy frecuente en uno y otro sexo, con predominio en los hombres, ya que de manera social y religiosa se le reprime en a las mujeres a no masturbarse. (Coleman, 2005. Psicología de la Adolescencia)

La importancia de la masturbación, radica en el autoconocimiento de los adolescentes, lo que les permite conocer su cuerpo, sus genitales, sus gustos y sus disgustos, sus zonas más erógenas, su ritmo, su intensidad, etc., dándoles una experiencia de su propio erotismo, para poder guiar a su compañero o compañera sexual al momento de erotizar genital o no genitalmente.

Una obligación del adolescente y de toda persona, es conocer el cuerpo de su compañero o compañera sexual, esto no sólo con el fin de tener una excitación sexual, sino para detectar alteraciones físicas en los genitales, como granitos, olores extraños, colores anormales, secreciones purulentas, etc., que pudiesen ser signos de posibles Infecciones de Transmisión Sexual.

Por esto es importante educar a los adolescentes para utilizar métodos anticonceptivos y elementos de protección como dedales, plástico adherente y condones para hombre o para mujer; para conseguir un erotismo protegido, que les eviten el contacto directo con los genitales y sus fluidos; ya que éstos son el caldo de cultivo de las Infecciones de Transmisión Sexual.

Los métodos anticonceptivos son un pilar fundamental en el ejercicio de la sexualidad adolescente, ya que en relación de ellos existen diversos mitos, prejuicios y tabúes, que pudiesen estar evitando su uso o estar llevando a cabo un mal manejo de éstos.

En la actualidad apenas un tercio de la población utiliza frecuentemente métodos anticonceptivos. El embarazo adolescente supone un 30% de los alumbramientos a nivel global y en la mayoría de los casos se recurre a la interrupción legal del embarazo. Sigue faltando mucha información y educación, así como acceso a directo a los métodos existentes, muchos de ellos baratos y eficaces; pero fuera

del alcance de la mayoría de los adolescentes. (Ochoa, 2009. Mitos y realidades del sexo joven.)

Con esto tenemos un panorama de lo que significan los métodos anticonceptivos y de la importancia de contar con una información fidedigna y oportuna; para ofrecer una educación objetiva y responsable a los adolescentes.

Hablando en particular del condón para hombre, se dice que éste aprieta, que no se siente igual, que el virus del VIH atraviesa el condón; etc.; pero Anabel Ochoa nos responde y dice que el condón que no funciona es el que no se pone; que si aprieta es para que no se salga, de eso se trata, no es un calcetín.

Que el virus del VIH atraviesa el condón, no es cierto, lo que si es cierto es que sí es más pequeño que la porosidad del condón, pero que tal virus no está aislado, necesita una gota de semen y una gota de semen no atraviesa la porosidad del condón; y que efectivamente, no se siente lo mismo con condón, la diferencia es mínima, pero no vale la pena arriesgar tanto, la vida y la salud, por tan pocos; grados de placer. (Ochoa, 2009. Mitos y realidades del sexo joven)

Pasando a otros métodos anticonceptivos, hablaremos de los métodos naturales; los cuales en resumen se puede decir que su nivel de efectividad es muy bajo, ya que aumentan así las probabilidades de contagio de infecciones de transmisión sexual y de embarazos no deseados. Entre éstos métodos naturales, el más utilizado es el “coitus interruptus” (coito interrumpido).

Lo peor del asunto es que los varones adolescentes que lo utilizan, se creen seguros y dueños del asunto, pero tienen un gran desconocimiento, acerca de los mecanismos del cuerpo.

De modo que en el caso de que se presente un embarazo de su pareja, ellos dirán que no puede ser suyo, porque él siempre eyaculó fuera de ella. Lo que no saben es que no basta sólo con eyacular fuera de la vagina, ya que el líquido pre-eyaculatorio, que sale del pene en el momento de la penetración; lleva consigo

una cantidad importante de espermatozoides, que suelen ser suficientes para lograr una fecundación. (Ochoa, 2009. Mitos y realidades del sexo joven)

Finalmente, hay otros métodos que no son recomendables para los adolescentes, como lo son los métodos definitivos; la salpinglocasia y la vasectomía. Cuando una pareja joven se plantea el uso de anticonceptivos para evitar el riesgo de contagio de ITS o de embarazos no deseados; casi siempre se repite un error de apreciación.

Todos y todas preguntan cuál es el mejor, como si fuera una cuestión absoluta, donde los métodos están catalogados de buenos a malos. Todos los condones son buenos, en la medida que se usen de forma correcta y, para ello hace falta educación sobre el uso correcto del condón para hombre y para mujer.

La cruda realidad es que los adolescentes están teniendo relaciones sexuales sin protección, propiciando el aumento de los contagios de Infecciones de Transmisión Sexual, por ello; es preferible darles una educación de la sexualidad; con el objetivo de fomentar la cultura de prevención y de responsabilidad.

Este capítulo, nos dice que la adolescencia es una etapa fundamental dentro del proceso de construcción de la personalidad y el tránsito hacia la edad adulta.

Desde una visión simplista, se puede reducir ese proceso a un plano puramente biológico; la aparición de los caracteres sexuales primarios y secundarios; pero la adolescencia es más que eso, ya que en la construcción de esta, intervienen las reglas sociales, culturales y sobre todo familiares; determinando en algunos casos la conducta del adolescente, sobre una base de prejuicios; que lo único que logran es distorsionar la educación de la sexualidad.

La adolescencia es la edad en la que se inicia la vida sexual activa, en donde se presenta la masturbación, los fajes, las primeras relaciones sexuales y cualquier erotización. Este inicio oscila entre los 15 y los 19 años de edad, pero este inicio se da en la mayoría de los adolescentes, con una carencia de educación de la sexualidad, lo que trae como consecuencia el contagio de Infecciones de

Transmisión Sexual, por ignorar las alternativas que tienen para protegerse, porque no basta sólo con saber que existen los condones; si no se le educa para saber cómo usarlos.

Tomando en cuenta lo que hemos visto de las Infecciones de Transmisión Sexual y de la sexualidad adolescente, se puede entender la necesidad que existe, para crear una propuesta de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual, que le permita el adolescente adquirir la cultura de la prevención y de la responsabilidad.

Por lo tanto, se hace la siguiente propuesta del uso del Eroti-pack, como medida de prevención del contagio de ITS en los adolescentes.

CAPÍTULO III

PROPUESTA

EL EROTI-PACK

III.1. ¿Qué es el EROTI-PACK?

El Eroti-pack, es un paquete erótico con un conjunto de elementos que evitan el contacto directo con los genitales y sus fluidos; lo que previene el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS); ya que los virus de éstas se encuentran en los fluidos; cómo lo vimos en el capítulo dedicado a las ITS.

Los elementos del Eroti-pack son: los condones para hombre y para mujer, que sirven para la protección en el coito; los dedos de látex para la estimulación manual y el plástico adherente para la estimulación buco-genital (boca-genitales). Estos elementos se pueden combinar con lubricantes, para incrementar las sensaciones.

Se le llama Eroti-pack, porque permite utilizar sus elementos con el objetivo de reducir los riesgos, para incrementar el placer. Estos elementos de protección se pueden llevar en una caja, ya sea de chocolates, de medicinas, de cigarrillos, de toallas femeninas, etc., lo que facilita su transportación y le permite discreción al adolescente. La finalidad del Eroti-pack, es llevar un erotismo protegido que beneficie al adolescente en la prevención de un posible contagio de ITS.

El Erotismo protegido, se refiere a toda conducta erótica que lleve a un contacto directo con los genitales y sus fluidos; ya sea por vía coital, manual o bucal. No importa que sólo sea un “faje”, sin llegar a tener un coito; también se deben utilizar los elementos del Eroti-pack, porque aún en esta manifestación erótica, se tiene

un contacto directo con los genitales y sus fluidos; y la falta de protección está originando un índice de contagios de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) entre los adolescentes, por la creencia de reducir el riesgo de infección, sólo a la penetración sin protección.

El propósito del Eroti-pack, además de prevenir el contagio de ITS, es educar a los adolescentes a ejercer una sexualidad responsable, que les permita estar anticipados a cualquier eventualidad erótica, sin correr el riesgo de no llevar consigo algún elemento de protección y por lo tanto lleven a cabo una relación sexual de riesgo.

La propuesta del Eroti-pack como medida de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en los adolescentes, surge por el problema de salud pública que se han convertido en México y en todo el mundo. En México, el 53% de la población tiene su primera relación sexual entre los 15 y los 19 años de edad y muchos de estos jóvenes no saben cómo protegerse de Infecciones de Transmisión Sexual. (CONAPO, 2012. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 900 mil personas se infectan a diario y se registran 340 millones de casos nuevos de ITS cada año en el mundo, y la proporción de casos es mayor entre personas de 15 a 49 años, siendo similar en ambos sexos. (Organización Mundial de la Salud (OMS) 2011. Guía básica sobre Infecciones de transmisión sexual)

Pero los datos estadísticos, sólo son un número que ayuda a dimensionar la gravedad del problema, pero no son una solución; ya que no existen espacios donde se pueda realizar una educación de la sexualidad objetiva y oportuna, que guíe al adolescente hacia una sexualidad responsable.

Por el contrario, los adolescentes están recibiendo información y una educación de la sexualidad distorsionada, ya que recurren en primera instancia a otros

miembros de su mismo grupo de adolescentes, que son más carentes de información que ellos.

Así mismo, los adolescentes reciben información de sexualidad por parte de los medios de comunicación, siendo éstas las fuentes de información que a menudo presentan una sexualidad, basada en prejuicios y falsas creencias; generando mayor confusión entre los adolescentes.

Esta distorsión de la sexualidad, también está marcada por la religión, que sólo promueve a la sexualidad con fines reproductivos más no placenteros; y en algunos casos sólo la permiten hasta el matrimonio. A su vez, descalifican la diversidad sexual, sin respetar las orientaciones homosexuales, bisexuales, transgéneros y transexuales, así como; sus manifestaciones eróticas.

La religión también prohíbe el uso de elementos que impidan la reproducción, el caso específico del uso del condón; porque de acuerdo a su creencia, éste obstaculiza el fin reproductivo de la sexualidad.

En el ámbito educativo, lamentablemente no se promueve una educación de la sexualidad responsable; por el contrario se niega la información, por la falsa creencia de que al informar y educar al adolescente en sexualidad, se le está incitando a tener relaciones sexuales a temprana edad y sin responsabilidad.

Pero lo preocupante del sector educativo, quien tiene la responsabilidad de formar personas responsables; es que no quiere aceptar la realidad en la que están los adolescentes en materia de sexualidad y, teniendo la oportunidad de hacer el cambio, deciden hacer caso omiso al índice de contagio de Infecciones de Transmisión Sexual.

Aunado a estos factores que promueven una sexualidad distorsionada, se encuentra el principal de ellos, que es la influencia familiar; siendo ésta, el nido de formación del adolescente. La educación de la sexualidad hecha por la familia es determinante en el adolescente, porque la información estará sujeta a la

educación de la sexualidad que recibieron los propios padres y, que desafortunadamente está basada en miedos, prejuicios y falsas creencias.

Por lo tanto, la propuesta del Eroti-pack, no tiene la intención de promover las relaciones sexuales a temprana edad ni tener múltiples parejas sexuales, ya que eso sólo es y será decisión de los propios adolescentes; lo único que se pretende con el uso del Eroti-pack, es que los adolescentes lleven a cabo una sexualidad responsable.

Con respecto a la educación de la sexualidad y, en específico al área de la salud sexual; la Organización Mundial de la Salud (OMS), reitera que los programas de prevención, reducen el riesgo de contagios de Infecciones de Transmisión Sexual; por lo que, las instituciones educativas no sólo deben transmitir la información, sino que además deben mostrar las técnicas que sirvan como prevención. (Organización Mundial de la Salud (OMS) 2011. Guía básica sobre Infecciones de transmisión sexual)

De esta manera y en función de lo que dice la OMS, se hace la invitación a las instituciones educativas a generar espacios específicos para la educación de la sexualidad y que no sólo se quede en una orientación psicológica; porque en las necesidades de los adolescentes también se encuentra involucrada la sexualidad.

En relación a esto, es importante hacer énfasis en que la educación de la sexualidad debe ser asistida por los profesionales en sexualidad, ya sean los sexólogos o educadores de la sexualidad y por psicólogos; siempre y cuando reciban una capacitación de educación de la sexualidad, porque necesitan trabajar sus propios prejuicios en referencia a la sexualidad, para evitar la distorsión de la información y propiciar una educación de la sexualidad basada en prejuicios.

La importancia de que los psicólogos participen en la educación de la sexualidad, es porque tienen la capacidad de predecir conductas y de modificar las mismas, pudiendo de esta forma orientar a los adolescentes sobre las posibles

consecuencias psicológicas de contagiarse de alguna Infección de Transmisión Sexual.

Así mismo, el psicólogo tiene la capacidad de comprender el desarrollo psicológico de los adolescentes, haciendo partícipe a la sexualidad en este desarrollo, y por lo tanto; el psicólogo reconoce al adolescente como un ser erótico, con la libertad de ejercer una sexualidad responsable. Por ello, sería importante que los psicólogos estuvieran más interesados en la educación de la sexualidad y en promocionar una sexualidad objetiva, responsable e incluyente.

III.2. Funciones de los Elementos del Eroti-pack

Recordemos que los elementos que componen el Eroti-pack son: los condones para hombre y para mujer, que sirven para la protección en el coito; los dedos de látex para la estimulación manual y el plástico adherente, para la estimulación buco-genital (boca-genitales).

Su función es evitar el contacto directo con los genitales y sus fluidos, para prevenir el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS); ya que los virus de éstas se encuentran en los fluidos.

Los Condones y su Historia

Con respecto al origen del nombre condón no existe consenso, sin embargo, el término pudiera derivarse de los vocablos latinos condus (recipiente) y condere (esconder, proteger) La tradición atribuye el nombre y la invención del condón a un médico de la corte del rey Carlos II de Inglaterra, llamado Condom, a principios del

Siglo XVII. (Martos, 2010. Breve historia del Condón y de los métodos anticonceptivos)

Otros autores reconocen en calidad de precursor y responsable de su creación a Gabriel Falloppio (1.523-1.562) cirujano y anatomista italiano, quien en su libro “De preservatione a carie gallica” del año 1.555, ideó una protección individual para el llamado “Mal francés o sífilis”; quien recomienda utilizar una funda de fino lino, bañada en una infusión de hierbas astringentes; para evitar el contagio de la entonces incurable, enfermedad de la Sífilis.

La más antigua ilustración que se conoce del condón, data de hace más de tres mil años y se encontró en Egipto. Se sabe que alrededor del año 1000 a. c, los egipcios usaban en el pene una funda de lienzo para protegerse de las enfermedades. Según la leyenda, el antiguo rey cretense usaba una vejiga de cabra como medio para evitar las infecciones de transmisión sexual.

La evidencia más temprana del uso del condón en Europa, se encontró en las pinturas rupestres descubiertas en unas cuevas en Combarelles, Francia y que datan de los años 100 a 200 a.c, acerca de un hombre usando un condón, durante el acto sexual. (Martos, 2010. Breve historia del Condón y de los métodos anticonceptivos)

No fue hasta el siglo XVIII que se reconoció la utilidad del condón como un contraceptivo, además de profiláctico. En esta época, la disponibilidad de los condones hechos de intestinos de animales también estuvo ampliamente disponible en Europa, pero el costo era muy alto y a menudo eran reutilizados.

Pinturas de la época demuestran preservativos colgados secándose en alambrados para airear la ropa. En 1766 muchas "farmacias" estaban anunciando su venta al público, condones hechos de intestinos de oveja.

En 1861 apareció en los Estados Unidos la primera propaganda sobre condones. El anuncio se publicó en el New York Times promocionando los "Condomes

Franceses del Dr. Power". Sin embargo, es curioso notar que varios países adoptaron medidas contra el condón hacia esta época.

Tal es el caso del propio Estados Unidos que en 1873 se promulgó el Acta Comstock, la cual consideraba ilegal cualquier publicidad que incentivara el control natal y prohibía el uso del correo para enviar condones o si quiera mencionarlos por escrito. Igualmente se proscribía poseerlos, por lo que 65 mil condones fueron confiscados y varios médicos encarcelados hasta por diez años. Esta legislación se mantuvo hasta 1965. (Martos, 2010. Breve historia del Condón y de los métodos anticonceptivos)

El primer condón de goma vulcanizada se produjo en 1870, después de que Charles Goodyear patentó la vulcanización del caucho. En las instrucciones aparecía cómo lavarlo antes y después del coito, y usarlo hasta que se rompiera. El proceso de vulcanizar hule, una invención atribuida a Charles Goodyear, hizo que la producción masiva de productos de goma fuera más fiable y menos costosa, incluyendo a los condones. El método de vulcanizar (proceso de combinar la goma cruda con sulfuro a altas temperaturas) convierte al caucho o goma en un material elástico muy fuerte. (Martos, 2010. Breve historia del Condón y de los métodos anticonceptivos)

Los condones producidos en esos tiempos eran tan gruesos como la cámara de un neumático y tenían una costura, lo que indica que probablemente eran muy incómodos. Además, se deterioraban rápidamente.

En los inicios del Siglo XIX, en Japón se utilizaban dos tipos de condones, el kawagata hecho de cuero fino y el kabutogata confeccionado con marfil o caparazones de tortuga.

En medio del sofocante ambiente victoriano y con la opinión pública en contra del uso del condón, llegó la Primera Guerra Mundial. Curioso resulta que algunos aliados de los Estados Unidos promovieron el uso del condón entre la tropa.

Tal es el caso de Nueva Zelanda. Los norteamericanos, por su parte, envueltos en una campaña moral que promovía la abstinencia y la castidad, tuvieron en su primer año en trincheras una tasa de ingreso a hospitales de 766.55 soldados por cada mil, debido a las infecciones transmitidas sexualmente. (Martos, 2010. Breve historia del Condón y de los métodos anticonceptivos)

En 1921, Alfred Trojan inventa el traje viril desechable. La leyenda cuenta que, siendo empleado en una fábrica, sumergió su pene en una tina con caucho natural en estado coloide. Este tipo de condón, desechable, se comienza a comercializar a partir de 1930.

En 1935 la producción diaria de condones en los Estados Unidos fue de millón y medio. La tecnología para su fabricación continuó mejorando; la fabricación del látex se simplificó, la producción de condones se automatizó y el producto se hizo más barato, elástico, delgado y seguro.

Lo paradójico y aberrante de esta época, era que los médicos estaban autorizados a recetar condones a los hombres para que previnieran el contagio de sífilis y gonorrea, pero no podían recetarlos a las mujeres como método para evitar la maternidad no deseada. Todavía se creía que el condón representaba un intento inmoral para interferir con las leyes de Dios y de la naturaleza. El condón se asociaba con el libertinaje.

Durante la Segunda Guerra Mundial, los líderes militares tuvieron una actitud más realista acerca de los condones. Eran conscientes de que si no prevenían las enfermedades venéreas, los costos de salud pública iban a aumentar dramáticamente y las enfermedades a extenderse en el país cuando regresaran los combatientes. Hicieron entonces campañas publicitarias agresivas que incluyeron películas educativas y lemas como " **¡No se olvide! Póngaselo primero, antes de meterlo**".(Martos, 2010. Breve historia del Condón y de los métodos anticonceptivos)

En 1955, apareció la píldora anticonceptiva, desarrollada por Gregorio Pincus y los dispositivos intrauterinos como métodos anticonceptivos nunca antes vistos.

La revolución sexual de los años 60 disminuyó el uso del condón, con la apertura a lo que se llamó el amor libre que permitió a las mujeres tener abiertamente compañeros sexuales, los hombres frecuentaron menos a las prostitutas, aparecieron la píldora anticonceptiva y los dispositivos intrauterinos como métodos anticonceptivos, además de la existencia de tratamientos efectivos para las infecciones de transmisión sexual.

Hacia 1970, un equipo de investigadores húngaros desarrolló la barrera C espermicida, una técnica que permite aplicar una película compacta y delgada de espermicida sobre el caucho, que al entrar en contacto con la vagina, aniquila los espermatozoides.

Con la llegada del VIH/SIDA a principio de los años ochenta, una vez más los condones se convirtieron en herramientas vitales para la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. Sin embargo, en la década de 1990, se introdujeron en el mercado numerosos y diferentes tipos de condones, por primera vez se vendieron condones de poliuretano.

Desde 1992 se cuenta con el condón para mujer, hecho de poliuretano, fabricado por una compañía con sede en Londres, Inglaterra; desde 1994 se cuenta con el condón para hombre de poliuretano.

El uso del condón desde sus comienzos ha sido controversial, mitificado y rechazado por los moralistas de esos tiempos, difundiendo información errónea de su eficacia y de los beneficios a la salud. (Martos, 2010. Breve historia del Condón y de los métodos anticonceptivos)

En algunas partes del mundo, se han obstaculizado los esfuerzos de la salud pública hacia el aumento del uso del condón, debido a que, plantean que el hecho

de hablarles del condón y de su uso a los adolescentes, se les incita a tener relaciones sexuales a una edad precoz, y la gente se vuelve promiscua sexualmente, además enfatizan en que el condón no protege del virus del SIDA, porque los poros del látex son más grandes que el tamaño del virus y este se filtra.

En referencia a la eficacia de los condones en la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y del VIH, ha sido demostrada tanto por estudios epidemiológicos como los de laboratorio. Los estudios de laboratorio han demostrado, que los condones de látex actúan como una barrera eficaz, aún contra los microorganismos más pequeños de las infecciones de transmisión sexual. (Martos, 2010. Breve historia del Condón y de los métodos anticonceptivos)

Los estudios epidemiológicos, que comparan las tasas de infección por el VIH entre las personas que usan condones y las que no los usan, durante las relaciones sexuales y que tienen una pareja sexual infectada por el VIH, demuestran que el uso constante de los condones es altamente eficaz en la prevención del VIH. De igual manera, los estudios epidemiológicos han demostrado que el uso del condón reduce el riesgo de adquirir otras infecciones de Transmisión Sexual.

Para obtener la máxima protección de los condones, éstos se deben utilizar de manera correcta y constante. La ineficacia de los condones en la protección contra el contagio de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) o el VIH; se debe más al uso inconstante e incorrecto de los condones que al error del condón.

Es importante recordar que existe una diferencia entre la eficacia del método y la del uso del método o también llamada efectividad. La eficacia del método es la obtenida por el uso del condón en forma correcta y sistemática, es decir, el uso perfecto, por lo tanto, considera sólo las fallas técnicas.

La eficacia del uso o efectividad, es cuando se utiliza en la práctica diaria o habitual, considerando las fallas técnicas y los errores humanos en el uso sistemático y correcto. Se ha demostrado que la efectividad del condón utilizado en forma consistente y adecuada es de 90 a 95 %. (Martos, 2010. Breve historia del Condón y de los métodos anticonceptivos)

El condón es una herramienta básica para la salud sexual y como consecuencia para el disfrute de la sexualidad. Por ello, es indispensable generar espacios para la difusión del uso correcto del condón, porque no basta sólo con regalarlos en las clínicas, en la calle, en las escuelas; si no se brinda una educación de cómo usar el condón de forma correcta.

El Condón para hombre

Es una funda hecha de látex o poliuretano que se ajusta y recubre al pene, en la punta tiene un receptáculo o capuchón; que es en donde se deposita el semen, evitando que se deposite en la vagina; además de prevenir el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y de los embarazos no deseados. (Ochoa, 2009. Los métodos anticonceptivos explicados a los jóvenes)

Sus medidas varían de 16 a 22 cm de longitud y de 3,5 a 6,4 cm de diámetro. La medida estándar de un preservativo es de 170 mm de largo, 48 mm de ancho y entre 0,055 y 0,07 mm de grosor.

Los condones pueden presentarse en color natural, pueden ser transparentes, opacos e incluso fosforescentes. Pueden ser lisos o con texturas (anillos, tachones) para lograr una sensación más intensa; con aromas diversos (vainilla, fresa, chocolate, banana, coco, entre otros); con formas anatómicas especiales para aumentar la comodidad o la sensibilidad; más largos y anchos o ajustados.

Más grueso o más delgados; con lubricante saborizado; sin lubricar, lubricados ligeramente, extra lubricados, entre otros. Los condones suelen presentarse con

cierta cantidad de lubricante y espermicida. Si fuera insuficiente puede añadirse lubricante para facilitar la relación sexual. (Ochoa, 2009. Los métodos anticonceptivos explicados a los jóvenes)

Nota: Si se desea utilizar un lubricante extra en el condón, este deberá de ser un lubricante a base de agua y nunca un lubricante a base de aceite; porque el aceite romperá el látex al calentarse por la fricción de la penetración. Tampoco se deben utilizar aditamentos como vaselina, crema corporal, etc., para evitar que el látex se rompa, por los compuestos químicos de estos productos.

Uso correcto del condón para Hombre

Antes de utilizar un condón, es importante que tengas las manos limpias, para evitar contaminar el condón con gérmenes.

1.- Verifica la fecha de caducidad y a ésta réstale 2 años, para disminuir la probabilidad de que el látex esté dañado, debido a un mal manejo de los empaques o si ha estado expuesto a temperaturas altas de calor.

Por ejemplo: si la fecha de caducidad dice año 2012, al restarle los 2 años; tomaríamos al año 2010 como el más confiable para utilizar el condón.

Nota: Referente a este ejemplo, no quiere decir, que si tenemos un condón con una fecha de caducidad cercana, no se pueda utilizar, por el contrario, el condón puede ser utilizado, siempre y cuando se coloque de forma correcta; porque recordemos que la eficacia del condón depende de la forma en que se coloca.

2.- Revisa que el empaque no esté roto y que al oprimirlo se forme una pequeña bolsa de aire. Esto es un signo de que el condón, está en buen estado. Para abrirlo, utiliza los dientecillos que tiene en los costados, que están diseñados para

facilitar su apertura. No utilices tijeras, los dientes, etc., porque correrás el riesgo de romper el condón.

3.- Al sacar el condón del empaque, no le soples si no sabes de qué lado se desenrolla, porque lo contaminarás con las bacterias que existen en tu boca, mejor utiliza la yema de tu dedo para encontrar el lado correcto.

Un tip, que sirve para saber de qué lado es el correcto para desenrollar el condón, puede ser utilizando una comparación, es decir; la forma correcta para desenrollar el condón, tiene la forma de un “sombbrero de charro”, mientras que la forma incorrecta para desenrollarlo, tiene la forma de un “gorrito”.

Después de saber de qué lado se desenrolla, toma el capuchón y presiónalo, pero antes de colocarlo en la punta del pene erecto, dale dos giros, esto sirve para dos cosas; la primera es para evitar que se quede una válvula de aire en la punta del condón y pueda romperse por la fricción de la penetración y, la segunda es para dejar el espacio suficiente para que puede depositarse el semen.

4.- Sin soltar la punta del condón colócalo en el glande (cabeza del pene) y comienza a desenrollarlo hasta la base del pene; al terminar cuida que no se haya quedado el aire en la punta y que hayas dejado el espacio en el capuchón para que se deposite el semen. A partir de este momento, el pene está listo para ser utilizado.

5.- Después de eyacular, retira el pene de la vagina o ano; es importante que se retire el pene antes de que se pierda la erección, porque se corre el riesgo de que el condón se salga del pene y pueda quedarse dentro de donde se haya penetrado.

Después de haberlo retirado, con una mano toma la punta del condón y con la otra la base del pene para comenzar a deslizarlo hacia la punta. Una vez retirado el condón, envuélvelo en un papel, pero no lo amarres, como comúnmente se hace;

porque al amarrarlo le estarás dando vida al virus, encapsulándolo con oxígeno puro y recordemos que los virus se encuentran en los fluidos y que al contacto con el aire, los virus se mueren; por ello sólo tíralo en el bote de basura y no en la taza del baño, para no contaminar. (Ochoa, 2009. Los métodos anticonceptivos explicados a los jóvenes)

Recomendaciones

- Pueden ser utilizados como método anticonceptivo complementario a otro método anticonceptivo; por ejemplo, se puede combinar con el DIU.
- No utilices dos condones al mismo tiempo, porque el látex con el calor de la fricción, se rompe.
- Un condón no puede utilizarse dos veces, si tienes otro contacto sexual; deberás cambiar de condón.
- Nunca utilices un mismo condón para penetrar en el ano-vagina o viceversa.
- No tienen efectos secundarios, al menos si se tuviera una reacción alérgica al látex, en ese caso se puede utilizar un condón de poliuretano.

(Ochoa, 2009. Los métodos anticonceptivos explicados a los jóvenes)

El Condón para Mujer

El condón para mujer, consiste es una funda de poliuretano, que es más resistente que el látex y que se adhiere a las paredes vaginales. Su diseño proporciona mayor protección a la mujer contra las ITS; pues impide el contacto directo con los genitales, al cubrir por completo la vulva de la mujer.

Su diseño consta de dos anillos flexibles, uno en cada extremo. Un extremo es pequeño y cerrado, que se coloca dentro de la vagina y el otro extremo es abierto y se queda fuera de la cavidad vaginal, cubriendo toda la vulva (labios mayores, labios menores y clítoris) lo que brinda una mayor protección para la mujer.; evitando el contacto directo con el pene.

Las dimensiones del Condón, son 160 mm de largo y 56 mm de ancho, suficientes para proteger los genitales de la mujer. (Ochoa, 2009. Los métodos anticonceptivos explicados a los jóvenes)

Nota: Los condones para mujer tienen un costo mayor que los condones para hombre y sólo viene uno sólo a diferencia de los que son para hombre, que por lo general vienen tres por paquete. Pero lo más importante que le brinda a la mujer este condón, además de la protección; es el poder de decidir sobre su cuerpo y sobre su propia sexualidad.

Uso correcto del condón para Mujer

1.- Se debe revisar la fecha de caducidad, el empaque y abrirse de la misma forma que se hace con el condón para hombre.

2.- Después de sacar el condón del empaque, toma el aro pequeño y cerrado, presiónalo por la mitad, como si formarás el número ocho con el aro, recuéstate en la cama y abre tus labios vulvares, dejando al descubierto el introito vaginal, después coloca el condón en la entrada de la vagina e introdúcelo hasta donde lleguen tus dedos, no es necesario tratar de acomodar el condón, porque este por sí solo adoptará la forma de la vagina. El aro grande y abierto quedará por fuera de la vagina, cubriendo toda la vulva.

3.- Después de la eyaculación, tu o tú pareja tomen el aro externo con un dedo y denle dos giros para sacarlo de la vagina. Después envuélvanlo en papel y tírenlo en el bote de basura y no en la taza del baño. Recuerden no amarrarlo para no mantener vivo el virus dentro del condón.

A diferencia del condón para hombre, este condón puede ser reutilizable máximo dos ocasiones, pero sólo en caso de emergencia y con la misma persona en la misma situación, es decir; no es reciclable, esto se debe a que el poliuretano es más resistente que el látex.

Una emergencia es: que no se tenga otro condón disponible o que no se tenga la posibilidad de comprar otro de inmediato.

Para ser reutilizado el condón, una vez que se retiró de la vagina, se debe llenar sólo de agua, para que este se limpie, se vacía el condón y se deja secar solo; ya que el condón está seco, debe ser lubricado para poder utilizado una vez más. (Ochoa, 2009. Los métodos anticonceptivos explicados a los jóvenes)

Observaciones

- El condón para mujer, se puede colocar hasta 8 horas antes de cualquier relación sexual, sin lastimar a la mujer y sin que este se salga al caminar.
- Al momento de la penetración, es importante que se sostenga el aro externo, ya que suele moverse, lo que podría ocasionar, que se penetre por a un lado del condón.
- No utilices el condón para mujer junto con el condón para hombre, porque podría romperse por la fricción de la penetración.
- Si se desea utilizar un lubricante extra, recuerden que este debe de ser a base agua y no de aceite, para no romper el condón.
- Este condón, le ha dado a la mujer un empoderamiento de su sexualidad, al

permitirle ejercer libremente sus derechos sexuales.

- Un inconveniente de este condón es su alto costo en comparación con el condón para hombre, ya que el precio del condón para mujer oscila entre los 60 y 80 pesos y, sólo viene uno por empaque; mientras que los condones para hombre vienen mínimo tres por empaque y son más económicos, entre 15 y 40 pesos.

Pero si no se tiene para comprar los condones, se pueden conseguir forma gratuita en las clínicas de salud.

(Ochoa, 2009. Los métodos anticonceptivos explicados a los jóvenes)

Los Dedales

Los dedales son hechos de látex o poliuretano, estos se pueden encontrar en las tiendas llamadas “sex-shops”, el costo del paquete de los dedales oscila entre 15 y 20 pesos y vienen cinco dedales. Pero si no se tiene la facilidad para comprarlos, se puede economizar utilizando un guante de látex, al cortarle sólo los dedos, y así obtener los mismos cinco dedales que vienen en el paquete de la sex-shop.

Estos son utilizados para la estimulación digital, protegiendo a los dedos del contacto directo con los genitales y con los fluidos.

La importancia de proteger a los dedos, es porque; pudiese existir alguna herida en estos y al entrar en contacto con los fluidos de los genitales, los virus se podrían transmitir; como lo veremos en el capítulo de Infecciones de Transmisión Sexual.

Es importante que un sólo dedal se utilice por cada estimulación, es decir, no se puede utilizar un mismo dedal para estimular vía vaginal y después anal, ya que los virus y las bacterias se transportarán de un lado a otro.

Nota: Los dedos no pueden lavarse o reciclarse, deben desecharse después de utilizarlos y ocupar uno nuevo si se desea volver a estimular.

El Plástico Adherente

El plástico adherente, es el plástico que comúnmente se utiliza para cubrir los alimentos; la intención de utilizar este plástico, es por su capacidad de adherencia a los objetos. La ventaja al utilizarlo como elemento de protección en un erotismo, es que cubre completamente los genitales, tanto en el hombre como en la mujer, al realizar la estimulación buco-genital (boca-genitales) y, de esta forma no se tiene contacto con los fluidos.

La importancia de cubrir los genitales al hacer la estimulación bucal, es porque en la boca se llega a tener heridas que al entrar en contacto con los fluidos de los genitales, los virus se transmitirán a través de estas. Esto se podrá confirmar en el capítulo de Infecciones de Transmisión Sexual.

Para utilizar el plástico adherente, que viene en la presentación de rollo, se necesita cortar un cuadro lo suficientemente grande para cubrir el pene, la vulva o el ano. Una vez cortado el cuadro, se sentirá su característica principal, la de ser sumamente pegajoso, lo que no permite una manipulación sencilla para desdoblarlo y utilizarlo en los genitales.

Por lo tanto, para quitarle esa característica de estar sumamente pegajoso, y quedar en condiciones viables para adherirse con facilidad a los genitales; se sugiere frotar el cuadro de plástico con un poco de maicena, ya sea natural o de sabor, para suavizarlo y quitarle lo pegajoso. Además, al utilizar maicena de sabor se estará saborizando el plástico para la estimulación bucal.

Nota: Este procedimiento, debe hacerse previamente en casa.

En las sex-shops venden elementos de látex que sirven para la protección en la

estimulación buco-genital y el costo oscila entre 40 y 50 pesos.

Así mismo, como con los dedos, el plástico adherente no puede ser reutilizable y se debe utilizar uno nuevo para cada estimulación.

Ahora que hemos conocido la función de los elementos de protección del Eroti-pack, se puede decir que esta medida de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual, es la más óptima; porque con estos elementos no se tiene contacto directo con los genitales y sus fluidos, evitando así la transmisión de los virus de persona a persona. Como lo hemos visto en el capítulo de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), donde conocimos las vías de contagio, los síntomas y sus respectivos tratamientos.

CONCLUSIONES

Quiero concluir mencionando la satisfacción que siento al finalizar este trabajo, ya que es el término de mi formación como Psicólogo, para comenzar mi desarrollo como Licenciado en Psicología.

El interés que me surgió para realizar esta tesis, es la preocupante falta de educación de la sexualidad que existe hacia los adolescentes y, en específico en la promoción de un ejercicio sexual protegido. Lo que ha traído como consecuencia un alto índice de contagios de Infecciones de Transmisión sexual (ITS).

Así mismo, el interés por realizar este trabajo es para invitar a las Instituciones educativas a generar educación de la sexualidad en su comunidad estudiantil, como parte de su objetivo de educación; reduciendo de esta forma los contagios de ITS y de embarazos no deseados, que en algunos casos provocan la deserción escolar.

Por ello, sería importante que los psicólogos que laboran en alguna Institución educativa, se comprometan a realizar una orientación integral, para lograr encausar a los adolescentes a una toma de decisiones objetiva y responsable con respecto a su sexualidad.

Haciendo un repaso de lo que hemos visto, recordemos que la Adolescencia, es un constructo en el cual el adolescente, comienza la búsqueda de su propia identidad, por la necesidad de pertenencia a un grupo determinado. Es en esta etapa, donde el medio en el que se desenvuelve, comienza a determinar su comportamiento, moldeando sus creencias, ideas y pensamientos.

Estos cambios forman parte de su desarrollo psicológico, un desarrollo que aunado a la influencia social y familiar, le comienza a exigir al adolescente una maduración física y cognitiva, con la intención de adaptarse lo más pronto a su entorno. Pero curiosamente en este desarrollo no se contempla a la sexualidad

ypareciera que está prohibido hablarle de ella al adolescente; ya que existe la falsa creencia de que al hablarle a un adolescente de sexualidad, se le está incitando a tener relaciones coitales sin responsabilidad.

Pero eso no es así, por el contrario; los adolescentes deben recibir una educación de la sexualidad oportuna, para evitar la irresponsabilidad en su ejercicio sexual, ya que al negarles educación de sexualidad, se les está condenando a la ignorancia.

Esta ignorancia que tiene el adolescente con respecto a su sexualidad, le genera miedos, prejuicios y falsas creencias, lo que no le permite decidir responsablemente. Como consecuencia de esto, aparecen los errores en su ejercicio sexual, como son los contagios de Infecciones de Transmisión Sexual, al no conocer una medida de prevención que les de protección.

Estos errores, como los hemos mencionado en el capítulo de Infecciones de Transmisión Sexual, son preocupantes; pero no basta con saberlo, lo importante es comenzar a hacer algo para evitar que continúen aumentando.

Por lo tanto, la propuesta del Eroti-pack resulta crucial, porque es una medida de prevención de ITS, para brindarles protección a los adolescentes en su ejercicio sexual.

Los elementos del Eroti-pack evitan el contacto directo con los genitales y sus fluidos, que es en donde se alojan los virus de las ITS, así como lo vimos en el capítulo dedicado a ellas. Con el uso del Eroti-pack se puede reducir hasta un 90% el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual, porque el 10% restante dependerá del adolescente al hacer uso correcto de los elementos.

Esta medida de prevención, además de contribuir a reducir los contagios de Infecciones de Transmisión Sexual en los adolescentes, generará una actitud de responsabilidad en su ejercicio sexual; al tener el conocimiento de alternativas eficientes de protección; que les ayudará a decidir de manera consciente y objetiva sobre su sexualidad.

La actitud de responsabilidad que adquirirán los adolescentes, la podrán transmitir hacia sus iguales, promoviendo el uso del Eroti-pack y los beneficios de este en su ejercicio sexual. Logrando de esta manera, que más adolescentes tomen conciencia de la importancia de protegerse al ser orientados por otros adolescentes.

Así mismo, el uso del Eroti-pack, permitirá al adolescente adquirir confianza durante sus relaciones coitales o eróticas, al sentirse protegido y sin la presión de poder contagiarse de alguna ITS o en su defecto de un embarazo no deseado.

Esta confianza en el adolescente es importante, porque además de saber que está protegido y sin riesgo de contagiarse; podrá disfrutar de su ejercicio sexual.

Un beneficio más para los adolescentes con el uso del Eroti-pack, es el fortalecimiento de su Autoestima, al otorgarles seguridad y permitirles un autocuidado, un buen trato y una identificación con su sexualidad.

Tomando en cuenta los beneficios que tiene el Eroti-pack para los adolescentes, se contempla como una opción recomendable para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual.

Perosu uso se debe fomentar con énfasis, así como promovemos el manejar sin ingerir bebidas alcohólicas, el vivir sin drogas, el mantener una alimentación sana; también promovamos la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y lograremos un hábito de responsabilidad.

Esta labor es de todo profesional que nos dedicamos a la educación, porque tenemos la responsabilidad de promover una educación integral y la sexualidad es parte integral del adolescente. Seamos conscientes de la realidad y hagamos una educación de la sexualidad objetiva y oportuna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre, 2010. Pecar como dios manda. Historia sexual de los mexicanos.
2. Basso, 2008. Guía Esencial Sobre Sexualidad Adolescente: Un Manual Indispensable para Los Adolescentes.
3. Caudillo, 2008. Sexualidad y Vida Humana/ Infecciones de transmisión sexual.
4. Cabral, 2008. Atlas de ITS: Manifestaciones, diagnóstico, Tratamiento.
5. Centro Nacional para la Prevención del VIH/SIDA (CENSIDA) 2012. Epidemiología del VIH.
6. CENSIDA, 2010. Manual para capacitadores sobre Infecciones de Transmisión Sexual.
7. Coleman, 2005. Psicología de la Adolescencia.
8. CONAPO, 2012. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS.
9. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Salud sexual.
10. García, 2009. Enfermedades de transmisión sexual y adolescencia.
11. Gayou, 2004. Sexualidad: Los Jóvenes Preguntan.
12. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Organización Mundial de la Salud 2005.
13. Grover, 2006. Manual de las Enfermedades Venéreas.
14. Hernández, 2008. Enfermedades de Transmisión Sexual, guía para padres y educadores.
15. Krauskopf, D. 2009. Adolescencia y Educación.
16. Llewellyn-Jones, 2009. Infecciones de Transmisión Sexual.
17. Martos, 2010. Breve historia del Condón y de los métodos anticonceptivos.
18. Monroy, 2008. Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud.
19. Ochoa, 2009. Los métodos anticonceptivos explicados a los jóvenes.
20. Ochoa, 2009. Mitos y realidades del sexo joven.

21. Organización Mundial de la Salud (OMS) 2011. Guía básica sobre Infecciones de transmisión sexual.
22. Rubio, E. 2004. CONAPO. Antología de la Sexualidad Humana.
23. Saavedra, M. 2008. Como entender a los adolescentes para educarlos mejor.
24. Secretaria de Salud, 2011. Vacuna contra el papiloma.
25. Shaffer, 2007. Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia.
26. Shibley 2009. Sexualidad Humana/ Infecciones de transmisión sexual.
27. Vélez, 2005. Manual de VIH/SIDA y Otras infecciones de transmisión sexual.
28. Woods, S. 2010. Todo lo que necesitas saber sobre infecciones de transmisión sexual.