



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

1 ej.

②

EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA EDUCACION SEXUAL DE LA POBLACION FEMENINA

E S T U D I O
Q U E P R E S E N T A
IRENE FLORES MARTINEZ
P A R A O B T E N E R E L T I T U L O D E :
L I C E N C I A D A E N E N F E R M E R I A Y O B S T E T R I C I A
M E X I C O , D . F. 1 9 8 0



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

I N D I C E

Pág.

PROLOGO

I.	INTRODUCCION	1
	1. Planteamiento y caracterización del problema	1
	2. Objetivos generales	2
	3. Hipótesis	2
	4. Variables	2
	5. Campo de la investigación	2
II.	MARCO TEORICO	5
	A. Concepto de sexo, sexualidad y educación sexual	5
	1. Principios filosóficos y objetivos de la educación sexual	6
	B. Generalidades sobre la reproducción humana	7
	1. Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino	7
	2. Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino	10
	a. Genitales externos femeninos	10
	b. Genitales internos femeninos	12
	C. Principios y objetivos de la reproducción humana	14
	1. Comentarios generales	14
	2. Principios	16
	3. Factores y medios para reducir la natalidad	16
	D. Papel del sistema endocrino en la reproducción	17
	E. Medidas para favorecer la salud física y mental en la edad reproductiva de los seres humanos	23
	1. En los preescolares	
	2. En los escolares	
	3. En los adolescentes	
	4. En el adulto joven	
	5. En el adulto maduro	
	6. En la senectud	
	F. Problemas de salud materno infantil en México	28
	1. El embarazo etapas y cuidados	28
	a. Etapas del embarazo	28
	b. Cuidados durante el embarazo	28

1)	Atención prenatal	29
2)	Consultas subsecuentes y <u>ex</u> ploraciones	29
2.	Causas por las que se debe consultar al médico en cualquier momento	29
3.	Molestias leves del embarazo normal	30
4.	Cuidados en general	31
5.	El recién nacido características y - cuidados	32
a.	Características anatomofisiológi- cas	32
b.	Cuidados en el recién nacido	35
1)	Inmediatos	35
2)	Mediatos	36
6.	Características y necesidades psico- lógicas y sociales	37
a.	Necesidades físicas	38
b.	Necesidades psíquicas	38
c.	Necesidades educativas	39
7.	Datos demográficos respecto a la po- blación materno-infantil en el país	40
8.	Tasas de morbilidad y mortalidad ma- terna en México	42
9.	Tasas de morbilidad y mortalidad in- fantil en México	44
10.	Recursos disponibles para la atención materno-infantil en México	45
a.	Para la atención de la salud	45
b.	Educativas	47
c.	Recreativas	48
G.	Variantes de la conducta sexual	49
1.	Disfunciones o incapacidades sexuales	51
a.	Conducta sexual normal	51
b.	Preludio amoroso o juego sexual	52
c.	Fases de la respuesta sexual huma- na	52
d.	Ciclos de la respuesta sexual hu- mana	53
1)	Femenino	
2)	Masculino	
2.	Disfunciones sexuales en el hombre	55
a.	Impotencia	
1)	Primaria	55
2)	Secundaria	55
b.	Disfunción eyaculatoria o prematu- ra	56
c.	Incompetencia eyaculatoria	56
3.	Disfunciones sexuales en la mujer	56
a.	Disfunción orgásmica femenina	56
b.	Dispareunia	56
1)	Primaria	57
2)	Secundaria	57

4.	Anomalías de los órganos sexuales y padecimientos sexuales	57
a.	Principales padecimientos sexuales	58
	1) Gonorrea	58
	2) Sífilis	59
	3) Sífilis durante el embarazo	60
b.	Anomalías de los órganos sexuales	61
5.	Problemas sexuales más comunes en la mujer y el hombre en nuestro país	61
a.	Enfermedades venéreas	61
b.	Divorcios	71
c.	Niños abandonados	74
III.	RESULTADOS	76
1.	Cuadros y gráficas de resultados	77-140
2.	Conclusiones	141
3.	Sugerencias	143
IV.	REFERENCIAS	144
A.	Bibliografía	145
B.	Apéndices	149
	1. Instrumento de recolección de datos	
	2. Glosario	156

LISTA DE CUADROS Y GRAFICAS DE RESULTADOS

CUADRO 1.	Motivos por los que asisten las mujeres encuestadas al centro de salud	77
GRAFICA 1.	Motivos por los que asisten las mujeres encuestadas al centro de salud	78
CUADRO 2.	Edad de las personas entrevistadas en el centro de salud	79
GRAFICA 2.	Edad de las personas entrevistadas en el centro de salud	80
CUADRO 3.	Estado civil de las personas entrevistadas	81
GRAFICA 3.	Estado civil de las personas entrevistadas	82
CUADRO 4.	Nivel escolar de las mujeres entrevistadas	83
GRAFICA 4.	Nivel escolar de las mujeres entrevistadas	84
CUADRO 5.	Mujeres que recibieron orientación sobre educación sexual	85
GRAFICA 5.	Mujeres que recibieron orientación sobre educación sexual	86
CUADRO 6.	Individuos que dieron orientación sexual a las personas entrevistadas	87
GRAFICA 6.	Individuos que dieron orientación sexual a las personas entrevistadas	88
CUADRO 7.	Temas escogidos para ser escuchados - por las entrevistadas	89
GRAFICA 7.	Temas escogidos para ser escuchados - por las entrevistadas	90
CUADRO 8.	Edad considerable en las mujeres encuestadas para las relaciones sexuales	91
GRAFICA 8.	Edad considerable en las mujeres encuestadas para las relaciones sexuales	92

		Pág.
CUADRO 9.	Preferencia en las relaciones sexuales con determinada persona	93
GRAFICA 9.	Preferencia en las relaciones sexuales con determinada persona	94
CUADRO 10.	Diversas situaciones en las relaciones sexuales	95
GRAFICA 10.	Diversas situaciones en las relaciones sexuales	96
CUADRO 11.	Motivos por los que se efectúan las relaciones sexuales	97
GRAFICA 11.	Motivos por los que se efectúan las relaciones sexuales	98
CUADRO 12.	Para tener relaciones sexuales satisfactorias es necesario	99
GRAFICA 12.	Para tener relaciones sexuales satisfactorias es necesario	100
CUADRO 13.	Propósito que tienen las relaciones sexuales para las personas entrevistadas	101
GRAFICA 13.	Propósito que tienen las relaciones sexuales para las personas entrevistadas	102
CUADRO 14.	Número de embarazos notificados	103
GRAFICA 14.	Número de embarazos notificados	104
CUADRO 15.	Embarazos terminados en aborto en las personas entrevistadas	105
GRAFICA 15.	Embarazos terminados en aborto en las personas entrevistadas	106
CUADRO 16.	Los embarazos frecuentes ocasionan problemas a nivel	107
GRAFICA 16.	Los embarazos frecuentes ocasionan problemas a nivel	108
CUADRO 17.	Atención durante el embarazo	109
GRAFICA 17.	Atención durante el embarazo	110

		Pág.
CUADRO 18.	Método optado por las mujeres entrevistadas para planificar su familia	111
GRAFICA 18.	Método optado por las mujeres entrevistadas para planificar su familia	112
CUADRO 19.	Dónde y quien atiende los partos de las personas entrevistadas	113
GRAFICA 19.	Dónde y quien atiende los partos de las personas entrevistadas	114
CUADRO 20.	Problemas de salud que tuvieron <u>du</u> - rante el puerperio las mujeres <u>en</u> - cuestadas	115
GRAFICA 20.	Problemas de salud que tuvieron <u>du</u> - rante el puerperio las mujeres <u>en</u> -- cuestadas	116
CUADRO 21.	Opinión de las entrevistadas sobre - la persona responsable del sexo del- producto	117
GRAFICA 21.	Opinión de las entrevistadas sobre - la persona responsable del sexo del- producto	118
CUADRO 22.	Niños que se les murieron a las <u>en</u> - trevistadas	119
GRAFICA 22.	Niños que se les murieron a las <u>en</u> - trevistadas	120
CUADRO 23.	Edad en que fallecieron esos niños	121
GRAFICA 23.	Edad en que fallecieron esos niños	122
CUADRO 24.	Causas del deceso de los niños	123
GRAFICA 24.	Causas del deceso de los niños	124
CUADRO 25.	Las encuestadas opinan que el <u>haci</u> <u>namiento</u> provoca	125
GRAFICA 25	Las encuestadas opinan que el <u>haci</u> <u>namiento</u> provoca	125
CUADRO 26.	Reporte de síntomas secundarios a - las relaciones sexuales	126
GRAFICA 26.	Reporte de síntomas secundarios a - las relaciones sexuales	127

CUADRO 27.	Alteraciones en la vida conyugal y sexual de las mujeres con problemas en las relaciones sexuales	129
GRAFICA 27.	Alteraciones en la vida conyugal y sexual de las mujeres con problemas en las relaciones sexuales	130
CUADRO 28.	Entrevistadas que reportaron padecimientos genitourinarios en el esposo	131
GRAFICA 28.	Entrevistadas que reportaron padecimientos genitourinarios en el esposo	132
CUADRO 29.	Manera en que afectó las relaciones sexuales cuando el esposo tuvo problemas genitourinarios	133
GRAFICA 29.	Manera en que afectó las relaciones sexuales cuando el esposo tuvo problemas genitourinarios	134
CUADRO 30.	Contestación sobre si las personas encuestadas tenían relaciones sexuales-extramaritales	135
GRAFICA 30.	Contestación sobre si las personas encuestadas tenían relaciones sexuales-extramaritales	136
CUADRO 31.	Opinión sobre si la mujer debe recibir dinero por las relaciones sexuales	137
GRAFICA 31.	Opinión sobre si la mujer debe recibir dinero por las relaciones sexuales	138
CUADRO 32.	Actitud tomada por la mujer encuestada durante las relaciones sexuales	139
GRAFICA 32.	Actitud tomada por la mujer encuestada durante las relaciones sexuales	140

LISTA DE FIGURAS, CUADROS Y GRAFICAS

Pág.

FIGURA 1.	Organos reproductores masculinos	9
FIGURA 2.	Genitales externos femeninos	11
FIGURA 3.	Organos internos femeninos	13
FIGURA 4.	Iniciación del ciclo menstrual por acción de las hormonas	15
FIGURA 5.	Las glándulas endocrinas	19
FIGURA 6.	La hipófisis y sus dos lóbulos	20
FIGURA 7.	Ciclo de la respuesta sexual femenina	53
FIGURA 8.	Ciclo de la respuesta sexual masculina	54
CUADRO 1.	Población en los Estados Unidos Mexicanos	40
GRAFICA 1.	Estructura por edades y sexo	41
CUADRO 2.	Causas principales de mortalidad materna en la República Mexicana	42
CUADRO 3.	Defunciones y tasas de mortalidad, agrupadas de acuerdo a la lista "A", octava revisión de la clasificación internacional de enfermedades	43
CUADRO 4.	Tasas de morbilidad y mortalidad infantil en México	44
CUADRO 5.	Recursos materiales de los servicios médicos por instituciones en la República Mexicana	46
CUADRO 6.	Escuelas, Maestros y alumnos en el nivel elemental, por entidad federativa, iniciación de cursos en el año lectivo 1972-1974	47
CUADRO 7.	Escuelas, grupos y alumnos en el nivel medio, por entidad federativa, iniciación de cursos en el año lectivo 1973-1974	47
CUADRO 8.	Instituciones, escuelas, maestros y alumnos en el nivel superior, por entidad federativa, iniciación de cursos en el año lectivo 1973-1974	48

CUADRO 9.	Incidencia de enfermedades transmisibles en los Estados Unidos Mexicanos	62
CUADRO 10.	Casos notificados de enfermedades venéreas en los Estados Unidos Mexicanos	63
CUADRO 11.	Morbilidad por enfermedades venéreas en los Estados Unidos Mexicanos	64
CUADRO 12.	Mortalidad por enfermedades venéreas en los Estados Unidos Mexicanos	65
GRAFICA 2	Morbilidad por blenorragia en los Estados Unidos Mexicanos	66
GRAFICA 3.	Morbilidad y mortalidad por sífilis en los Estados Unidos Mexicanos	67
CUADRO 13.	Defunciones por diferentes formas de sífilis en México	68
GRAFICA 4.	Defunciones por sífilis en la República Mexicana	69
CUADRO 14.	Morbilidad por blenorragia y sífilis en el D.F.	70
CUADRO 15.	Imagen demográfica 1960-1973 en los Estados Unidos Mexicanos (divorcios)	71
GRAFICA 5.	Tasas de divorcio en el país 1960 -- 1973	72
CUADRO 16.	Divorcios registrados por causas, en el país 1972-1975	73
CUADRO 17.	Unidades destinadas a servicios asistenciales a internos y número de personas asistidas en el país por tipo de establecimiento	75

1.

I N T R O D U C C I O N

1. PLANTEAMIENTO Y CARACTERIZACION DEL PROBLEMA

Aspectos de educación sexual a considerar con las mujeres en etapa prenatal que asisten a la consulta externa - médica prenatal.

- a. La familia y la escuela ofrecen deficiente información o educación sexual a los jóvenes.
- b. Un elevado número de mujeres en edad reproductiva -- desconocen la función reproductora en la especie humana.
- c. Limitada información de las mujeres respecto a los cuidados necesarios a seguir durante el tiempo de embarazo.
- d. Subutilización de los recursos de salud materno-infantil preventivos y asistenciales disponibles en el país.

Aparte de estos motivos era necesario cubrir las deficiencias culturales existentes en mi persona, poder transmitir estos conocimientos a las personas que se acercan con un problema existente relacionado con la educación sexual -- y poder ayudarlas en vez de desorientar, a la vez despertar en otras personas el interés hacia esta parte de la educación integral tan importante.

2. OBJETIVOS GENERALES

- a. Sensibilizar a la población respecto a cuales son - las medidas que favorecen la reproducción humana responsable.
- b. Interesar a la población femenina en edad reproductiva para utilizar los servicios médicos materno-infantiles preventivos y asistenciales disponibles en las diferentes instituciones de salud del país.

3. HIPOTESIS

- a. La enseñanza y el conocimiento educativo sexual de - la población, así como la asistencia médica, reducen los índices de morbilidad y mortalidad materno infantil.
- b. La deficiente educación sexual del individuo y del - grupo familiar genera problemas y desviaciones sexuales.

4. VARIABLES

- a. Educación sexual individual y familiar.
- b. Asistencia médica prenatal preventiva.
- c. Asistencia médica prenatal asistencial.
- d. Índice de morbilidad materno e infantil.
- e. Índice de mortalidad materno e infantil.
- f. Problemas y desviaciones sexuales.
- g. Subutilización de los servicios médicos.

5. CAMPO DE LA INVESTIGACION

El centro de salud "Mixcoac", aplicándose cédula de-entrevista a un grupo de cincuenta mujeres comprendidas entre los quince y cuarenta y seis años, del servicio de ginecología y planificación familiar, teniendo la colaboración del Director que accedió a que ahí se hiciera la investigación y de las jefes de ambos servicios que enviaban a sus -

pacientes para aplicárseles la cédula, a la que contestaban con interés, se obtuvo un pequeño cubículo dentro del servicio de planificación familiar para facilitar a ambos servicios la aplicación de la cédula y a las pacientes privacidad.

II. MARCO TEORICO Y REFERENCIAL

A. CONCEPTOS DE SEXO, SEXUALIDAD, EDUCACION SEXUAL

México está superando la etapa crítica en cuanto a la educación sexual, después de tanto tiempo de guardar silencio respecto a este tema, hoy se dan orientaciones amplias y positivas, mismas que se extienden a todos los niveles institucionales y sociales, como también en las escuelas.

Es derecho del individuo el saber que nace, crece y se reproduce, estar consciente que sexo es un conjunto de características anatómicas y fisiológicas que van a dividir a los individuos en dos géneros: masculino y femenino, y que dependiendo de estas características, van a actuar de acuerdo a su sexo en el nivel social y cultural en que se desenvuelven y viven (1). En una palabra, todo lo concierne a la sexualidad humana comprendiendo que ésta es la expresión del ser humano en que se conjugan factores biológicos, psicológicos, sociológicos, económicos, culturales, éticos y espirituales (2). Si todos estos factores se conjugan bien, se puede modificar la actitud del individuo por medio del conocimiento científico para que entienda y ejerza su sexualidad en forma equilibrada y racional ya que las manifestaciones de la sexualidad son diferentes en cada individuo y que varían de acuerdo a las distintas etapas de la vida.

- (1) ALVAREZ, G. Juan Luis. Problemas médicos en sexualidad, México, Ed. Abeja, S.A. Septiembre 1976, No. 6, - p. 11.
- (2) HILU, Virginia. Participación de la escuela en la educación sexual. México, Ed. Pax-México, 1974, p. 16.

La educación sexual se recibe en cualquier lugar y - de todas las personas que nos rodean, pero el principal lugar en que se adquiere, observa y estimula es el hogar, y - de los miembros que en él habitan, siendo entonces un proce - so permanente (3), que constantemente se está recibiendo - sin importar el sexo o la edad, mediante el ejemplo o por - los conocimientos erróneos que logran sembrar en la actitud del individuo prejuicios con los que vive y lleva al matrimo - nio.

Al crear conciencia en la comunidad mediante la edu - cación sexual, debe ser ésta la que busque ampliar este pro - ceso educativo, asistiendo a los cursos prematrimoniales cu - yo fin es formar e informar al individuo sobre su comporta - miento sexual, pero estimulándolo a que actúe libremente de una manera responsable.

1. PRINCIPIOS FILOSOFICOS Y OBJETIVOS DE LA EDUCACION - SEXUAL SEGUN VIRGINIA HILU (4):

1°. La sexualidad está ligada íntimamente a la per - sonalidad. La que según los expertos se adquiere en el ini - cio de la vida y aflora del individuo de acuerdo a las cir - cunstancias en que se encuentre.

2°. La educación sexual tiene en cuenta la dignidad de la persona humana. Conociendo esto la educación sexual - debe darse a cada sexo recalcando las cualidades, diferen - cias y complementariedad que existen en cada uno y para am - bos.

3°. El comportamiento sexual humano es consciente - voluntario y responsable. La educación sexual da al indivi - duo responsabilidad en sus actos sobre todo en los referen - tes a las relaciones sexuales para no crear una vida no de - seada que lo lleve a tomar caminos equivocados, lo conscien - te del individuo debe ser tal que piense en sí mismo y en - la repercusión de lo que voluntariamente haga.

4°. La conducta sexual es reflejo de los valores y - actitudes del individuo y de la sociedad donde vive. Como - ya se mencionó, la conducta del individuo puede ser modifi - cada pero siempre hacerlo dentro del ambiente en que se de - senvuelve, el proceso educativo debe respetar su personali - dad, pero en beneficio también de la colectividad en que vi - ve.

(3) CORONA, Esther. Problemas médicos en sexualidad, Méxi - co, Ed. Abeja, S.A. Septiembre 1976, No. 6 p. 113.

(4) HILU, Virginia, Op. cit., 1974, p. 22-27, 33-34.

5°. No es sinónimo de educación reproductiva o de higiene sexual o de planificación familiar. La educación sexual es más que estas tres cosas enumeradas, la meta de ella es lograr una vida mejor, más justa y más plena, con mayor consideración y conciencia de los demás y más llena de satisfacciones para el individuo y para la sociedad.

6°. La educación sexual es obligación primaria de los padres. Pero ellos deben tener también una orientación sobre los mismos temas que se les dan a sus hijos, para que sepan como guiarlos y responder cuando éstos les pregunten y sepan aclarar sus dudas.

7°. La educación sexual debe ser adecuada al educando. Ciertamente, a cada edad debe responderse de acuerdo a sus necesidades individuales y sociales, los programas deben elaborarse previa investigación de las necesidades particulares del individuo y las comunes del grupo en que vive, para así hacer más efectiva la educación y que el sujeto sea realmente educado de acuerdo a su ambiente y necesidades.

8°. La educación sexual no es una asignatura más. Es una complementariedad de otras materias que se juntan en una sola, educación sexual.

Objetivos:

1°. Que el educando comprenda que:

a) La sexualidad es una expresión individual natural en cada ser humano e importante también en su relación con los demás.

b) Que es indispensable para obtener un desarrollo armónico tanto en lo corporal como en lo afectivo en relación a su sexo.

c) Como ser social, la educación familiar debe incluir la educación sexual.

d) Cada miembro de la familia debe desempeñar el papel que su sexo le señala.

e) Que existe un enorme contenido emocional en la vida sexual.

2°. Proporcionar al individuo conocimientos adecuados sobre:

a) Anatomía, fisiología y cambios patológicos inherentes a su sexo y al sexo contrario, eliminando con estos conocimientos miedo, ignorancia y temores.

b) Las diversas manifestaciones sexuales sanas en las relaciones humanas como individuo, esposo, padre de familia o miembro de la comunidad social en la que vive.

c) Las desviaciones sexuales existentes para comprenderlas y protegerse.

3°. Desarrollar en el educando:

a) Respeto, consideración, amor y responsabilidad en todo lo relacionado con la educación sexual.

b) Comprensión ante las diversas manifestaciones de la sexualidad ajenas y propias.

c) Mirar éticamente los aspectos positivos y negativos que proporcionen las relaciones humanas en la vida familiar e individual.

B. GENERALIDADES SOBRE LA REPRODUCCION HUMANA

La vida de un ser humano comienza en el momento en que dos células aportadas por un hombre y una mujer se unen para dar paso a una sola llamada huevo, es el principio humano de un organismo motivado por sus progenitores (5).

1. ANATOMIA Y FISILOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR MASCULINO

(5) MONROY de Velasco, Anameli. Nuestros niños y el sexo, México, Ed. Pax-México, 1975, p. 144.

El aparato reproductor del hombre está formado por - los testículos, conductos deferentes, epidídimo, vesículas seminales, próstata y pene. (Fig. 1)

Los testículos son dos, situados detrás del pene y - de forma ovoidea; en la vida intrauterina se forman en la - cavidad abdominal, antes o después del nacimiento descien - den a la bolsa escrotal. Su función es la producción de es - permatozoides que son las células reproductoras del hombre - en cuyo interior está el factor que determina el sexo del - nuevo ser (6), en su recorrido hacia el exterior se mezclan - con diferentes secreciones y juntos forman el líquido semi - nal o fecundante.

Conductos deferentes. Los conductos deferentes comu - nican el epidídimo con la vesícula seminal; y a través de - éstos los espermatozoides son conducidos mediante movimien - tos contractiles hacia el epidídimo lugar de maduración; - una vez maduros emigran hacia el conducto deferente que los - lleva a la cavidad abdominal donde se almacenan en espera - de ser utilizados o simplemente evacuados por medio de las - poluciones.

Vesículas seminales. Glándulas situadas entre la ve - jiga y el recto que comunican los conductos deferentes con - los conductos eyaculadores y secretan un líquido que facili - ta a los espermatozoides su desplazamiento.

Escroto. Bolsas formadas de piel delgada que envuel - ve y protege a los testículos.

Próstata. Glándula situada debajo del orificio ure - tral interno, secreta un líquido alcalino que neutraliza -- las secreciones ácidas de la vagina donde son depositados - los espermatozoides durante el acto sexual y cuyo tamaño y - forma es el de una castaña.

Glándulas de Cowper. Situadas a cada lado de la prós - tata, del tamaño de un frijol y secreta un líquido espeso - que forma parte del líquido seminal.

Pene. Organó masculino situado delante del escroto - habitualmente se encuentra flácido pero puede ponerse eréc - til debido a estímulos, variando de tamaño de un individuo - a otro. Formado por tejido cavernoso que forma el cuerpo -

(6) S.S.A. Cartilla de la salud El Sexo, México, octubre - 1974. concepto No. 3.

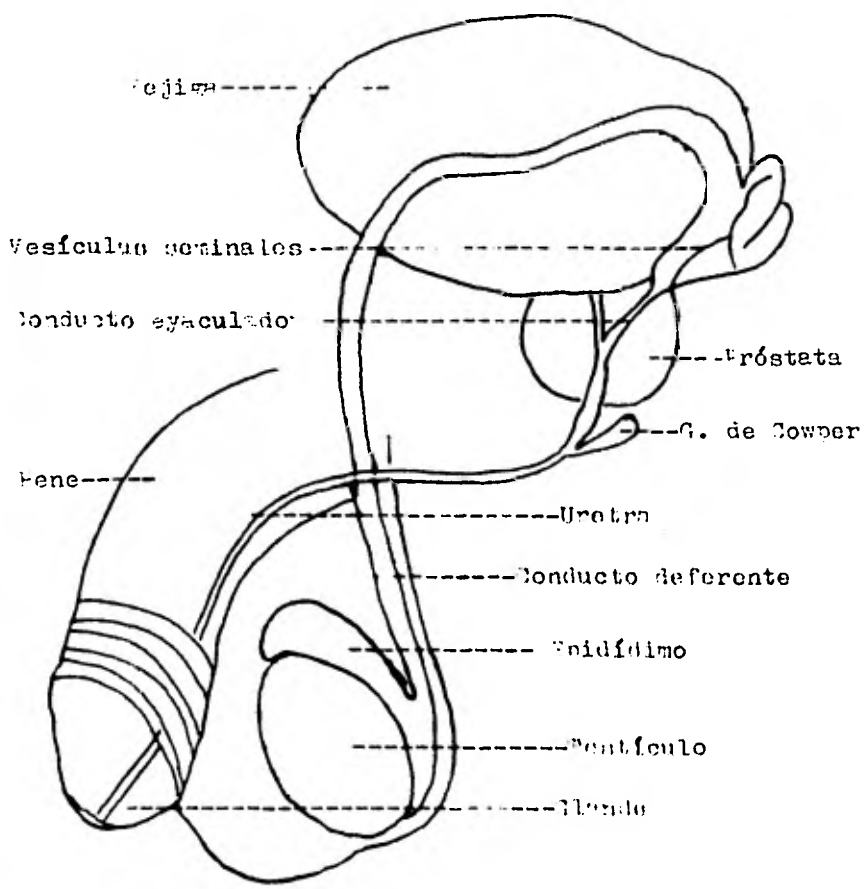


Fig.1.-Organos reproductores masculinos.

del pene y por tejido esponjoso que alberga el trayecto de la uretra hacia el exterior y termina en el meato. La uretra es un conducto que va desde la vejiga hasta el orificio externo del pene. La cabeza del pene está cubierta por piel que se repliega llamada prepucio y que cubre al glande.

2. ANATOMIA Y FISILOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

El aparato reproductor de la mujer lo integran los genitales externos e internos. (Figs. 2 y 3).

a. Genitales externos femeninos:

La vulva. Comprende la parte externa de los genitales de la mujer y abarca desde el monte de venus, labios mayores, perineo, ano, prepucio, clítoris, labios menores, horquilla, uretra, glándulas de Skene y Bartholin, y orificio vaginal.

Monte de venus. Es una almohadilla de grasa en la cual crece el vello pubiano, y alberga terminaciones nerviosas que, cuando son estimuladas por el peso, o condiciones similares pueden provocar excitación sexual (7).

Labios Mayores. Pliegues de piel que cubren la parte externa de la vulva y que van desde el monte de venus hasta llegar casi al ano, cuyos bordes externos están cubiertos de pelo, formados por tejido conectivo grasoso.

Labios menores. Situados dentro de los labios mayores y son también pliegues que al fusionarse por su parte anterior forman el prepucio que rodea al clítoris, ambos labios contienen abundantes glándulas sebáceas.

Perine. Región que para algunos autores comprende desde el monte de venus hasta el ano, cuya función es sostener los órganos de la pelvis y formar la superficie externa

(7) LESLIE McCary, James; Sexualidad Humana, México, Ed. - El Manual Moderno, S.A., 1976, p. 53.

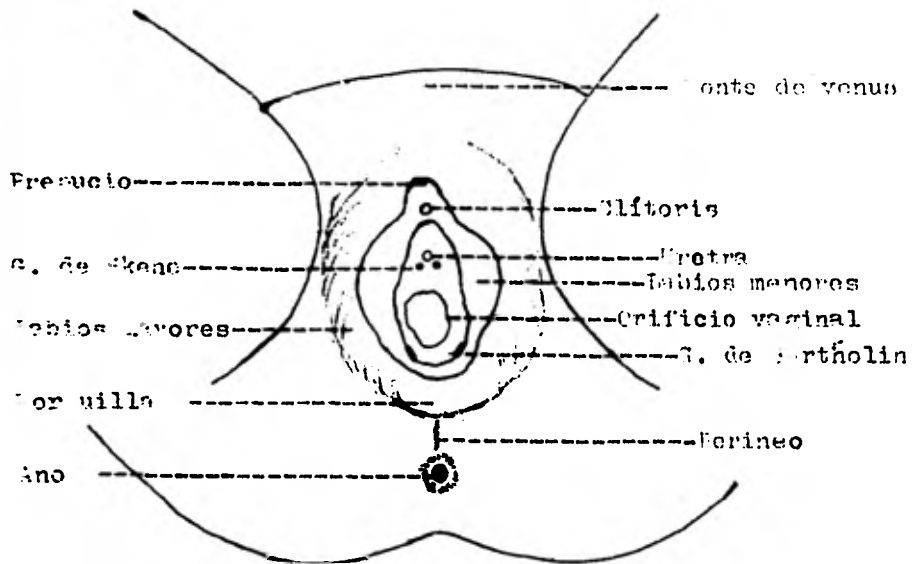


Fig. 1.- Genitales externos femeninos

del suelo pelviano, y formado en su parte interior por los músculos bulbocavernoso, isquiocavernoso constrictor de la uretra, los que deben repararse después de una episiotomía ya que su tonicidad es importante en las relaciones sexuales, la región posterior la forman los músculos constrictor del ano y elevadores del ano.

Clitoris. Organó de carácter eréctil y de excitación sexual en la mujer, situado por debajo de los labios menores.

Uretra. Es un conducto más pequeño que en el hombre, y cuyo orificio externo o meato uretral está situado encima de la vagina.

Glándulas de Skene. Desembocan en la uretra y las de Bartholin en el surco interno del vestibulo, ambas secretan un líquido lubricante durante la excitación sexual.

Orificio vaginal. Cerrado parcialmente por una membrana elástica llamada himen, la cual es desgarrada fácilmente por traumatismos o en las primeras relaciones sexuales llamándose a los restos de ella carunculas himeneales.

b. Genitales internos femeninos:

La vagina. Conducto situado por delante del recto y detrás de la vejiga; constituida por tres capas de tejido, la capa interna o mucosa al replegarse forma las arrugas características de ésta; funciona recibiendo al pene durante las relaciones sexuales; es el paso del feto en el momento de nacer; salida del flujo menstrual y secreciones vaginales y en sus sacos permanece el semen cuyos espermatozoides podrán ascender y fertilizar al ovulo; sus paredes segregan durante la excitación sexual un lubricante para permitir la penetración del órgano viril masculino, y sus paredes sufren modificaciones que facilitan la ejecución del coito (8).

Matriz o útero. Organó muscular hueco, en forma de pera invertida situado en la cavidad pélvica entre la vejiga

(8) LESLIE McCary, James; op. cit., 1976, p. 51-52.

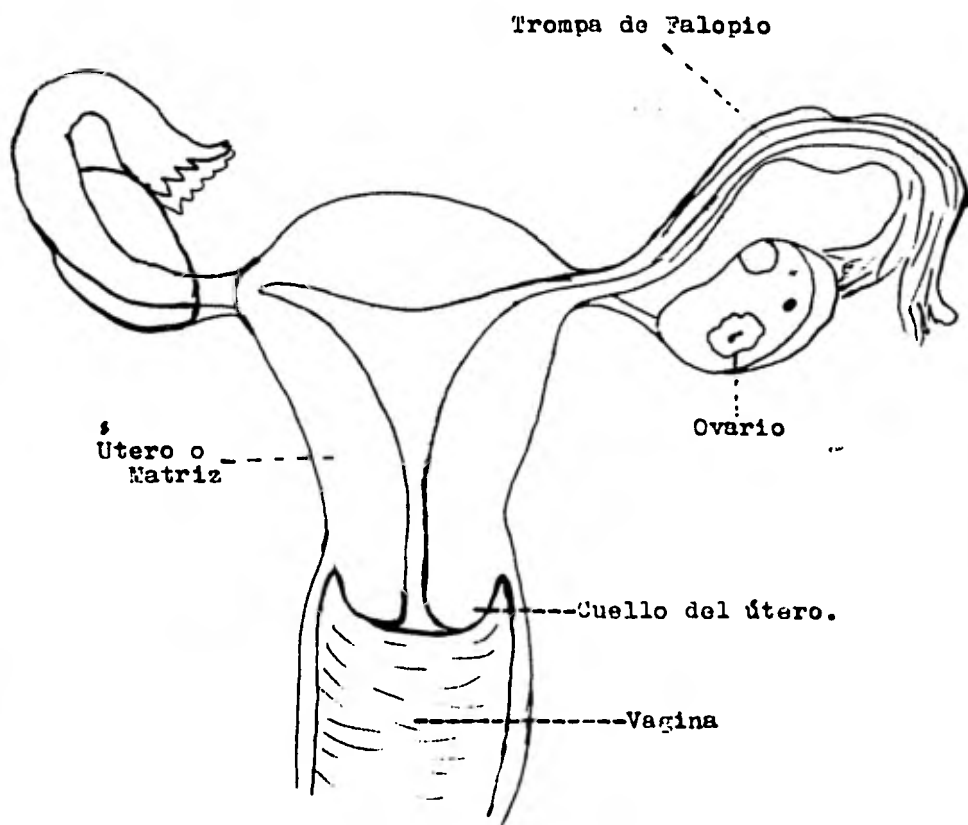


Fig. 2.- Organos internos femeninos.

ga y el recto; es un órgano que cambia de dimensiones de acuerdo a la edad de la mujer; sirve para recibir y alimentar al óvulo fecundado y guardar en su interior al huevo hasta su viabilidad, constituido por tres porciones, cuerpo, cuello e istmo; compuesto por tres clases de tejido, mucoso, muscular y seroso, la capa muscular sus fibras se entretejen en todo su contorno teniendo las características de distenderse y contraerse; y fijado en su lugar por tres ligamentos, los redondos, uterosacros y anchos.

Trompas de Falopio. Son estructuras que parten del fondo de la matriz hacia afuera ensanchándose conforme se alejan de ésta, hasta llegar al ovario donde dan la impresión de protegerlo; formada por tres partes, la porción intramural, ampular y fimbriada. En la región ampular generalmente ocurre la fertilización, de donde el óvulo fecundado es transportado hacia el interior del útero por medio de las vellosidades que recubren el interior de las trompas, su falta de desarrollo, permeabilidad, espasmos y estados inflamatorios producen esterilidad.

Los ovarios. Son dos cuerpos de forma ovoide y colocados a ambos lados del útero; formados por dos capas la cortical y la medular y en cuyo interior se encuentran folículos primordiales-atrécicos, maduros y en vías de maduración; su función además de producir, desarrollar y expulsar óvulos maduros, es secretar también hormonas por medio del estímulo que envía el tálamo y la hipófisis; en los primeros catorce días se producen estrógenos en el ovario por medio de la hormona del HEF, después la hormona (HL) luteinizante, estimula al ovario para que secreta cuerpo amarillo y éste a su vez progesterona llamándose a este ciclo ovarico que sucede cada veintiocho o treinta días (véase figura 4).

C. PRINCIPIOS Y OBJETIVOS DE LA REPRODUCCION HUMANA

1. COMENTARIOS GENERALES:

La explosión demográfica tema de innumerables autores e intensos estudios, hace que las instituciones de salud así como las organizaciones gubernamentales ayuden a los padres de familia a tomar decisiones respecto al número de hijos que puedan tener y mantener y, en esta forma, proporcionarles los medios necesarios para llevar a cabo esta resolución. Se dice que el número promedio de hijos que tendrá una mujer que se casa en la pubertad y continua es -

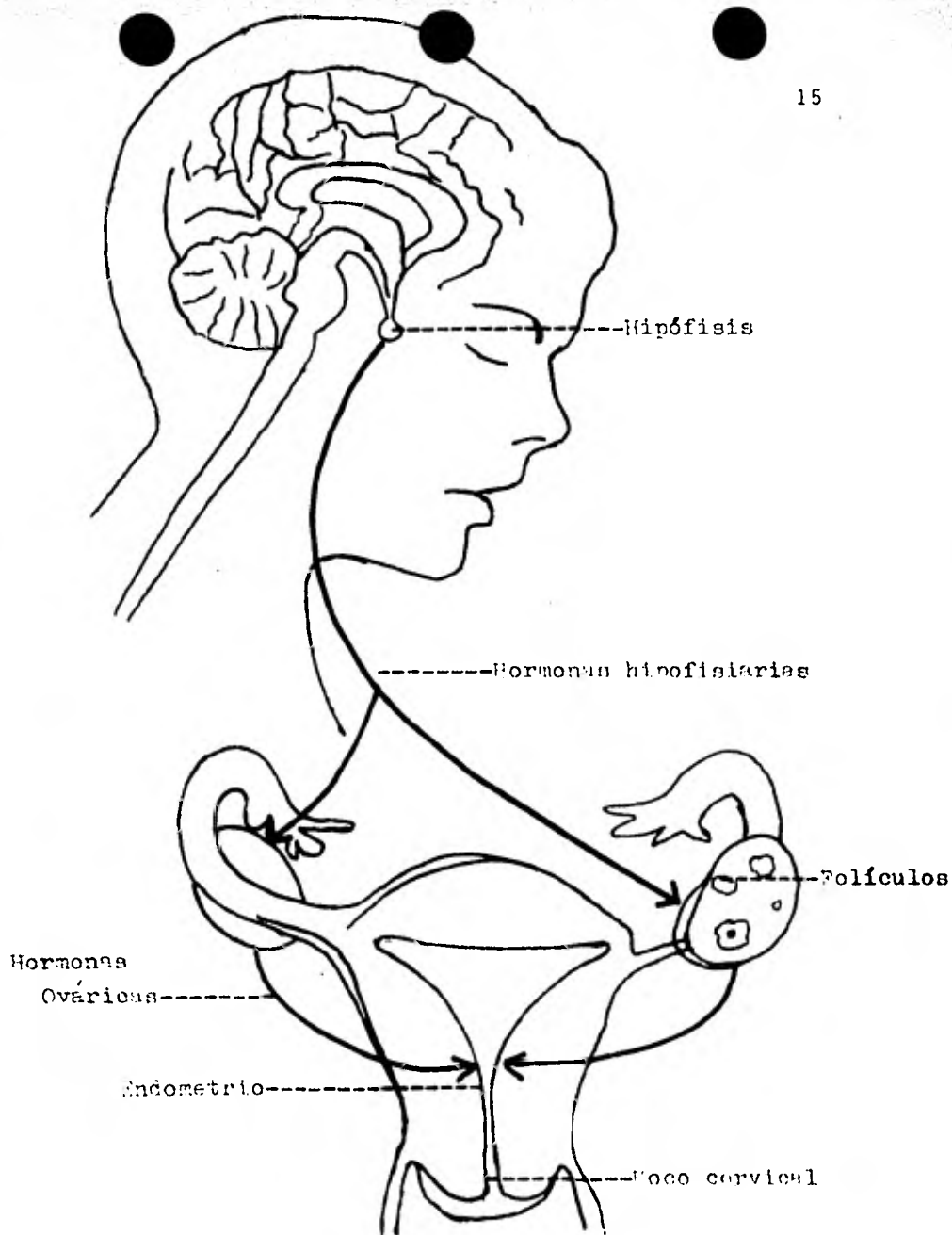


Fig.4.- Iniciación del ciclo menstrual por acción de las hormonas. Tomado de J. Semurant, Robert; Concepción, embarazo y anticoncepción, México, 1970, p.23.

tándolo hasta la menopausia será de 12, si esta reproducción no se ve afectada por: celibato total o parcial, viudez, prácticas anticoncepcionales, mortalidad de sus hijos en la primera infancia (9).

2. PRINCIPIOS:

1°. El crecimiento de la población es un motivo importante para el desarrollo económico, ya que al crecer la familia es un estímulo fuerte en los padres de proveer y mejorar las condiciones de vida de los suyos (10).

2°. "Conveniente explotación de los recursos naturales de cada país, de tal forma que llegue a conseguirse un aumento en la producción de riquezas más rápido que el de la población" (11).

3°. Otro principio que debe tomarse en cuenta para salvaguardar los cimientos de la familia es la madre, ya que la frecuencia de embarazos modifica la salud de ella y de sus hijos (12).

3. FACTORES Y MEDIOS PARA REDUCIR LA NATALIDAD

a. Factores:

Para reducir la natalidad se deben tomar en cuenta los siguientes factores: las tradiciones de la familia y las matrimoniales, esto de acuerdo a los diferentes estratos sociales, el equipo médico y sanatorial con que cuenta cada comunidad, así como los medios de comunicación y transporte a que tienen acceso.

Económicos. El mejoramiento del nivel de vida es un

(9) SAUVY Alfred, El problema de la población en el mundo, Madrid, Ed. Aguilar, 1961, p. 79.

(10) CALDERONE, Mary S. Técnicas anticoncepcionales, México, Ed. Interamericana, 1966, p. 2.

(11) SAUVY Alfred, op. cit., 1961, p. 133.

(12) CALDERONE, Mary S. op. cit., 1966, p. 3.

factor que favorece la limitación de nacimientos. Para lo cual es importante e indispensable ahorrar una parte de la renta nacional. La elevación de ese nivel depende únicamente de dos factores: la intensidad del esfuerzo y la eficiencia. La intensidad del esfuerzo se mide por la cantidad de inversiones económicas, expresada por la proporción de renta nacional que a ellas se dedica. La eficiencia de estas inversiones se mide por el aumento de la renta nacional que de ellas resulta para el porvenir (13).

Demográficos. Retraso de la edad del matrimonio y -
contracepción; como la edad para casarse y formar una familia es un factor importante en cualquier país en que la fecundidad natural aumenta, el autor da este medio como primordial. Si se lleva en la práctica el último el descenso no sería brusco sino poco a poco, ya que intervendrían algunos factores como el olvido de tomar la pastilla (píldora), el no poder adquirirlas; la economía familiar es un factor poderoso que debe influir en el núcleo familiar para determinar el número de hijos a tener, como lo es también el medio ambiente en que se vive y sus variables; número de habitaciones, hacinamiento y promiscuidad en ellas, tipo de alimentación, nivel escolar; factores de bienestar (letrinas, agua potable, etc.), posibilidades de una legislación sobre migración que comprende, inmigración y emigración. Y según la atención médica con que se cuente y el estado de salud podrá ser la frecuencia de nacimientos (14).

También hay que considerar otras variables que regulan el número de población y son: los nacimientos, las muertes y las emigraciones. "Los nacimientos se ven limitados y favorecidos cuando una madre sabe o tiene conocimientos sobre el arte de criar a su hijo y educarlo en forma óptima disminuyendo con esto la llegada anticipada de otro hijo" - (15), emigración aunque es mala solución por la fuga de cerebros y brazos, contribuye también a disminuir el número de personas.

D. PAPEL DEL SISTEMA ENDOCRINO EN LA REPRODUCCION

Las sustancias químicas y hormonas hacen posibles to

- (13) SAUVY Alfred, op. cit., 1961, p. 153-154
 (14) CALDERONE Mary S. ibidem, pg. 4
 (15) SAUVY Alfred, ibidem, p. 260.

da maduración sexual y son producidas por glándulas que las vierten en el torrente sanguíneo.

Endocrinología es el estudio de los órganos llamados glándulas endocrinas que vierten sus secreciones dentro del torrente sanguíneo, dichas sustancias químicas se llaman -- hormonas, las que al ir por toda la circulación son capaces de afectar cada célula del cuerpo.

Las glándulas endocrinas que intervienen en el proceso reproductivo son: el hipotálamo, la pituitaria o hipófisis, la tiroides, las suprarrenales, el páncreas y las gónadas (figura 5).

La secreción de las glándulas endocrinas se efectúa -- por medio del efecto "feedback" o de retroalimentación, un descenso de un determinado esteroide determina una acción -- hipotalámica conducente a aumentar la liberación de la hormona trópica correspondiente del lóbulo anterior. Inversamente una elevación excesiva del esteroide, como consecuencia de la acción hipotálamo-hipofisiaria, conduce inmediatamente a una frenación (16).

Hipotálamo o glándula maestra. Es parte del cerebro la cual por medio de la hipófisis afecta todos los tejidos del cuerpo, comunicada por la hipófisis por la porción posterior mediante un puente compuesto de tejido nervioso, por éste pasan las hormonas secretadas en hipotálamo a hipófisis donde son almacenadas y liberadas cuando se necesitan, los factores liberadores del hipotálamo (RF), son principios activos que acarreados por los vasos sanguíneos llevan el estímulo a la adenohipófisis, y son; LHRF o factor liberador de la hormona luteinizante; CRF o factor liberador -- corticotropina; TRF o factor liberador de la tireotropina; FSHRF o factor liberador del folículo estimulante; GHRF o factor liberador de la hormona del crecimiento; PRF o factor estimulador de la prolactina (17).

Hipófisis. Ubicada en la base del cerebro y compuesta por dos lóbulos, anterior y posterior. El anterior reci

(16) BOTELLA Lluslá, José. Endocrinología de la mujer. Barcelona, Ed. Científico-Médica, 1976, p. 119.

(17) BOTELLA Lluslá, José, op. cit., 1976, p. 138.

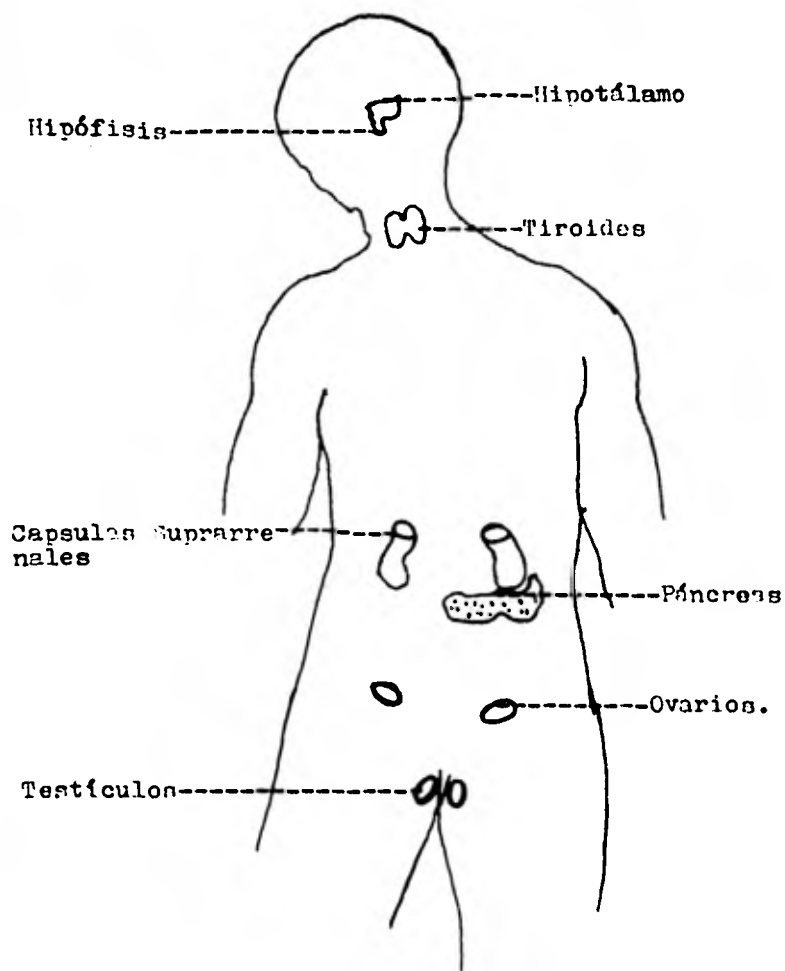


Fig 5.- Las glándulas endocrinas

be estímulos del hipotálamo y por medio de vasos sanguíneos los cuales rodean al tallo y llevan los mensajes hormonales del hipotálamo por el tallo dentro del cual están las conexiones nerviosas entre las dos glándulas.

Hormonas de la hipófisis posterior. Son la vasopresina o antidiurética, la que se libera de la hipófisis posterior cuando hay cambios en el contenido de agua y sal en la sangre, e interviene regulando la capacidad de los riñones para conservar agua, la oxitocina produce la contracción del músculo liso del útero y de las glándulas mamarias. Esta hormona se utiliza en la obstetricia del parto y para estimular la involución del útero después del parto y prevenir la hemorragia post parto excesiva. Estimula al músculo liso que rodea los conductos mamarios produciendo secreción láctea durante la lactancia y su liberación se lleva a cabo por un reflujo del sistema nervioso que se desencadena por la succión.

Hormonas de la hipófisis anterior. Son seis: la hormona estimulante del tiroides (HET); la adrenocorticotrófica (ACTH); la hormona estimulante del folículo (HEF); la prolactina (HLT); la luteinizante (HL); y la hormona del crecimiento (18).

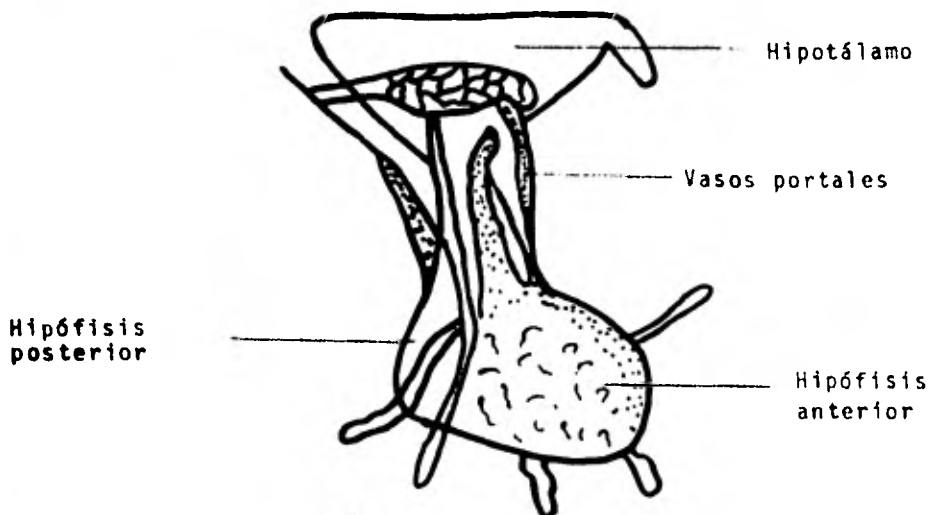


Fig. 6. La hipófisis y sus dos lóbulos

(18) WILLIAM F. Ganong, Fisiología médica, México, Ed. El Manual Moderno, 1971, p. 338.

La hormona estimulante del tiroides. La tiroides - formada por dos lóbulos situados a los lados de la tráquea - y unidos entre sí por tejido que forma el istmo tiroideo y colocado por delante de la tráquea, su función es regular y estimular el consumo de oxígeno y todos los procesos metabólicos celulares por todas las células del cuerpo, si la tiroides no produce suficiente hormona se produce una enfermedad llamada hipotiroidismo, la que afecta a la mujer lactante con disminución en la secreción lactea, la hormona tiroidea es esencial para los ciclos menstruales normales y la fertilidad.

Las glándulas suprarrenales. Localizadas en el extremo superior de cada riñón, están compuestas de dos capas; una interna la corteza, y externa la médula. Cada una secreta diferentes hormonas, la corteza adrenal produce los corticosteroides cuya función es hacer que el organismo reaccione al calor y frío, ayuda al organismo a combatir infecciones, controla el nivel de la glucosa y sales de la sangre, también se producen en pequeñas cantidades esteroides sexuales como son: progesterona, estrógenos y andrógenos. Los hombres producen hormonas femeninas y las mujeres hormonas masculinas en pequeñas cantidades. La médula adrenal secreta dos hormonas, la epinefrina y la norepinefrina cuya función es adaptar al cuerpo en una situación de stress y se activa su secreción en situaciones de miedo o ira.

El páncreas. Situada entre la base del estómago y la concavidad formada por la primera parte del intestino (duodeno). El páncreas produce dos hormonas, la insulina y el glucagón. La insulina regula el uso de azúcar por las células cuando hay demasiada insulina se produce en el organismo bajos niveles de glucosa en sangre (hipoglucemia), si los niveles fueran demasiado bajos puede producirse pérdida de la conciencia (shock insulínico). Lo contrario cuando hay poca insulina hay altos niveles de glucosa en sangre -- (hiperglucemia), lo que es signo de Diabetes mellitus.

La hormona del folículo estimulante. Es responsable del crecimiento precoz de los folículos ováricos en la mujer. La hormona luteinizante es responsable de la maduración final de los folículos ováricos y de la secreción de estrógenos por ellos, siendo responsable también de la ovulación, de la formación inicial del cuerpo lúteo y de la secreción de progesterona. La prolactina inicia la secreción de leche de las glándulas mamarias. La hormona del crecimiento, acelera el crecimiento del cuerpo.

La actividad hormonal de la mujer está influenciada por el medio, la herencia y la salud, produciendo cambios físicos y psíquicos, preparando a la mujer para la procreación.

Hormonas del ovario. Secretan estrógenos que son producidos en los folículos ováricos siendo sus funciones; - mantener el funcionamiento normal del útero trompas y ovarios, así como la actividad uterina y muscular; hacer crecer el tejido adiposo de los pechos, y conductos lácteos; - son básicos para la aparición y desarrollo de las características sexuales secundarias en la pubertad, así como de la distribución adiposa alrededor de la cadera y parte superior de los muslos; son responsables de la textura de la piel; mantiene el tono de los vasos sanguíneos; y el buen funcionamiento de las mucosas orales y nasales.

La progesterona. Hace producir en el endometrio una secreción importante para la implantación, nutrición y desarrollo del huevo fecundado, funciona también a nivel de las glándulas mamarias haciendo que los lóbulos y alvéolos se desarrollen. Inhibe la secreción cervical del moco.

Andrógenos. Son precursores de los estrógenos y su acción en el organismo gemenino, es actuar en el desarrollo del vello axilar y pubiano y la prevención de la disfunción orgásmica femenina (frigidez).

Relaxina. Su acción es relajante y así actúa en la relajación de la sínfisis pubiana, en la musculatura del útero, produce efecto paralizante en las contracciones, reblandecimiento y dilatación cervical.

Actividad hormonal en el hombre. La testosterona es la principal hormona masculina que producen los testículos - su secreción y producción está estimulada por la hormona luteinizante y la hormona estimulante de las células intersticiales (HECL). Es responsable de las características sexuales masculinas, incluyendo el crecimiento de los órganos genitales (pene, escroto, testículos) actúa además sobre la piel tornándola gruesa, en la distribución del vello y tejido adiposo del cuerpo, durante la pubertad engruesa la voz, es necesaria para el desarrollo y mantenimiento de la libido en ambos sexos, también interviene en el metabolismo proteico.

E. MEDIDAS PARA FAVORECER LA SALUD FISICA Y MENTAL EN LA EDAD REPRODUCTIVA DE LOS SERES HUMANOS

En cada etapa del desarrollo físico y mental del individuo deben ser satisfechas todas las necesidades en forma positiva, para lograr un nivel normal de maduración en la sexualidad.

En los preescolares

Favorece la salud física

Enseñarles medidas de higiene personal en forma natural, sin ser exigentes o tolerantes con ellos.

Proporcionarles juguets de acuerdo a su edad y sexo para evitar accidentes.

Darles la alimentación que contenga los nutrientes requeridos según su edad y peso.

Proporcionarle ropa acorde a la edad y clima en que vive el niño.

Cuidar su estado de salud mediante la vigilancia médica periódica.

Favorece la salud mental

Facilitar que los pequeños se conozcan desnudos y responder a sus dudas de acuerdo a su edad y comprensión.

El lenguaje que se utilice con ellos es muy importante, sobre todo en los castigos o complejos de castración.

A ambos debe enseñarseles - (niño-niña) pudor en defensa de su intimidad y no como tendencia a ocultarse de algo vergonzoso.

No deben ser criticados y comprender y hacérselos saber sobre la importancia de identificación con el sexo-opuesto, pero sin exagerar esto ni provocarlo.

Deben ser vestidos de acuerdo a su edad y sexo.

Favorecen la salud física

Suministrarle los recursos inmunoterápicos que le protejan de enfermedades infecciosas.

Favorecen la salud mental

Evitar que vean maniobras -- eróticas entre esposos pero si propiciar aquellas muestras de cariño que les unan más.

En los escolares

Enseñarle los nombres y funciones de los genitales tanto del hombre como de la mujer.

De preferencia deben enviarse a escuelas mixtas para que terminen de reafirmarse en su sexo y aprendan a desarrollar sus capacidades y aceptar las diferencias entre ambos sexos.

Inculcarles hábitos de limpieza y arreglo personal -- así como de orden, disciplina y puntualidad.

Dar orientación a sus hijos sobre: la menstruación, eyaculación, relaciones sexuales, parto. Correspondiendo esto a los padres y maestros del mismo sexo.

Proporcionarles: alimentos, juegos, distracciones de acuerdo a su edad y sexo.

Cuando se les sorprenda teniendo juegos sexuales que simulen la conducta adulta (acostarse juntos, besarse) -- los padres deben adoptar indiferencia e invitarles a otros juegos, teniendo la precaución de no asociar esta conducta con maldad (19).

Adolescentes

La higiene y cuidado personal en esta época, lo hacen sentirse seguro consigo mismo y con los demás.

Etapa en que los padres deben desarrollar hacia el hijo apoyo, comprensión y tolerancia -- que le ayuden a vivir plenamente su individualidad.

(19) GONZALEZ G. Salvador. Apuntes de educación sexual a la comunidad. Centro de salud mental "San Rafael".

Favorecen la salud física

La alimentación debe cuidarse, para equilibrar el gasto de energías propias de esta edad.

La vigilancia médica debe continuar para vigilar la salud, o para recibir orientaciones positivas sobre la conducta sexual.

La capacitación profesional u ocupacional debe empezarse enseñándole responsabilidad.

Tomar parte en deportes escolares o con amistades teniendo en cuenta que lo principal es competir aunque no siempre se gane.

Favorecen la salud mental

Deben saber actuar en una forma correcta durante su noviazgo, pero a la vez informarle como satisfacer su libido por medio del trato con otras personas del sexo contrario.

Lectura obligada de libros accesibles y adecuados cuya información satisfaga la curiosidad sexual de esta época.

Debe aprender a valorar sus relaciones con otras amistades dándose a respetar y respetar a su vez.

Vigilancia del círculo de amistades por medio del conocimiento de éstas.

En cuando a la masturbación ha de encauzarse la energía natural de esta edad hacia actividades como reuniones en casas familiares para jugar, estudiar, bailar, actividades que le servirán para desahogar los impulsos propios de esta época, ya que la masturbación es una descarga natural del impulso sexual (20).

(20) MONROY de Velasco, Anameli. Nuestros niños y el sexo. México, Ed. Pax-México, 1976, p. 135.

Adulto joven

Favorecen la salud física

Orientaciones positivas sobre anatomía y fisiología en general, y en especial sobre el aparato genital masculino y femenino.

Conocimiento sobre las enfermedades venéreas para preservar a su descendencia y asimismo de los síntomas y reacciones de dichas enfermedades.

Tener información general sobre el embarazo, parto, aborto y planificación familiar.

Tener conocimiento sobre las variantes de la conducta sexual.

Asistir a reuniones, fiestas, paseos, convivencias con matrimonios o personas de su misma edad.

Favorecen la salud mental

Orientación sobre lo que es el matrimonio y lo que exige éste de cada uno de los conyuges, la responsabilidad familiar de cada miembro, para saber encauzar la vida en general incluyendo la sexual y poder lograr armonía, paz y felicidad.

Conocer que las normas morales son medidas que se han tomado en general, para prevenir que nazcan hijos fuera de la protección del matrimonio, que lastime a otras personas o a uno mismo.

Para protegerse y comprender la conducta de las personas que presentan dichas variantes.

Para lograr la unidad entre sí y con los demás.

Adulto maduro

Recibir conocimientos sobre anatomía y fisiología en lo referente al aparato reproductor y genitourinario y las diversas enfermedades y síntomas relacionados con ellas.

Conocer y comprender los factores que alteran la involución sexual masculina (por parte de la mujer) y femenina (por parte del hombre), para que la armonía conyugal no se perturbe. Como son: -

Favorecen la salud física

Favorecen la salud mental

Entender que en caso de contraer enfermedades venéreas y no venéreas, pero si en relación con los genitales, ambos cónyuges deben recibir tratamiento.

Preocupación por la profesión o problemas económicos, fatiga física (demasiado trabajo), enfermedades físicas (de ambos), fatiga mental (estudio), enfermedades mentales (de uno u otro), Monotonía de las relaciones sexuales (21)

La menopausia aumenta el impulso sexual, ya que al desaparecer la menstruación se pierde el miedo a quedar embarazada (22).

El cuidado personal, el mantener una buena figura son básicos para sentirse segura en esta época en que los caracteres sexuales secundarios disminuyen de volumen.

Senectud

Recibir orientación sobre los cambios fisiológicos (en esta década de la vida) durante la deficiencia hormonal postmenopáusica, tanto en el hombre como en la mujer.

Canalización de la tensión sexual acumulada, hacia actividades; sociales, religiosas, manuales.

La higiene personal y cuidar el estado de salud mediante la vigilancia médica es importante en ellos ya que están propensos a las enfermedades por disminución de sus defensas.

Comprender los factores que impiden que la mujer senil no satisfaga sus relaciones sexuales (si es casada) mayor edad del esposo, enfermedades que imposibiliten las relaciones sexuales, imposi-

(21) MASTERS, William H. y Virginia E. Johnson. Respuesta Sexual Humana. Buenos Aires, Ed. Inter-Médica, 1976, p. 235.

(22) MASTERS, William H. y Virginia E. Johnson. op. cit. - 1976, p. 217.

Favorecen la salud física

Favorecen la salud mental

bilidad de relaciones extramaritales, y la longevidad - dispareja de la pareja. Además que la frecuencia de las relaciones o la actividad automanipulativa es de poca importancia si la pareja goza de buena salud y están activos y adecuados a la sociedad (23).

F. PROBLEMAS DE SALUD MATERNO INFANTIL EN MEXICO

El embarazo y el parto en una mujer son una secuencia que siempre se han considerado como un desarrollo fisiológico normal. Pero las cifras actuales de morbilidad materna e infantil nos dice que no es así, ya que cursan en sus diferentes estadios con complicaciones que terminan en la muerte de uno u otro, y a veces de ambos.

1. El embarazo etapas y cuidados

Embarazo estado funcional particular en la vida de la mujer fecunda, que se inicia en la concepción y termina en el parto.

a. Etapas del embarazo

Fecundación, nidación, implantación, crecimiento y expulsión del producto de la concepción y anexos.

b. Cuidados durante el embarazo

Los cuidados de la mujer embarazada variarán de acuerdo a su edad, constitución física, estado de salud, nutrición, número de embarazos previos, y antecedentes obstétricos, pero en general son los siguientes:

(23) MASTERS, William H. y Virginia E. Johnson. op. cit. - 1976. p. 219.

1) Atención prenatal:

Historia clínica. Primera etapa en la empatía entre obstetra y paciente que servirá para obtener datos importantes personales y familiares para el cuidado prenatal óptimo de la paciente.

Exámenes de laboratorio. Que se realizan al inicio del embarazo son: hematócrito y hemoglobina para saber el estado anémico materno, que se repetirá posteriormente si es necesario dándose tratamiento. Fórmula blanca para descartar una posible infección si se sospecha que exista. Determinación del Rh materno y tipificación del grupo sanguíneo. VDRL o prueba serológica para la sífilis en donde la madre recibe un tratamiento adecuado si éste resulta positivo, para prevenir en el feto la presentación de sífilis congénita. Examen general de orina en el que se busca proteína y glucosa. Papanicolaou o diagnóstico precoz de neoplasias cancerosas genitales.

2) Consultas subsecuentes y exploraciones

Deben ser cada mes hasta el séptimo mes (32 semanas), cada dos semanas hasta el octavo mes (36 semanas), y después de este tiempo cada semana hasta el momento del parto o con más frecuencia si hubiera complicaciones. En cada consulta se pregunta por el estado general de la paciente y cualquier molestia (edema, cefalea, hemorragias); se le pesa y registra con el fin de evitar un aumento o disminución de peso. Toma y registro de tensión arterial. Examen abdominal en el que se mide la altura del útero para saber el progreso del embarazo; hacia la semana 32 se estimara la presentación, así como en la exploración vaginal si existe encajamiento del producto, aunque la exploración se acepta si hay sangrado; la exploración vaginal también proporciona datos valiosos como un parto rápido o posibilidad de una inducción.

2. Causas por las que se debe consultar al médico - en cualquier momento

Presentación de hemorragia transvaginal, edema de cara y miembros inferiores, cefalea, visión borrosa, dolor abdominal, vómitos frecuentes y persistentes, disuria y salida de líquido por vagina.

3. Molestias leves del embarazo normal

Dorsalgia. La mayoría de las mujeres embarazadas sufren o se quejan de presentar dolor lumbar, después de caminar mucho o de haber hecho un esfuerzo. Tales molestias ceden o disminuyen al usar la paciente cama dura para dormir, uso de faja de maternidad, calor, masajes y analgésicos, uso de zapatos con tacón bajo para equilibrarse y ayudar a enderezar la columna lumbar, si la dorsalgia persistiera a pesar de tales indicaciones, será conveniente el examen ortopédico.

Náuseas y vómitos. Los presenta la embarazada por las mañanas y con frecuencia en los tres primeros meses de embarazo, la causa de tales molestias no está definida, aun que influyen mucho los estados psicológicos para agudizarlos hasta tener que internar a la embarazada cuando éstos son persistentes. Tales estados son: conflictos, rechazo del embarazo, ansiedad. Se recomienda que tome alimentos secos en poca cantidad, evitando alimentos grasosos y condimentados, tomando el agua entre comidas para evitar la deshidratación.

Sialorrea. La secreción de saliva solo causa problemas en la embarazada cuando es excesiva, desapareciendo en los últimos meses del embarazo.

Pirosis. Molestia que se presenta con ardor y que resulta de la regurgitación del contenido gástrico hacia el esófago, se cree que se debe al desplazamiento del estómago y a una disminución de la motilidad gastrointestinal ocasionado por el crecimiento del útero.

Leucorrea. Durante el tiempo de embarazo hay un aumento del flujo vaginal que se debe a los cambios hormonales y fisiológicos del cuello uterino a nivel glandular. Si la secreción se hace molesta y persistente se le recomienda a la paciente hacerse lavados perineales frecuentes, o irrigaciones a poca presión con agua acidificada con vinagre.

Polaquiuria. Ocasionada en el primer y último semestre del embarazo por el crecimiento del producto y la presión que ejerce sobre la vejiga.

Cefalea. Las presenta en primero y tercer semestre del embarazo no conociendo aún con certeza la causa que la ocasiona, teniendo tratamiento sintomático.

Constipación y hemorroides. Las venas hemorroidales son frecuentes de aparecer durante el primer embarazo de la mujer, ocasionado por la presión que ejerce el útero grávido y la disminución del retorno venoso, así como al estreñimiento, provocando dolor al defecar. El tratamiento consiste en aplicar pomadas anestésicas, compresas húmedas calientes y purgantes, los síntomas desaparecen en el puerperio.

4. Cuidados en general

Baño. Debe tomarlo diariamente, en regadera evitando la tina por el peligro de caer.

Ejercicio. La mujer embarazada debe hacer sus tareas habituales sin llegar al agotamiento, puede caminar y tomar su tiempo de reposo.

Vestido. Usar vestidos holgados, evitando todo que le cinda o impida la circulación, el zapato debe ser de tacón medio, y usará faja solo que haya molestias lumbares o abdomen péndulo.

Alimentación. En la mujer embarazada la dieta debe ser equilibrada incluyendo en ésta, carne, huevos, leche, verduras, frutas y cereales. Para que el peso que gane no pase de 8 a 10 kilos, y el hijo nazca en buenas condiciones físicas, por lo que debe de seguir las indicaciones médicas y éstas serán de acuerdo a su edad, salud y peso.

Sueño y reposo. Debe dormir en esta época cuando menos 9 horas diarias en una habitación bien ventilada, en el día debe descansar recostándose siguiendo también indicaciones del médico de acuerdo a su estado general.

Tabaco y alcohol. Ambos deben eliminarse durante el tiempo del embarazo ya que éstos influyen en el producto haciendo que tenga bajo peso al nacer, o presente síntomas de supresión alcohólica.

Relaciones sexuales. Están permitidas hasta el octavo mes del embarazo si no hay contraindicaciones, y se evitan cuando haya amenaza de aborto o parto prematuro. Por lo que es recomendable llevarlas a cabo según indicaciones del obstetra.

Higiene mental. El ambiente que rodee a la mujer embarazada así como su estado físico general deben ser óptimos, ya que ambos contribuyen a que la salud mental y actitud hacia el embarazo sea normal y sano, y le haga esperar al hijo feliz y confiada; ya que un ambiente hostil puede causar ansiedad y temor durante el embarazo haciendo que muchas veces éste termine en una patología. O que factores como situación económica, estado civil, influyan de una manera negativa en el individuo aún antes de que éste sea concebido, al no ser deseado o aceptado; las buenas relaciones interfamiliares son pues fundamentales para el desarrollo y crecimiento del ser concebido (24).

Consultas médicas periódicas. Como ya se mencionó - deben ser de acuerdo a su estado general y evolución del embarazo.

5. El recién nacido características y cuidados

"Recién nacido normal es el fruto de un embarazo de término, que se adapta satisfactoriamente a los requerimientos fisiológicos de la vida extrauterina" (25).

a. Características anatomofisiológicas

Generalmente el recién nacido mide entre 48 y 52 centímetros, habiendo diferencias marcadas entre los distintos segmentos, siendo su cabeza grande en proporción con sus miembros que son cortos y delgados, presenta ésta un cabalgamiento óseo, lo que le permitió su amoldamiento a través del canal del parto, presenta suturas sin soldar siendo de importancia clínica la fontanela anterior o bregma para va-

- (24) MONOGRAFÍAS de la Asociación Mexicana de Psiquiatría-Infantil. I Desarrollo Infantil Normal. México, 1976 p. 12
- (25) SCHWARCZ Ricardo, Obstetricia, Buenos Aires, Ed. Librería El Ateneo, 1974, p. 314.

lorar problemas interacraneanos si esta distendida o grado de deshidratación si está depresible.

Su cara es proporcionalmente menor que el cráneo y sus maxilares se desarrollan con la aparición de las primeras piezas dentarias.

Su tórax tiene la forma de tonel y alargado todo el tronco.

La cicatriz umbilical está en el centro de la región abdominal.

El cabello es abundante, presentando también lanugo en diversas partes del cuerpo.

Las uñas son firmes y sobrepasan el borde distal de los dedos.

El pabellón auricular es firme por la presencia de cartilago.

La respiración es la función más importante que el recién nacido debe realizar, ya que en el útero materno ésta se efectuaba a través de la placenta, donde sus movimientos estaban limitados, ahora él debe hacer esfuerzos para efectuar la primera expansión respiratoria que logre despejar los alveolos y se efectúe la primera entrada de aire oxigenado, iniciándose el intercambio gaseoso, los movimientos respiratorios difieren en profundidad y frecuencia debido a que las costillas de éste se encuentran perpendiculares al eje del cuerpo impidiendo que el tórax se expanda bien, por lo que es el diafragma el que actúa haciendo que la respiración del recién nacido sea de tipo abdominal e interviniendo los músculos abdominales en ella también.

Temperatura. Es después del nacimiento igual que en la madre, disminuyendo en término de horas por lo que se le debe abrigar.

Peso y descenso fisiológico del peso. El peso promedio del recién nacido difiere en muchos autores pero en general se acepta de 3 a 3.5 kg. como peso promedio según Va-

lenzuela; el descenso ocasionado por los diferentes factores: insuficiente alimentación, respiración, la irradiación cutánea, eliminación de excretas, la dificultad para metabolizar sus alimentos, hacen que pierda en los tres primeros días un 10% del peso al nacer, el que es recuperado al décimo día aproximadamente ayudado por una alimentación láctea o la toma del calostro.

Ictericia fisiológica. Durante la primera semana de vida en el recién nacido se destruyen glóbulos rojos fetales ya que al nacer los trae en exceso, al destruirse liberan hemoglobina que se convierte en bilirrubina y como su hígado aún es inmaduro absorbe el pigmento, pero, es mayor la cantidad de éste y su capacidad funcional no es lo suficientemente madura para transformarlo, pasando a la sangre donde es distribuido a través de todos los tejidos, ocasionando el tinte icterico fisiológico del recién nacido, el que aparece después del segundo día causando patologías en el estado general del recién nacido, su intensidad será acentuada si se destruyeron muchos glóbulos rojos y si la función del hígado es muy deficiente, sus mucosas y excretas también presentan coloración, desapareciendo dichos síntomas al término de quince días.

Sistema nervioso. En el recién nacido debe buscarse respuesta neuromuscular mediante estímulos o excitadores externos, y los reflejos más importantes en él son; el de succión, deglución, faríngeo, el de Moro, plantar, palmar, el de apoyo y de marcha, etc., el de Moro tiene dos reacciones en la primera el niño extiende los miembros superiores hacia afuera y hacia arriba, en la segunda hacia adentro en actitud de abrazar, y sus miembros inferiores en flexión sobre los muslos y éstos sobre el abdomen, se obtiene golpeando con ambas manos la superficie en que está apoyado el bebé. Algunos autores refieren que si está presente este reflejo estarán los de succión y deglución. El reflejo faríngeo cuando se irrita el paladar y se encuentra, provoca una arcada. El plantar es positivo cuando los dedos de los pies se flexionan, y el palmar los dedos de la mano tienen movimientos de prensión. Los reflejos de apoyo y marcha se buscan sujetando al recién nacido por las axilas y poniéndolo erecto si se apoya es positivo éste, y si inicia movimientos semejantes a los de caminar es positivo el de marcha.

Funciones digestivas. La capacidad del estómago del recién nacido es de 20 a 25 cm³ y la acidez es muy alta -- siendo elevada la secreción de pepsina y disminución la de lipasa y amilasa. El intestino es grande y sus movimientos

peristálticos son intensos. El hígado es grande con deficiente funcionamiento observado por la ictericia fisiológica, la hipoprotrombinemia, etc., en el páncreas los islotes de Langerhans están desarrollados, pero los ácinos glandulares no, lo que ocasiona deficiente secreción de lipasa y amilasa. Las primeras evacuaciones son verde oscuro, tirando a negro, gomosas y sin olor llamadas meconio y pueden ser una o varias; importando su aspecto y consistencia. Cuando al recién nacido se le alimenta con biberón sus evacuaciones cambian a un color amarillo naranja y olor ácido, o amarillo oro y grueso si el niño es alimentado al pecho materno.

Circulación. El recién nacido modifica su circulación fetal por la propia al momento de ligarle el cordón umbilical, para que se inicie la circulación pulmonar es necesario que se cierre el conducto arterioso, el agujero de Botal y los vasos del cordón umbilical, así el corazón aumenta su ritmo y potencia diferenciándose ahora la circulación izquierda de la derecha. El número de pulsaciones en el recién nacido es variable llendo de 130 a 180 por minuto. Su presión arterial es de 80/40 a 90/50. Como la circulación periférica del recién nacido es lenta se observan en éste cianosis distal de pies y manos aunque el volumen sanguíneo sea normal, en cada contracción en corazón bombea 50 cm³ de sangre, al destruirse los glóbulos rojos se hacen más pequeños y menos numeroso teniendo de 4.500.000 a 5.000.000 por milímetro cúbico, leucocitos de 15.000 a 10.000 por milímetro cúbico, plaquetas 200.000 por milímetro cúbico. Su protrombina se encuentra muy baja lo que ocasiona la propensión a las hemorragias.

Función renal. La primera función la efectúa el recién nacido dentro de sus primeras 24 horas de vida y como elimina uratos en gran cantidad la orina deja un color ocre en el pañal lo cual es normal, la mayor parte de las personas llegan a pensar que es sangre.

b. Cuidados en el recién nacido

1) Inmediatos:

1°. Aspiración de flemas para liberar las vías respiratorias superiores.

2°. Aplicación de oxígeno a bajas concentraciones -

(2 a 4 l x) hasta que la coloración de la piel sea sonrosada.

3°. Ligar bien el cordón umbilical, su curación debe hacerse diario con alcohol, dejando una gasa empapada en el ombligo hasta su caída que generalmente ocurre entre los 4 y 10 días, por momificación y desprendimiento espontáneo.

4°. Limpiar su piel, tomar somatometría, toma de temperatura rectal para valorar permeabilidad anal y aseo general de acuerdo a sus condiciones generales.

5°. Aplicar método de Crede o gotas que contengan neomicina u otro antimicrobiano en cada ojo, para evitar la oftalmia purulenta.

6°. Identificación de acuerdo a las políticas de la institución.

2) Mediatos

1°. Tomar somatometría completa, baño con aceite o agua corriente de acuerdo a sus condiciones generales.

2°. Vigilar sangrado de región umbilical, reforzando la ligadura en caso necesario y hacer las curaciones diarias hasta su desecación y caída.

3°. Controlar temperatura en incubadora; con lámparas o simplemente abrigándolo de acuerdo a sus condiciones generales.

4°. Acostarlo en cuna individual y mantenerlo en reposo y sólo manejarlo para alimentación e higiene, no sacudirlo ni mecerlo.

5°. Ayuno las primeras seis a doce horas de vida, pero iniciar lo más pronto que se pueda su hidratación, y posteriormente su alimentación con fórmula recetada teniendo cuidado de hacer que eructe para evitar regurgitaciones o broncoaspiraciones.

6°. Abrigarlo de acuerdo a la temperatura ambiente- y estado general del bebé.

7°. Cambio de pañal y aseo para evitar el eritema - anal.

6. CARACTERISTICAS Y NECESIDADES PSICOLOGICAS Y SOCIALES

Para que el recién nacido pueda crecer y desarrollar se tanto física como psíquica y socialmente, en forma óptima necesita vivir en un medio que tenga los factores siguientes: hogar organizado, alimentación suficiente y adecuada, abrigo físico y afectivo emocional, educación, atención médica preventiva y oportuna atención médica curativa y rehabilitación. Faltándole cualquiera de estos elementos el niño se encuentra en abandono afectivo, enfermo o inválido, - desnutrido y desamparado. El niño abandonado carece de éstos elementos, aunque se toman en cuenta el factor economía cultura, higiene, el medio familiar y social y de la comunidad, mencionándose diferentes clases de abandono en los niños (25).

El niño expósito es aquel que se regala o abandona - en la vía pública.

El niño huérfano que carece de padres o que teniendo los lo han abandonado.

Hijos de madres solteras que la mayor parte del tiempo viven solos, por necesidad la madre los deja para buscar el sustento diario.

Niños mendigos que son explotador por los adultos.

Niños desnutridos que carecen en el hogar de alimentos o que no les dan.

Niños rechazados afectivamente, la mayor parte de estos niños viven bien, faltándoles el cariño que sus padres-

26) VALENZUELA, Rogelio H. Manual de pediatría. México. - 1975, p. 31.

no les proporcionan por tener su tiempo ocupado en otros me
nesteres.

Niños de hogares desorganizados provenientes de hogaros en que el padre o la madre viven a expensas de la familia, son alcohólicos, o simplemente de padres separados.

Niños maltratados son aquellos niños no deseados, rechazados, de padres exrremadamente rígidos o con problemaspatológicos.

En México tenemos diversas instituciones que dan servicio de asistencia médico social y educativa dedicados a los niños, y a la familia a través de los programas y actividades materno-infantiles como son: IMSS, IMAN, ISSSTE, de Hacienda, El Centro Materno-Infantil "General M. Avila - Camacho", Casas de cuna, Guarderías, Centros de orientación nutricional, INPI actualmente DIF, etc..

Ya vimos lo que es necesario para que el niño crezca bien, también es importante todo ello porque es su etapa de crecimiento y formación, e integración de su personalidad y su adaptación al medio ambiente y a las diversas situaciones.

El niño es dependiente ya que para satisfacer sus ne
cesidades elementales necesita de otras personas siendo tales necesidades de orden físicas, psíquicas y educativas.

a. Necesidades físicas:

Para poder sobrevivir, las necesidades físicas que ne
cesita satisfacer son: las de alimentación, abrigo y pre
vención contra los elementos externos.

b. Necesidades psíquicas:

Tales necesidades las va a satisfacer por medio del amor, cuidado y protección y los estímulos de atención, interés y aceptación de parte de las personas mayores especialmente sus padres.

Si estas necesidades no son satisfechas se crea en el pequeño inseguridad y angustia, comprometiéndose más -- cuando el niño es rechazado o sobreprotegido por padres posesivos y autoritarios, como vemos el crecimiento y forma -- ción normal o patológica se genera dentro del seno familiar, y sus diversas manifestaciones de conducta son: (27)

Llanto excesivo. Cuando no hay patología y el llanto es persistente, denota una necesidad no satisfecha, como puede ser, quedarse con hambre, manejo brusco y grosero por parte de la madre, etc..

Alteraciones de la conducta motora. Que se manifiesta por inquietud constante, golpes continuos y repetidos de su cabeza contra la cuna, o movimientos rotatorios de esta, dichas actitudes manifiestan la falta de afecto.

Problemas de alimentación. Son patentes a través de vómitos o rechazo del alimento y originados por prisas en alimentarlo o repudio al hacerlo, hostilidad demostrada al alimentarlo y no cargarlo o al hacerlo manejándolo con brusquedad.

Trastornos del sueño. Manifestados por despertar -- llorando.

c. Necesidades educativas:

Las necesidades educativas serán satisfechas por medio de la enseñanza de: conocimientos, valores, normas -- éticas, costumbres, por medio de la educación formal o programada y la enseñanza de la vida en un grupo social.

(27) Subsecretaría de Asistencia, Dirección General de -- Atención médica materno-infantil. Primer informe de actividades.

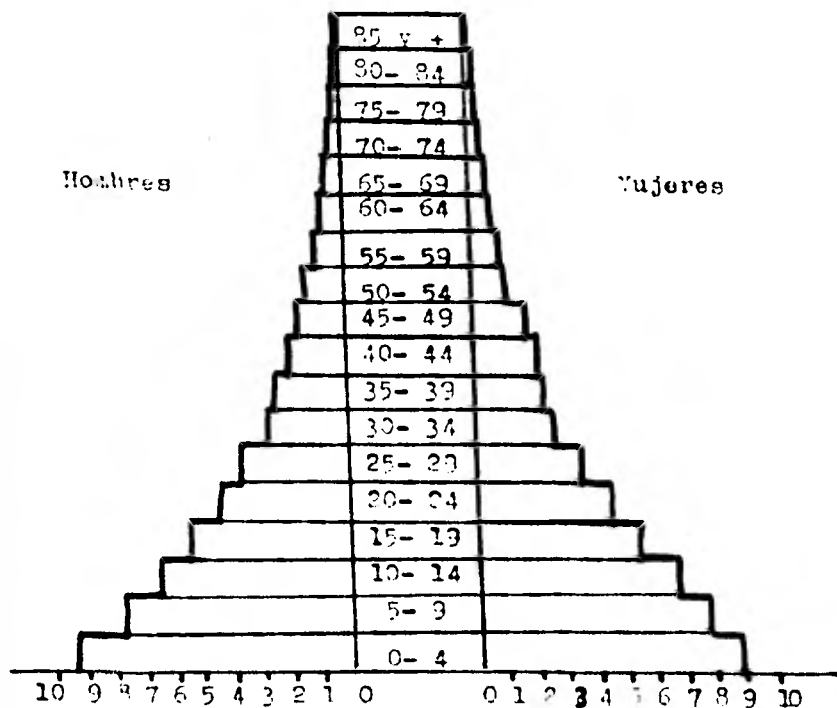
7. DATOS DEMOGRAFICOS RESPECTO A LA POBLACION MATERNO-INFANTIL EN EL PAIS

C U A D R O 1
Población Estados Unidos Mexicanos

Entidad	Sexo	E d a d e s						
		-1 1-14	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34
México	Masculino	5 807 405	4 801 947	4 092 187	3 410 672	2 765 634	2 228 671	1 802 992
	Femenino	5 591 800	4 626 069	3 943 740	3 280 119	2 673 318	2 173 890	1 777 129
		35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69
	Masculino	1 482 992	1 238 443	1 013 711	786 818	581 963	457 915	380 730
	Femenino	1 476 456	1 243 625	1 033 356	815 680	614 951	491 827	414 434
		70-74	75-85 y +					
	Masculino	284 758	330 294					
	Femenino	315 013	341 365					

FUENTE: Demographic Yearbook Annuaire Demographique
United Nations New York, 1977, p. 176-177

G R A F I C A 1
Estructura por edades y sexo
Estados Unidos Mexicanos
1974



Porcentaje distribución relativa

FUENTE: Demographic Yearbook, Naciones Unidas, 1976, Consejo Nacional de Población, Breviario 1978, p.18.

"El comportamiento pasado de la mortalidad, la fecundidad y la migración no solo determina la estructura por edad y sexo de una población, sino que también imprime su influencia en la dinámica futura. Es un hecho básico el rejuvenecimiento de la población a partir de 1940, lo que propicia a su vez la continuidad de un rápido crecimiento. En 1940 la población menor de 15 años representaba el 41.2% y para 1978 se incrementó al 45.6%". (Breviario 1978, p. 29).

8. TASAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN MEXICO

C U A D R O 2
CAUSAS PRINCIPALES DE MORTALIDAD MATERNA EN LA REPUBLICA MEXICANA 1970

No.	Causas de defunción	Tasa
1	Hemorragias del embarazo y parto	3.09
2	Toxemia del embarazo y puerperio	1.92
3	Sepsis del embarazo, parto y puerperio	1.19
4	Aborto	0.77
5	Otras complicaciones del embarazo parto y puerperio	7.33

Nota: Tasa por 10,000 nacidos vivos

FUENTE: Dirección Bioestadística S.A.

C U A D R O 3

DEFUNCIONES Y TASAS DE MORTALIDAD, AGRUPADAS DE ACUERDO
A LA LISTA "A", OCTAVA REVISIÓN DE LA CLASIFICACION
INTERNACIONAL DE NEFERMEDADES. 1971-1973

Nomenclatura	1971	1972	1973
Complicaciones del embarazo del parto y del puerperio	3 266 0.6	3 065 0.6	3 048 0.5
Toxemias del embarazo y del puerperio	409 0.1	373 0.1	430 0.1
Hemorragias del embarazo y del parto	662 0.1	670 0.1	601 0.1
Aborto inducido por razones admitidas legalmente	2 0.0	2 0.0	3 0.0
Otros abortos y los no espe- cificados	171 0.0	177 0.0	193 0.0
Sepsis del parto y del puerperio	278 0.1	236 0.0	240 0.0

Nota: Tasas de mortalidad (por 10,000 habitantes)

FUENTE: Anuario Estadístico 1978 S.P.P.

Como vemos en el cuadro anterior algunas complicaciones maternas tuvieron sus bajas sobre todo en aquellas en que se puede hospitalizar a la paciente y prevenir complicaciones secundarias, aun en las tres últimas en que la mayoría de las pacientes ocurren a las instituciones de salud cuando es materialmente imposible hacer algo por ellas. Disminuyeron las tasas, claro está que esto es solo de datos que se obtienen en las instituciones, no así de los casos clandestinos. Actualmente con los adelantos técnicos, médicos y de desplazamiento serán menores las cifras de complicaciones maternas y por ende de mortalidad.

9. TASAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD INFANTIL EN MEXICO

C U A D R O 4

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION DE MENORES DE UN AÑO.
EN LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1974

NO.	Causas de defunción	No. defunciones	Tasa
1	Neumonías, influenza y otras infecciones respiratorias - agudas	34 852	1 337
2	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	28 141	1 079
3	Causas de morbilidad y de la mortalidad perinatales	22 026	884.7
4	Enfermedades del corazón	2 467	94.6
5	Las demás anomalías congénitas	2 438	93.5
6	Bronquitis, enfisema y asma	2 201	84.4
7	Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	1 970	75.6
8	Accidentes envenenamientos y violencias	1 676	64.3
9	Tosferina	1 243	47.7
10	Meningitis	920	35.3

Nota: La mortalidad general está calculada por 1000 y la específica por 100 000

FUENTE: Estadísticas Vitales de los E.U.M. 1974 Dirección de Bioestadística, S.A.

Las enfermedades de la primera infancia tienden a reflejar según la importancia de la defunción el nivel socio-económico de los habitantes, ya que por descuido a veces y otras por falta de recursos simples catarros se complican hasta llegar al fallecimiento. Le sigue en orden de impor-

tancia las enfermedades hidricas tan comunes en esta edad - por malas técnicas de alimentación y preparación de los alimentos del lactante; por parte de la madre malos hábitos higiénicos tanto personales como de costumbres.

Es notoria la aceptación de los padres de familia hacia las inmunizaciones de sus hijos, pues en 1970 dichas enfermedades estaban dentro de las primeras cinco causas de defunciones y para 1974 han descendido notablemente.

10. RECURSOS DISPONIBLES PARA LA ATENCION MATERNO INFANTIL EN MEXICO

a. Para la atención de la salud

Para el binomio madre e hijo se cuentan con los siguientes recursos y sistemas asistenciales.

- a. Hospitales generales
- b. Hospitales de especialización
- c. Institutos de rehabilitación
- d. Centros materno infantiles
- e. Clínicas de consulta externa
- f. Guarderías
- g. Internados y hospicios
- h. Hogares colectivos o albergues
- i. Ciudades de niños
- j. Dispensarios
- k. Desayunos escolares
- k. Educación pública a través de la asistencia escolar primaria
- m. Adopciones

C U A D R O 5
 RECURSOS MATERIALES DE LOS SERVICIOS MEDICOS POR INSTITUCIONES EN
 LA REPUBLICA MEXICANA
 1970

Instituciones	Consultorios	Laboratorios Análisis Clínicos	Gabinetes de radio- grafías	Quirofanos	Salas de Ex- pul- sión	Bancos de san- gre	Áreas de Ur- gencia	Camas de Ur- gen- cias	Cunas Recien- Naci- dos En- fermos	Incuba- doras
S. S. A.	3202	244	283	390	713	26	--	223	3316	315
IMSS	4996	202	223	368	318	64	--	1012	4071	884
ISSSTE	--	75	30	55	29	11	--	131	225	79
Ferrocarriles N. de México	232	1	--	34	2	1	--	1371	110	26
Srfa. de la De- fensa Nacional	167	21	20	28	13	13	23	--	27	29
Petróleos Mexi- canos	507	13	13	27	16	--	16	494	73	44
Sria de Marina	79	7	8	13	12	2	66	318	40	11
Instituto Nacio- nal Indigenista	23	1	-	-	-	-	-	-	-	-
D D F r.	166	23	24	47	5	-	-	-	53	104
Particulares	1815	212	421	1012	720	68	-	552	4916	1123
Otros	597	67	91	160	109	38	-	233	837	233
T O T A L	11784	866	1113	2134	1937	223	105	4334	13668	2848

FUENTE: Dirección General de Estadística, SIC. y Encuesta Directa, Ing. J. L. Tamayo

b. Educativas

C U A D R O 6
 ESCUELAS, MAESTROS Y ALUMNOS EN EL NIVEL ELEMENTAL,
 POR ENTIDAD FEDERATIVA. INICIACION DE CURSOS EN
 EL AÑO LECTIVO 1972-1974

Entidad federativa	Nivel elemental					
	Preescolar			Primaria		
	Esc.	Maes.	Alum.	Esc.	Maes.	Alum.
México	265	857	37 602	2 572	19 863	945 497

FUENTE: SIC. SEP. Estadísticas Educativas 1968-1974, México

C U A D R O 7
 ESCUELAS, GRUPOS Y ALUMNOS EN EL NIVEL MEDIO, POR ENTIDAD
 FEDERATIVA INICIACION DE CURSOS EN EL AÑO LECTIVO
 1973-1974

Entidad Federativa	Nivel medio					
	Ciclo básico			Ciclo superior		
	Esc.	Grup.	Alum.	Esc.	Grupo.	Alum.
México	351	2 372	109 481	26	217	12 271

Nivel normal		
Escuelas	Grupos	Alumnos
17	101	4 199

FUENTE: SIC. SEP. Estadísticas Educativas 1968-1974, México.

C U A D R O 8
 INSTITUCIONES, ESCUELAS, MAESTROS Y ALUMNOS EN EL NIVEL
 SUPERIOR, POR ENTIDAD FEDERATIVA INICIACION DE CURSOS
 EN EL AÑO LECTIVO 1973-1974

Entidad Federativa	Nivel superior			
	Instituciones	Escuelas	Maestros	Alumnos
México	6	23	1 100	7 172

FUENTE: SIC. SEP. Estadísticas Educativas 1968-1974, México

Estos niveles son para formar a los grupos de personas que pasado el tiempo crearán una familia, y los cuales ya están recibiendo los beneficios de la educación actual - que los prepara y da información para poder enfrentarse a - todas las necesidades y problemas de la época actual.

En cuanto a los recursos humanos ya se ha capacitado personal que labora en las unidades de salud, y así mismo - se ha adiestrado a las parteras empíricas en número de 1316 en todo el país por medio de la Confederación Nacional Campesina y el Instituto Nacional de Protección a la Infancia- (28) y todo en beneficio del binomio madre-hijo.

c. Recreativas

Cada institución mencionada y la asistencia social - en cuanto al binomio madre-hijo, fomentan las actividades - para todos los componentes del núcleo familiar dotando a es- tos clubes para las madres, Centros de orientación familiar, Deportivos, Casinos para los padres y agrupaciones deporti- vas para los jóvenes.

(28) Subsecretaría de Asistencia, Dirección General de A - tención médica Materno-infantil. Primer informe de - actividades.

G. VARIANTES DE LA CONDUCTA SEXUAL

Las variantes de la conducta sexual al paso del tiempo y en diferentes culturas han recibido diversas denominaciones: perversiones, desviaciones, aberraciones, anomalías, y la última citada por McCary variación. Tales variantes comprenden la:

Heterosexualidad: Se expresa entre un hombre y una mujer dicha conducta, terminando en relación sexual entre ellos.

Homosexualidad. Es la relación sexual entre individuos de un mismo sexo. En épocas antiguas dicha variante era exaltada y practicada como una cosa natural, actualmente no es así ya que en unos países es aceptada abiertamente y en otros no.

Frouterismo: Lo obtiene el individuo al procurarse placer sexual rozando o frotándose a una persona deseada, pero sin querer efectuar el coito, y operan o se les encuentra en lugares públicos donde hay aglomeraciones como en el metro, cine, servicio urbano, etc..

Sadismo: Variante sexual en la que el placer sexual se obtiene causando dolor físico a su pareja sexual. Se puede decir que una fuente segura del sadismo es el complejo que se forma o amenaza que se cierne sobre el individuo que es encontrado jugando con sus genitales y al cual se le castiga o condena, desahogando en su etapa adulta mediante castigos esta hostilidad que le formaron sus progenitores de pequeño, castigos que muchas veces se convertirán en actos de crueldad o asesinatos, pero sin llegar a la cópula ya que el placer lo alcanza con solo matar a su víctima.

Exhibicionismo: El placer sexual de este sujeto, está ligado al hecho de mostrar sus genitales; sin el propósito de llegar a una provocación del acto sexual, el grado de placer será de acuerdo a la reacción de la persona ante la cual se muestra. El comienzo de esta conducta está presente en el individuo que deseando obtener atención y no lo logra espera llamarla por este medio (29).

Vouyerismo: Estas personas sólo experimentan placer

(29) LESLIE McCary James, Sexualidad humana, Ed. El Manual Moderno, S.A., México, 1976. p. 215.

sexual en la contemplación del cuerpo femenino desnudo, o haciéndolo a través de la observación secreta o escondida, según los psicoanalistas el fondo de esta variante se produce en el individuo cuando accidentalmente desde pequeños observan el acto sexual entre sus padres (30).

Bucalismo sexual. El cunnilingus o estimulación oral de la vulva y el felatio o estimulación oral del pene son dos variantes de la conducta sexual aceptadas entre las personas, sólo como parte del juego amoroso previo a la culminación del acto sexual.

Transvestismo: En tal variante el individuo obtiene el placer sexual al vestirse con ropas del sexo opuesto, el inicio de esta conducta la provocan los padres del individuo en su niñez al no aceptar el sexo del hijo que no está acorde con el deseado por ellos, vistiéndole y arreglándolo conforme al sexo deseado para su hijo (31).

Paidofilia: Variable de la conducta sexual común en nuestro país así como el incesto, propiciado en familias de bajo nivel socioeconómico por vivir en hacinamiento y promiscuidad, y constituye una forma de placer que obtienen los adultos en relaciones sexuales con los niños. Esto a nivel hospitalario es muy importante que lo tome en cuenta la enfermera para encamar a pacientes adultos con adultos y a niños o lactantes con personas de su propia edad, ya que se han consumado casos en que un lactante es violado por el enfermo adulto de junto.

Zoofilia: Variante de la conducta sexual en la que se obtiene el placer acariciando a los animales o al observar las actividades sexuales de los animales, se dice que es común entre las personas que viven en granjas, aunque también se puede observar en personas que vivan solas con animales en ciudades urbanas (32).

Necrofilia: El individuo obtiene el placer sexual a la vista de un cadáver o al tener relaciones sexuales con él. En México tuvimos un caso muy sonado por la publicidad que le dieron, sobre esta variante en la conducta del estudiante Gregorio Cárdenas.

(30) LESLIE McCary James, Op. cit., p. 216

(31) LESLIE McCary James, Sexualidad Humana, Ed. El Manual Moderno, S.A. México. p. 217

(32) LESLIE McCary James, Op. cit., p. 226

Gerontofilia: Se deriva esta conducta sexual del afecto sexual que demuestra una persona joven respecto a otra de mayor edad.

Masoquismo: Es la variación inversa del sadismo en la que el individuo acepta los malos tratos de su compañero tanto en lo físico como en lo mental con tal de obtener placer sexual por este medio.

Incesto: En nuestro país se define "consiste en tener relaciones sexuales los ascendientes con sus descendientes o tenerlas entre sí los hermanos" (33), se castiga el incesto como delito en defensa de la moralidad de la familia ocurriendo con más frecuencia y teniendo como causas las anotadas en pädofilia.

Prostitución: Comercio sexual que una mujer hace por lucro, de su propio cuerpo. En esta variante las causas de tal comercio se dividen en dos grandes grupos; causas internas que provienen de la constitución del individuo y las externas que provienen del medio ambiente. Entre las externas los factores predisponentes son la miseria, la promiscuidad, familias desorganizadas, y la educación moral recibida (34).

Pornografía. Esta variante daña al individuo en el sentido de que sobrevalora lo erótico, convirtiéndolo en un valor absoluto y en una razón de su vida, fomentando la libido en los jóvenes, formando mentes aberrantes y todo tipo de variantes sexuales (35).

1. DISFUNCIONES O INCAPACIDADES SEXUALES

Para comprender que es y en que consisten tales disfunciones veamos primero cual es la conducta sexual humana normal.

a. Conducta sexual normal

La conducta sexual normal comprende una gran variedad

- (33) SOTO Pérez Ricardo, Nociones de Derecho Positivo Mexicano, Ed. Esfinge, S.A., México, 1975, p. 107
 (34) NOGUER Moré J. Diccionario enciclopédico de la educación sexual, II tomo, Ed. Aura, Barcelona, p. 181.
 (35) NOGUER Moré J. Op. cit., p. 159.

dad de acciones, y se considera dentro de todo el contexto de la personalidad del individuo teniendo como fines principales la reproducción, la demostración de cariño hacia el compañero, y el alivio de la tensión sexual, para satisfacer dichas necesidades la pareja pone en práctica los preliminares del juego sexual y propiciar un ajuste sexual armonioso y placentero para ambos (36).

b. Preludio amoroso o juego sexual

Importante fase para que ambos cónyuges alcancen las metas descritas arriba, debe tener como marco, un lugar agradable, agradable, condiciones físicas adecuadas, actitud de agrado y ser correspondido por medio de cariño, ternura, amabilidad, aumentando las expresiones sexuales con besos, caricias, caricias sexuales, teniendo un cuerpo y ropa limpios que agrade a la pareja, preliminares que deben ir aúdos con contacto o estimulación genital, que deben preceder a las relaciones sexuales o cópula sexual (37).

c. Fases de la respuesta sexual humana (38)

Excitación. Se inicia al recibir el individuo un estímulo sexual adecuado, esta fase es variable en tiempo y la respuesta será de acuerdo al estímulo recibido, a la disponibilidad de la persona que la recibe, así como del lugar y estado anímico.

Meseta. Si el estímulo recibido continua se efectúan cambios musculares, respiratorios, de coloración de la piel, lubricación vaginal, aumentando los niveles de tensión sexual.

Orgasmo. Es una respuesta característica que se traduce en "contracciones rítmicas de la musculatura vaginal en la mujer, que favorecen la movilización de la sangre acumulada durante las fases anteriores en el aparato genital", en el hombre el orgasmo provoca la eyaculación.

- (36) SOLOMON Philip, Manual de Psiquiatría. Ed. El Manual Moderno, S.A., México. 1972. p. 159
- (37) SOLOMON Philip, Op. cit., p. 159
- (38) NETTER Albert, Educación sexual, Ed. Salvat Editores, S. A. México, 1973, p. 40.

Resolución. Fase última en que disminuye la tensión muscular y vasocongestión pélvica acumulada en las fases anteriores. "Esta fase es distinta en ambos sexos" ya que mientras la mujer puede ser estimulada y empezar otro ciclo de respuesta sexual inmediatamente, el hombre necesita de un tiempo prudente para poder ser estimulado nuevamente y tener otra respuesta sexual.

d. Ciclos de la respuesta sexual humana:

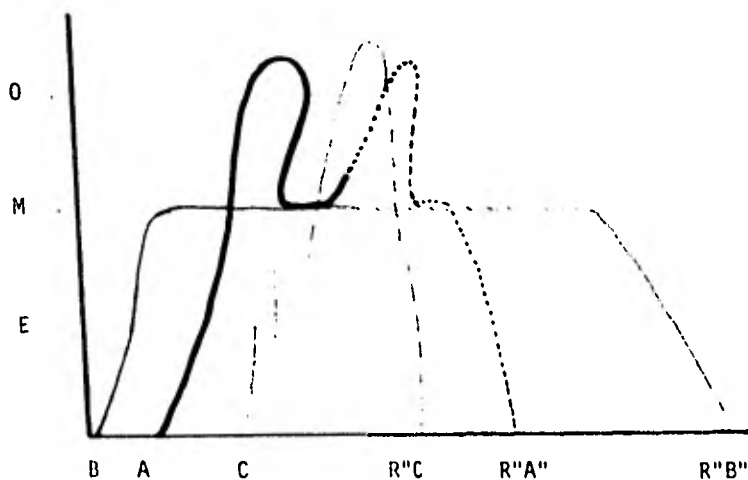


FIGURA 7. Ciclo de la respuesta sexual femenina. Tomado de Fugarte-Woods, Nancy; Sexualidad Humana en Medicina. Ed. Marin, S.A. México p. 5.

A. Respuesta sexual femenina en que la mujer experimenta orgasmos múltiples, con un período de resolución relativamente rápido.

B. Es un ciclo no orgásmico en el que se observan varios puntos máximos en la fase de meseta y tiene un período de resolución más prolongado.

C. Ciclo en el cual la excitación se ve interrumpida o distraída con un orgasmo intenso y con una resolución muy rápida.

Como se observa en los diferentes ciclos femeninos - existen estímulos que inhiben el desarrollo normal de la - respuesta sexual humana como son: la interrupción brusca - de una persona en la habitación, voces, un ruido brusco, - cambio en la intensidad de la luz, la ansiedad y la angustia (de quedar embarazada), temor al fracaso por parte del hombre.

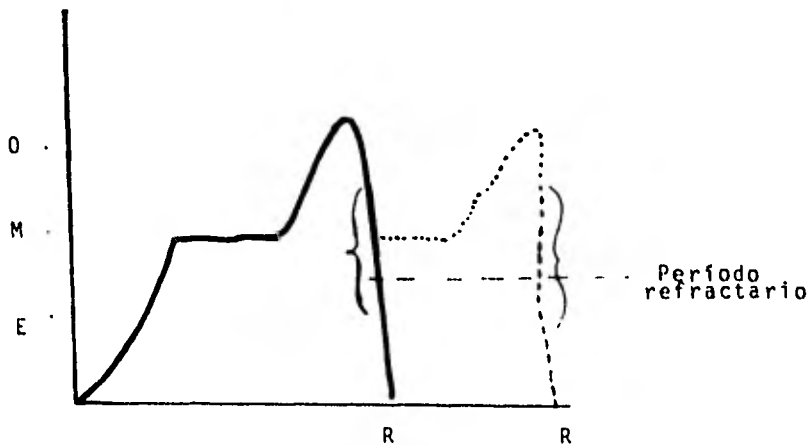


FIGURA 8. Ciclo de la respuesta sexual masculina. Tomado de Fugarte Woods Nancy; Sexualidad humana en medicina, Ed. Marin, S.A. México, p. 4.

En el ciclo de la respuesta sexual masculina el período refractario solo se presenta en él, siendo éste un estado de renuencia a excitarse inmediatamente después del orgasmo, ya que el placer se tornaría en una sensación molesta e ineficaz. Mientras que la mujer no lo presenta, y tiene la capacidad de que si es estimulada sexualmente (en forma adecuada) puede retornar a las fases iniciales de la respuesta sexual y presentar más orgasmos (39).

2. DISFUNCIONES SEXUALES EN EL HOMBRE

Las disfunciones comprenden la impotencia, disfunción eyaculatoria e incompetencia eyaculatoria.

Impotencia: Es la incapacidad del varón en lograr y mantener una erección con el poder suficiente que le permita llevar a cabo el coito, presentándose esta disfunción en forma primaria o secundaria (40).

a. Primaria

Comprende a los individuos que nunca han tenido una erección, presentándose dicha incapacidad desde las primeras experiencias amorosas. Los especialistas en la materia dicen que las raíces de esta disfunción están en una influencia materna inadecuada, en una educación moral y religiosa muy estricta o en una experiencia desagradable con una prostituta, patología que si se repite puede llevar al individuo a una neurosis crónica.

b. Secundarias:

Se manifiestan en el individuo que habiendo tenido coitos adecuados y satisfactorios se encuentra con el deseo y procurando una satisfacción tiene erección normal y en una forma progresiva o bruscamente desaparece. Las causas que producen la impotencia son muchas y variadas; afecciones patológicas o trastornos neuropsíquicos como esta última que generalmente se inicia en la infancia, el exceso de bebidas alcohólicas, dominio inmoderado de los padres del individuo desde su niñez, lo estricto de la religión, etc., (41)

(39) FUGARTE Woods Nancy, Sexualidad Humana en Medicina, Ed. Marín, S.A. México, p. 12

(40) LESLIE McCary James, Sexualidad Humana, Ed. El Manual Moderno, S.A. México. 1976. p. 198

(41) LESLIE McCary James, Op. cit., p. 200

Disfunción eyaculatoria o prematura: El control de la eyaculación o la falta de la misma está relacionado con el autoentrenamiento o con factores emocionales y no a condiciones físicas del pene, ya que los centros que controlan la erección y la eyaculación son distintos. Las causas de la eyaculación prematura es ocasionada por factores emocionales o psicológicos, o en nuestro tiempo tan ajetreado puede estar precedida por cansancio, estados de stress o haber tenido un período de abstinencia sexual prolongado, o lo contrario una preparación sexual precoz larga (42).

Incompetencia eyaculatoria: Disfunción que consiste en una erección y penetración óptima pero en la que el individuo no puede eyacular mientras su pene se encuentra en la vagina de su cónyuge, tiene su causa en diversos factores - como: aversión a la esposa, el convivir con otras personas en un espacio reducido, el temor de ser descubiertos por -- los hijos, etc., (43).

3. DISFUNCIONES SEXUALES EN LA MUJER

En la mujer las disfunciones sexuales comprenden la disfunción orgástica femenina (frigidez), la dispareunia y el vaginismo.

Disfunción orgástica femenina. Es el concepto que se denota cuando una mujer en sus relaciones sexuales no pasa de la fase de meseta (44), las causas de la disfunción puede ser fatiga, enfermedades crónicas, malnutrición, vejez, ignorancia en las técnicas del coito, o en las técnicas del preludio amoroso, repudio al esposo por haber disminuido o apagado el amor plátonico, el compartir la habitación con niños u otras personas, o simplemente por los tabús que se llevan al matrimonio respecto al sexo, y acto sexual, sea cual fuese la causa de la disfunción la consulta médica debe abarcar a ambos cónyuges para una orientación y tratamiento positivo.

Dispareunia. Es el coito doloroso y lo sufre el hombre y la mujer, siendo más común en esta última, se clasifica en primaria y secundaria.

(42) Ibidem, p. 203

(43) LESLIE McCary James, Sexualidad Humana, Ed. El Manual Moderno, S. A. México. 1976. p. 205.

(44) LESLIE McCary James, Op. cit., p. 206

a. Primaria

Por lo general ocurre en la noche de bodas provocada por la tensión, ignorancia y miedo a las primeras relaciones sexuales, es el hombre el cuasante de ello debido a su poca delicadeza de penetrar a su cónyuge, ya sea por tener esta un himen rígido que dificulte la desfloración en los primeros intentos o por una lubricación vaginal inadecuada-precoital.

b. Secundaria:

Como causas secundarias se puede presentar después del primer parto como resultado de una episiotomía mal cicatrizada, por retroflexión del útero, en las mujeres postmenopausicas la sequedad y adelgazamiento de la mucosa vaginal origina dificultad en la penetración teniendo que usar lubricantes, posterior a una violación traumática, temor de quedar embarazada sobre todo si no se desea el hijo, adversión al marido que generalmente es ocasionado por las primeras relaciones o a problemas ginecológicos ya existentes por lo cual como ya se anoto la revisión y orientación médica debe ser para ambos (de ser posible prematrimonial).

Vaginismo: Contracción dolorosa de los músculos que rodean la vagina haciendo imposible el coito. Masters cita como causa principal del vaginismo de la mujer la impotencia del hombre que frustra al cónyuge quien como medio de protección inconsciente provoca estos espasmos musculares - (45).

4. ANOMALIAS DE LOS ORGANOS SEXUALES Y PADECIMIENTOS SEXUALES:

Las enfermedades venéreas se transmiten mediante las relaciones sexuales entre una persona sana y una enferma - (46).

(45) LESLIE McCary James, Sexualidad Humana, Ed. El Mensual Moderno, S.A., México, 1976. p. 211

(46) PODAIR Simon, Las enfermedades venereas, Ed. Pax - México. México. 1966. p. 11.

a. Principales padecimientos sexuales:

1) Gonorrea: Enfermedad infecciosa que afecta principalmente a las membranas mucosas del aparato genitourinario recto y cervix, y en ocasiones los ojos de los lactantes (47). Siendo el agente trasmisor de la enfermedad la Neisseria o gonococo de Neisser cuyo periodo de incubación es de tres días predominando esta enfermedad en el hombre ya que en la mujer la mayor parte de las veces los síntomas no los advierte, el recién nacido adquiere la oftalmia gono cócica en el momento de nacer.

Síntomas en la mujer:

1. Inflamación de la vulva y enrojecimiento
2. Inflamación de la uretra con urgencia y frecuencia para orinar.
3. Inflamación del cuello de la matriz y de las trompas de Falopio.
4. Inflamación de las glándulas de Skene y Bartholin.

Síntomas en el hombre:

1. Prurito o comezón uretral
2. Dolor y ardor a la micción
3. Urgencia y frecuencia para orinar
4. Flujo purulento uretral

El diagnóstico se hace por medio de un frotis del exudado purulento urogenital, y la técnica de anticuerpos fluorescente.

Las complicaciones son: epididimitis, artritis dolorosa, conjuntivitis, infecciones cutáneas, estas complicaciones

(47) HOLVEY. David N. El Manual Merck, Ed. Merck Sharp & Dohme Research Laboratories, E.U.A. 1974. p. 1304.

ciones son en el hombre. En la mujer absceso agudo de las glándulas de Bartholino e infección persistente de los conductos de Skene, como resultado de la infección ascendente se produce endocervicitis, endometritis, salpingitis gonocócica crónica que lleva a una esterilidad. Y la oftalmia gonocócica en el recién nacido.

El tratamiento es a base de penicilina siendo el médico el que determinará la dosis necesaria de acuerdo a los resultados de los análisis, y cuando la persona es alérgica a la penicilina él determina también el medicamento conveniente.

2) Sífilis. Enfermedad con una fase infecciosa precoz y propenciones granulomatosas posteriores, cuyas manifestaciones son principalmente mucocutáneas, mientras las tardías pueden extenderse a cualquier órgano o sistema orgánico (48). El agente trasmisor es el *Treponema pallidum* que tiene forma de tirabuzón, siendo el período de incubación de 10 a 90 días. El curso clínico tiene tres períodos y cada uno de ellos comprende una etapa diferente, después del contagio entre diez y noventa días la primera manifestación externa es una pequeña úlcera que presenta en su base una induración por lo que recibe el nombre de chancro duro, y se forma en las mucosas genital, rectal o bucal según sea el sitio por donde hayan penetrado los microbios, no sangra, no supura, no es dolorosa, solo produce una ligera reacción ganglionar regional al cabo de tres semanas; en esta etapa son fácilmente transmitidos por el contacto sexual ya que se encuentran las espiroquetas en abundancia en el chancro. El chancro desaparece sin curarse pero las espiroquetas se hacen resistentes.

Las manifestaciones secundarias aparecen después del chancro y duran de 2 a 6 semanas y son: máculas y una erupción no pruriginosa, lesiones de color nacarado que se presentan en las mucosas genitales, dolor de garganta, cefalea, fiebre, las manifestaciones de esta etapa pueden pasar desapercibidas por el paciente al confundirlas con otro tipo de enfermedades; como simples catarros, alergias, etc., de 5- a 30 años más tarde se pueden presentar lesiones tardías graves e incapacitantes y aún mortales, las lesiones graves de la sífilis se presentan a nivel de la aorta, del sistema nervioso central, y del esquelético.

(48) HOLVEY, David N. El Manual Merck, Ed. Merck Sharp & Dohme Research Laboratories, E.U.A. 1974. p. 1307.

El diagnóstico oportuno de la sífilis se hace por medio del estudio serológico VDRL que mide la cantidad de reagína en la sangre, ésta es una sustancia que produce el cuerpo humano como respuesta a la invasión de la espiroqueta.

3) Sífilis durante el embarazo. La invasión del treponema en la placenta ocurre después de la 18ava. semana de gestación. Cuando la madre padece ya o contrae la sífilis infecciosa durante el embarazo, existe gran probabilidad de muerte del feto o de infección congénita (49).

Trastornos que la sífilis puede producir en un bebé:

- a. Daño a los ojos y a los oídos.
- b. Deformaciones de los dientes, de la boca o de la cara.
- c. Deformaciones en los huesos.
- d. Un hígado aumentado de tamaño.
- e. Urticarias persistentes.
- f. Daño al cerebro (50).

El niño no podrá ser infectado en útero si la madre no tiene sífilis. Muchas veces el bebé de una mujer sífilítica nace muerto, cuando una mujer gestante sífilítica se cura el peligro pasó para la criatura a no ser que se vuelva a reinfectar la embarazada. Así pues la sífilis no es una enfermedad hereditaria y sólo se trasmite al producto cuando la madre es contagiada antes o durante el primer trimestre de su embarazo.

El tratamiento es también a base de penicilina y la dosificación varía de acuerdo a la fase de enfermedad en la madre.

No son las únicas enfermedades venéreas, pero sí al menos las más comunes en nuestro país. Existen también padecimientos que afectan ambos aparatos reproductores del hombre y la mujer, y que tienden a agravarse durante las relaciones sexuales y son: Tricomoniasis, Moniliasis, verrugas venéreas, dermatosis de la región genital, escabiasis y pediculosis genital, herpes genital, vaginitis, cistitis, -

(49) HOLVEY, David N. El Manual Merck. Ed. Merck Sharp & Dohme, Research Laboratories, E.U.A., 1974. p. 1316.

(50) PODAIR, Simón. Las enfermedades venéreas. Ed. Pax-México. México, 1966, p. 26.

epididimitis, prostatitis, etc.

b. Anomalías en los órganos sexuales

Las anomalías de los órganos genitales sexuales es -
tán considerados como casos raros, ocasionados por factores
hereditarios, constitucionales o postnatales. Entre los -
trastornos tenemos: el priapismo, los pólipos, quistes, --
hipospadias, fimosis, varicocele, hematocele, cistocele, --
criptorquidia, neoplasias de los ovarios con sus cambios en-
los caracteres sexuales secundarios, atrofas, anomalías -
congénitas, sangrados uterinos anormales, hermafroditismo,-
etc. (51).

5. PROBLEMAS SEXUALES MAS COMUNES EN LA MUJER Y EL HOM-
BRE EN NUESTRO PAIS

a. Enfermedades venéreas

A pesar de los avances médicos, de los medios masi -
vos de comunicación y de transporte, las enfermedades vené-
reas en vez de disminuir aumentan o se hacen resistentes a
los recursos curativos, es una responsabilidad que concier-
ne a los integrantes del equipo de salud como a la comuni -
dad en general el hacer que esta incidencia disminuya, pues
de otro modo ningún presupuesto sería demasiado para poder-
controlar y curar o al menos prevenir los problemas físicos
y mentales derivados de éstas, en 1977 en nuestro país fue-
ron notificados 20,558 casos de Blenorragia en toda la Repú-
blica con una tasa de 31.8 x 100 000 habitantes y de sífi -
lis 8 548 con una tasa de 13.2 x 100 000 habitantes (véase-
cuadro), registrándose dichos casos durante los doce meses
del año como se observa en el cuadro 10. La Blenorragia -
cursó con una morbilidad descendente y ascendente comprendi-
das dichas curvas entre los años 1967 a 1977, siendo la des-
cendente de 1967 a 1970 y la ascendente de 1971 a 1977 in-
terrupta ésta por una baja en 1976 (52).

- (51) LESLIE McCary James. Sexualidad Humana. Ed. El Manual
Moderno, S.A., México. 1976, p. 256.
(52) SALUD PUBLICA DE MEXICO, Epoca V. Volumen XX. No. 6 -
Noviembre-diciembre de 1978.

C U A D R O 9
 INCIDENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
 1977

Núm.	Enfermedad	CIE	OMS	No. Casos	Tasa por 100 000 hab.
11	Blenorragia (gonorrea)	098.0	0981	20 558 (2)	31.8
15	Tricomoniasis urogenital	(131)		14 208 (1)	22.0
19	Sífilis	(090-097)		8 548 (2)	13.2
43	Oftalmia purulenta	(898.2)		282 (1)	0.4
44	Otras enf. venéreas	(099)		246 (1)	0.4

FUENTE: S.S.A.

- (1) Informe semanal de enfermedades trasmisibles.
 (2) Programa Nacional de Vigilancia epidemiológica de las enfermeda -
 des venéreas.

C U A D R O 10
 CASOS NOTIFICADOS DE ENFERMEDADES VENEREAS
 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
 1977

No.	Enfermedad	Enero	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.
2	Blenorragia	1 477	1 514	1 687	1 555	1 802	1 818
22	Sífilis todas formas	459	605	881	630	613	822
		Jul.	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
2	Blenorragia	1 877	1 837	1 795	1 781	2 054	1 366
22	Sífilis todas formas	657	837	724	772	1 060	488

FUENTE: Forma SSA Epi-1-65 (Informe semanal de enfermedades transmisibles y programas nacionales de vigilancia epidemiológica, Dirección General de Epidemiología, S.S.A.)

C U A D R O 11
 MORBILIDAD⁽⁺⁾ POR ENFERMEDADES VENEREAS
 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
 1967-1977

No.	Enfermedad	Clave	OMS	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977
1	Blenorragia	098.0	098.1	30.5	26.7	27.0	23.4	26.2	27.2	29.5	30.9	31.5	27.4	31.8
2	Sifilis todas formas	090-	097	33.2	31.3	25.0	22.4	24.1	21.3	17.9	15.8	15.0	12.9	13.2

FUENTE: Salud Pública de México, Epoca V. Vol. XX. No. 6 Nov-Dic. 1978. p. 805.

(+) Por 100 000 hab.

C U A D R O 12
MORTALIDAD POR ENFERMEDADES VENEREAS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
1966-1977

No.	Enfermedad	Clave	OMS	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977
1	Blenorragia	D98.0	098.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	.....	.....
2	Sífilis todas formas	09D	097	0.6	0.5	0.4	0.3	0.5	0.9	0.5	0.3	0.2	.....	.....
3	Sífilis congénita		090	0.3	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.2	0.2	0.1	.....	.....

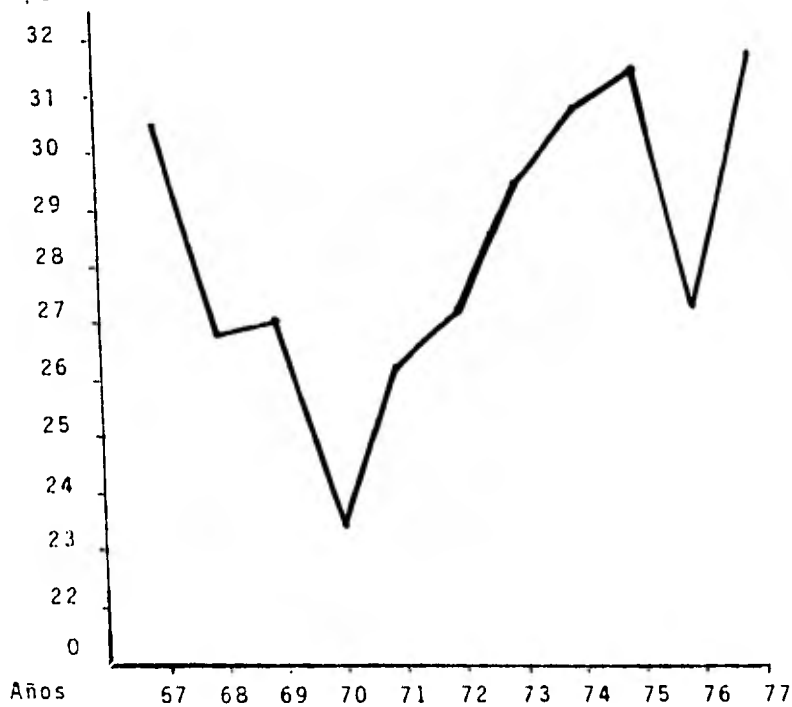
FUENTE: Salud Pública de México, Epoca V. Vol. XX. No. 6, Nov-Dic. 1978. p. 815.

(...) No se dispone de datos.

G R A F I C A 2

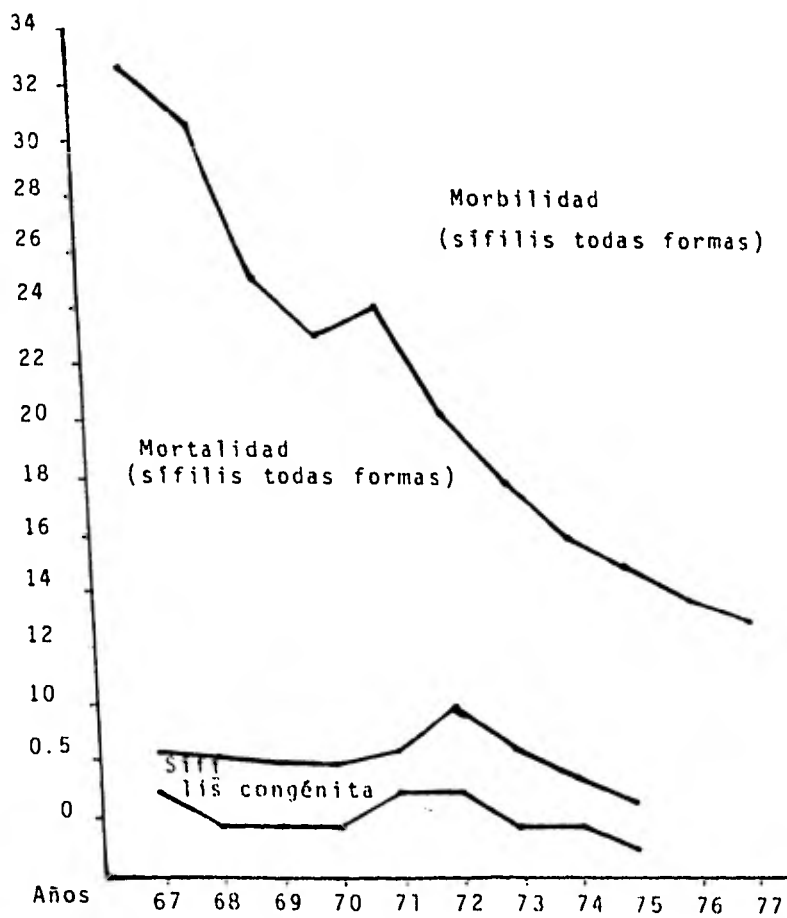
MORBILIDAD POR BLENORRAGIA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
1966-1977

Tasa por 100 000 hab.



FUENTE: Cuadros 11 y 12.

G R A F I C A 3
 MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR SIFILIS
 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
 1967-1977



FUENTE: Cuadros 11 y 12
 Tasa por 100 000 hab.

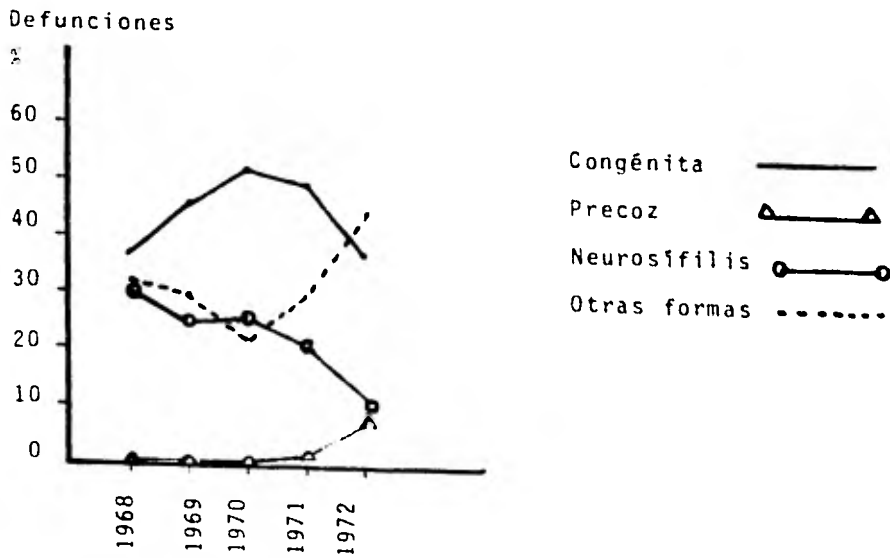
En cuanto a la sífilis, la curva de morbilidad y - mortalidad tiende a descender, la gráfica abarca toda forma clínica de sífilis y la congénita. Especialmente en esta - última los más afectados son los niños menores de un año cuyas muertes son las más numerosas.

C U A D R O 13
DEFUNCIONES POR DIFERENTES FORMAS DE
SIFILIS
MEXICO 1968 - 1972

Año	Congénita		Precoz		Neurosífilis		Otras Formas	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
1968	91	37	0	0	77	30	81	33
1969	85	46	6	0	44	24	55	30
1970	86	52	4	0	40	25	37	23
1971	123	49	11	1	46	20	74	30
1972	168	37	40	8	39	9	211	46

FUENTE: Dirección General de Bioestadística y CS, S.S.A.

G R A F I C A 4
DEFUNCIONES POR SIFILIS
REPUBLICA MEXICANA
1968 - 1972



FUENTE: Dirección General de Estadística y CS, S.S.A.

Datos recientes de mortalidad en la República Mexicana por sífilis (1975), reportan 119 casos con una tasa de $0.2 \times 100\ 000$ hab. distribuidos de la siguiente manera (53):

Años:	-1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65 y más
	46	2	3	2	15	23	28

Estos datos son los registrados, pero ya sabemos que la mayoría de las defunciones no son asentadas, teniendo como diagnóstico primario la enfermedad real sino por causas secundarias, lo cual dificulta realmente saber las cifras verdaderas. Pues basándonos en las cifras reportadas por la S.S.A., tan sólo en el Distrito Federal los casos serían mucho más.

C U A D R O 14

MORBILIDAD POR BLENORRAGIA Y SIFILIS EN EL D.F.

Años	Blenorragia		Sífilis	
	Casos	Tasa por 100 000 hab.	Casos	Tasa por 100 000 hab.
1968	1 360	19.10	4 928	75.64
1969	1 447	21.50	3 722	55.10
1970	1 119	17.20	3 099	44.50
1971	1 172	16.38	3 650	50.90
1972	1 225	16.48	3 198	43.07
1973	947	12.16	2 045	26.65
1974	964	12.30	2 024	25.50
1975	807	9.25	2 005	24.48
1976	816	9.43	1 513	17.84
1977	826	9.45	1 428	16.33
1978	...	....	1 723	18.00

FUENTE: Campaña Nacional contra las enfermedades venéreas (1950-1961)- Oficina de Estadística de la Dirección General de Salubridad-- en el Distrito Federal.

(53) Tabulaciones de la Dirección General de Bioestadística 1975 de la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados.

b) Divorcios

La familia es la base de la sociedad constituida - por un hombre y una mujer y en una segunda fase los hijos.- Cuando algo no marcha bien en ella, se busca la solución en la separación que muchas veces o en la mayoría el perjuicio se ha hecho a los hijos y a ambos cónyuges siendo el factor para que afloren en ellos las neurosis, la delincuencia, - odios, impotencias, enuresis, dislalias, falta de cariño, - pleitos, etc., la separación de los cónyuges es mejor a vivir en un ambiente que daña a todos física y psíquicamente. En México las tasas de divorcios no son tan altas por preferirse (sea voluntariamente o a fuerza) la separación o el abandono del hogar con la mujer y los hijos sin recurrir a una oficina del registro civil.

C U A D R O 15

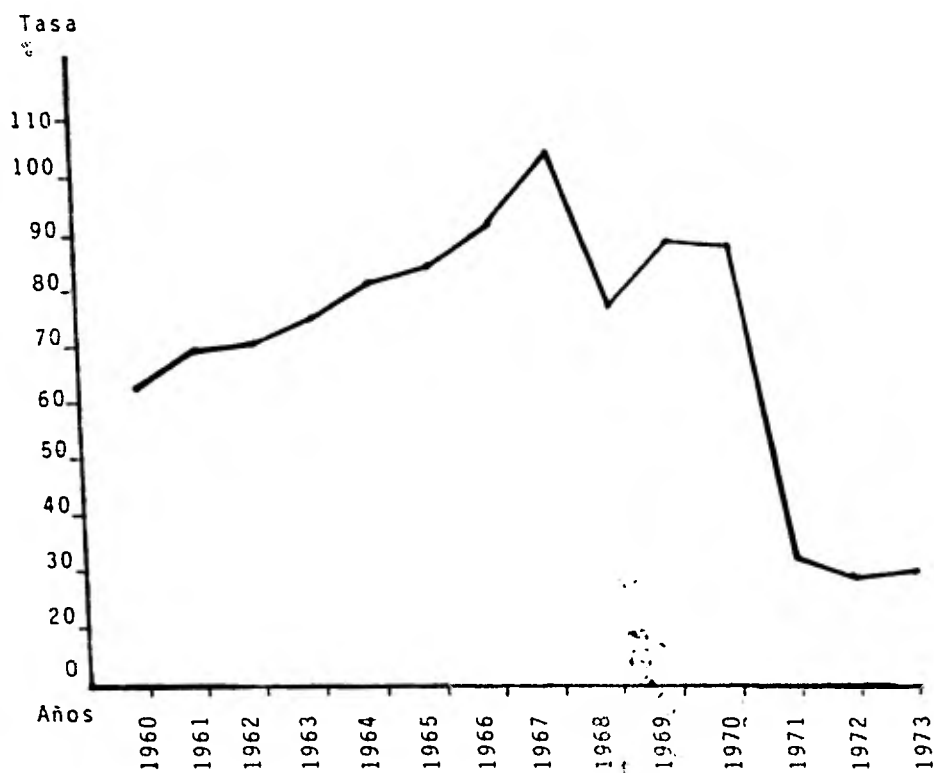
IMAGEN DEMOGRAFICA 1960 - 1973
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Años	Divorcios registrados	Tasa de divorcios por 1000 matrimonios
1960	14 964	62.5
1961	16 528	69.7
1962	17 459	70.8
1963	19 277	74.7
1964	20 161	81.6
1965	24 705	84.3
1966	28 623	92.9
1967	32 907	104.7
1968	25 623	77.3
1969	30 504	87.7
1970	31 181	87.3
1971	12 215	32.3
1972	11 954	28.2
1973	13 517	29.9

FUENTE: Estadísticas vitales 1975. Dirección General de Estadística SIC.

NOTA: Es notoria la elevación de la tasa de divorcios entre los años 67-69 en la gráfica. Durante la investigación se tuvo como referencia que "la disminución en el total nacional de divorcios registrados en el año de 1971, es equivalente a la disminución ocurrida en el registro de divorcios en Chihuahua, como consecuencia de la prohibición de divorcios de extranjeros" Anuario Estadístico de los E.U.M. 1970-1971 SIC-DGE.

G R A F I C A 5
TASAS DE DIVORCIO EN EL PAIS 1960-1973



FUENTE: Cuadro 15.

C U A D R O 16
 DIVORCIOS REGISTRADOS POR CAUSAS EN EL PAIS
 1972 - 1975

Causa	A 1972	ñ 1973	o 1974	s 1975
Adulterio	174	187	214	1
Alumbramiento ilegítimo	...	...	1	1
Perversión moral: De alguno de los cónyuges hacia los hijos	2	2	1	1
Incapacidad para llenar los fi-- nes del matrimonio	3	4	2	7
Incitación a la violencia hecha- por un cónyuge al otro	...	...	...	1
Padecer alguno de los cónyuges en fermedad contagiosa o incurable	23	6	9	7
Abandono injustificado del domici- lio conyugal	3307	3516	3053	3912
Ausencia del marido con abandono de las obligaciones inherentes al ma- trimonio	6	...	10	12
Sevicia, malos tratos, amenazas o-- injurias graves de on cónyuge para el otro	568	688	600	700
Incompatibilidad de caracteres	1138	1315	1311	2087
Negativa de los cónyuges a darse - alimentos	28	35	42	48
Acusación calumniosa	4	9	8	2
Haber cometido uno de los cónyuges- un delito	5	4	7	2
Embriaguez incorregible o el uso per- sistente de drogas enervantes	19	25	21	35
Cometer un cónyuge contra la persona o bienes del otro, un acto punible	1	...	4	1
Mutuo consentimiento	6676	7722	8315	9762

Demanda de divorcio no justificada	1
------------------------------------	-----	-----	-----	---

FUENTE: Secretaría de Programación y Presupuesto. Dirección General de Estadística - 1979.

c. Niños abandonados

Ya fueron mencionadas las características y necesidades psicológicas y sociales que necesita el recién nacido para crecer y desarrollarse en forma óptima, así como la clasificación que se hace de los diferentes abandonos en los niños. Veamos ahora las cifras o datos estadísticos que se tienen al respecto, y las casas que los acogen.

C U A D R O 17

UNIDADES DESTINADAS A SERVICIOS ASISTENCIALES E INTERNOS Y NUMERO DE
PERSONAS ASISTIDAS EN EL PAIS POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO
1973 - 1976

Concepto	U n i d a d e s				Internos asistidos				No internos asistidos			
	1973	1974	1975	1976	1973	1974	1975	1976	1973	1974	1975	1976
Casas de cuna	13	11	11	10	1176	2320	2643	1114	7627	579	3947	5163
Casas de rege- neración	13	13	21	19	4757	5186	5267	4282	413	11	11	773
Hogares substi- tuidos u espe- cíficos	212	207	197	203	1987	1019	665	1311	4129	---	220	81
Internados in- fantiles	44	36	32	35	4108	3980	3292	5153	2055	1580	1538	8181
Casas para ni- ños huérfanos	41	44	49	56	5108	3651	5002	5996	2345	4011	76	35

FUENTE: Secretaría de Programación y Presupuesto. Dirección General de Estadística.

RESULTADOS

C U A D R O 1

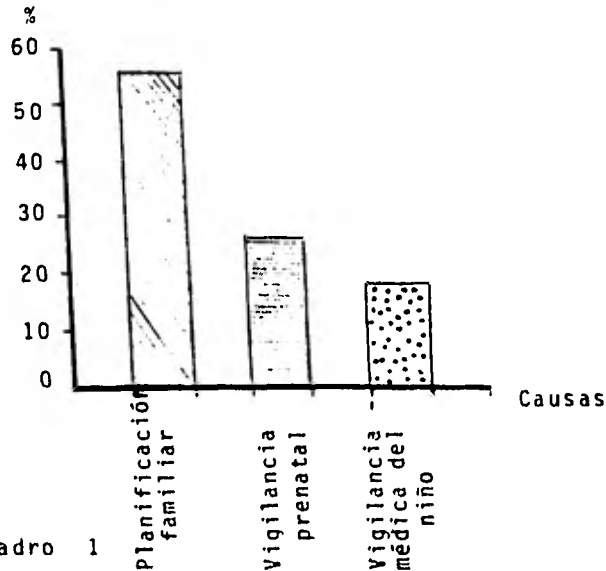
MOTIVOS POR LOS QUE ASISTE AL CENTRO DE SALUD

No.	Causas	Frecuencia	%
1	Orientación sexual	0	0.0
2	Planificación familiar	34	55.74
3	Vigilancia prenatal	16	26.23
4	Vigilancia médica del niño	11	18.03
5	Otros	0	0.0
T o t a l		61	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres asistentes al Centro de salud "Mixcoac" del 8 al 14 de febrero 1980.

G R A F I C A 1

MOTIVOS POR LOS QUE ASISTE AL CENTRO DE SALUD



FUENTE: Cuadro 1

El 55.74% de las encuestadas asisten para planificar su familia y el 26.23% para la asistencia prenatal, dentro de estos porcentajes 11 personas o sea el 11.03% -- llevan a sus hijos a vigilancia médica del niño, pero ninguna directamente a pedir orientación sexual, esto viene cuando asisten al Centro por presentar problemas físicos o embarazo.

C U A D R O 2

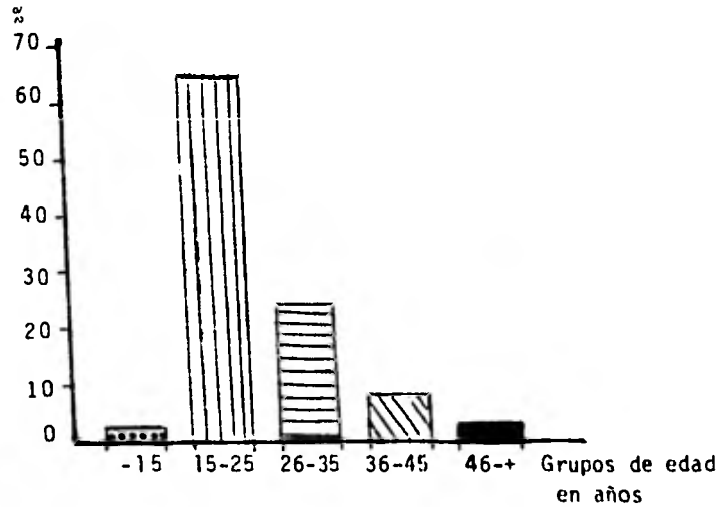
EDAD DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS

No.	Grupos de edad	Frecuencia	%
1	-15	1	2.00
2	15-25	32	64.00
3	26-35	12	24.00
4	36-45	4	8.00
5	46 y +	1	2.00
T o t a l		50	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres asistentes al Centro de salud "Mixcoac" del 8 al 14 de febrero de 1980

G R A F I C A 2

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR GRUPOS DE EDAD DE LAS
PERSONAS ENTREVISTADAS



FUENTE: Cuadro 2.

Realmente la asistencia de mujeres al Centro de Sa-
lud está en edad reproductiva, siendo el 88% el que predomi-
na.

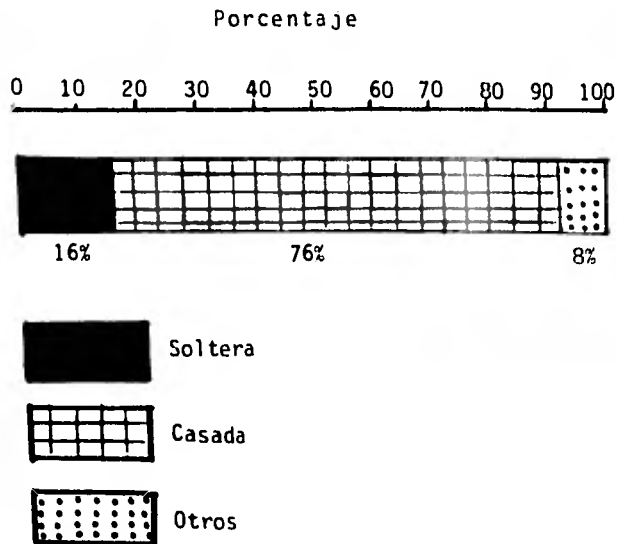
C U A D R O 3

ESTADO CIVIL DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS

No.	Estado civil	Frecuencia	%
1	Soltera	8	16.00
2	Casada	38	76.00
3	Otros	4	8.00
T o t a l		50	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres-asistentes al centro de salud "Mixcoac" del 8 al 14 de febrero de 1980.

G R A F I C A 3

DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL ESTADO CIVIL DE LAS
PERSONAS ENTREVISTADAS

FUENTE: Cuadro 3

La situación social en relación al estado civil del grupo entrevistado comprende el 76% casadas, el 16% de madres solteras y viviendo en unión libre el 8%.

C U A D R O 4

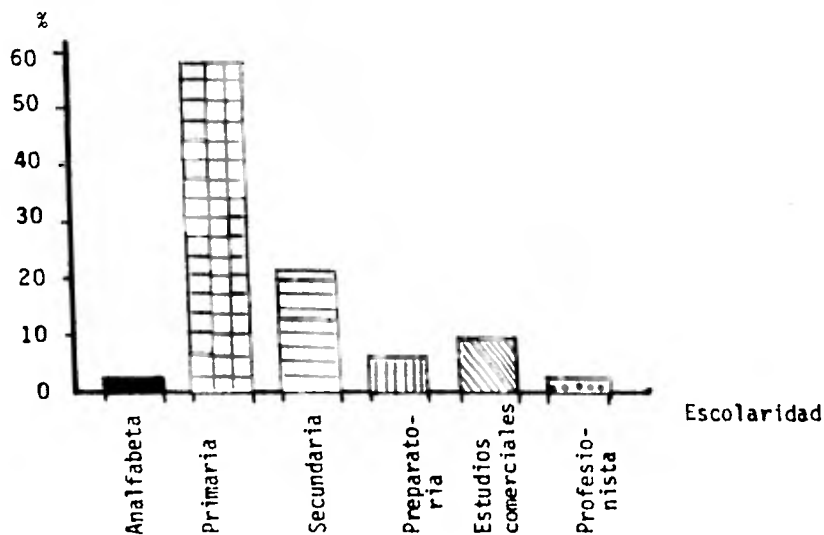
NIVEL ESCOLAR DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS EN EL CENTRO DE
SALUD "MIXCOAC"

No.	Escolaridad	Frecuencia	%
1	Analfabeta	1	2.00
2	Primaria	29	58.00
3	Secundaria	11	22.00
4	Preparatoria	3	6.00
5	Estudios comerciales	5	10.00
6	Profesionista	1	2.00
T o t a l		50	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres asistentes al centro de salud "Mixcoac" del 8 al 14 de febrero de 1980.

G R A F I C A 4

PORCENTAJE DEL NIVEL ESCOLAR DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS
EN EL CENTRO DE SALUD "MIXCOAC"



FUENTE: Cuadro 4

Grande es el grupo de asistentes al Centro de salud que cuentan sólo con la primaria, pues ocupa el 58% en contraste con profesionales que apenas alcanza el 2%; existe un 10% que hicieron 6 meses a 1 año de estudios comerciales, en general las personas que iniciaron la secundaria algunas la terminaron y otras quedaron a medias, siendo con esto - mayor el grupo que apenas tiene la instrucción elemental, - o sea el 80%.

C U A D R O 5

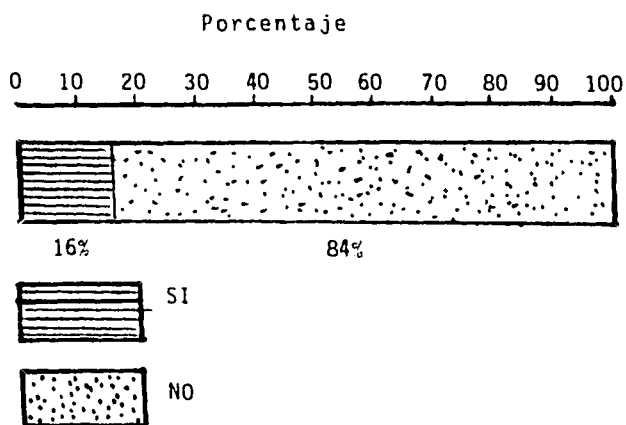
MUJERES QUE RECIBIERON ORIENTACION SOBRE EDU
CACION SEXUAL

No.	Contestación	Frecuencia	%
1	Si	8	16.00
2	No	42	84.00
T o t a l		50	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres asistentes al centro de salud "Mixcoac del-8 al 14 de febrero de 1980.

G R A F I C A 5

PORCENTAJE DE MUJERES QUE RECIBIERON ORIENTACION SOBRE EDUCACION SEXUAL



FUENTE: Cuadro 5.

El 84.7% del grupo entrevistado no recibió orientación sexual, correspondiendo un 16% al grupo que sí la obtuvo.

C U A D R O 6

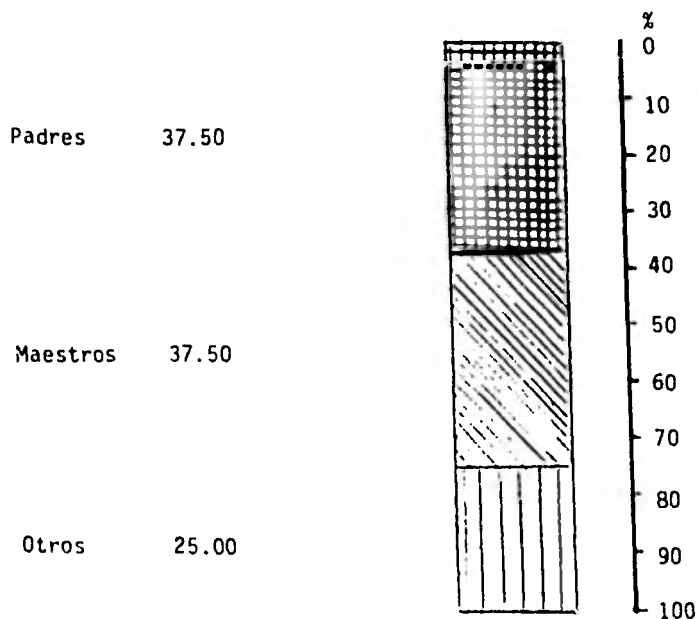
INDIVIDUOS QUE DIERON ORIENTACION SEXUAL A LAS PERSONAS
ENTREVISTADAS

No.	Orientadores	Frecuencia	%
1	Padres	3	37.50
2	Maestros	3	37.50
3	Amigos	0	00.00
4	Otros	2	25.00
T o t a l		8	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres asistentes al centro de salud "Mixcoac" del 8 al-14 de febrero de 1930.

G R A F I C A 6

PORCENTAJE DE INDIVIDUOS QUE DIERON ORIENTACION SEXUAL
A LAS PERSONAS ENTREVISTADAS



FUENTE: Cuadro 6.

Como el grupo sobresaliente en edad es el de 15 a 25 es de llamar la atención que el porcentaje de personas que dieron orientación sexual sea igual tanto para los padres - como para los maestros, o sea el 37.50% que dá un total de 75%, entre los dos, ya que los primeros se opusieron cuando se inició en la escuela la educación sexual, y sin embargo - la experiencia en cuanto a las relaciones sexuales (coito) - comprende la adolescencia temprana y tardía en un 90%; de igual modo sigue siendo alto el porcentaje de fuentes ajenas para educarse.

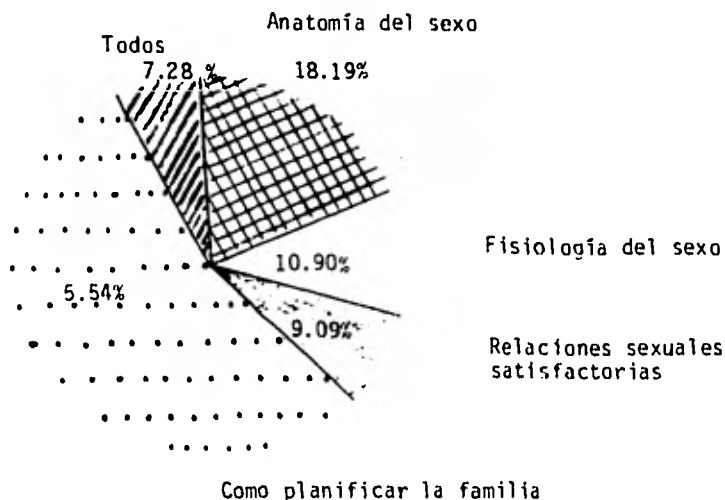
C U A D R O 7

TEMAS ESCOGIDOS PARA SER ESCUCHADOS POR LAS
ENTREVISTADAS

No.	Cuestión	Frecuencia	%
1	Anatomía del sexo	10	18.19
2	Fisiología del sexo	6	10.90
3	Como lograr relaciones satisfactorias	5	9.09
4	Como planificar la familia	30	54.54
5	Todos	4	7.28
T o t a l		55	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres asistentes al centro de salud "Mixcoac" del 8 al-14 de febrero de 1980.

G R A F I C A 7
 PORCIENTO DE TEMAS ESCOGIDOS PARA SER ESCUCHADOS
 POR LAS ENTREVISTADAS



FUENTE: Cuadro 7.

A pesar de asistir al departamento de ginecología y de recibir orientación sobre planificación familiar, fue el tema con mayor porcentaje para ser escuchado ya que quedó un 54.54%, le sigue en importancia conocer la anatomía del sexo 18.19%, el 10.90% se interesó en la fisiología del sexo, el 9.09% en conocer cómo lograr relaciones sexuales satisfactorias con su pareja y hubo un 7.28% que se interesó en escuchar todos los temas "porque todos son interesantes".

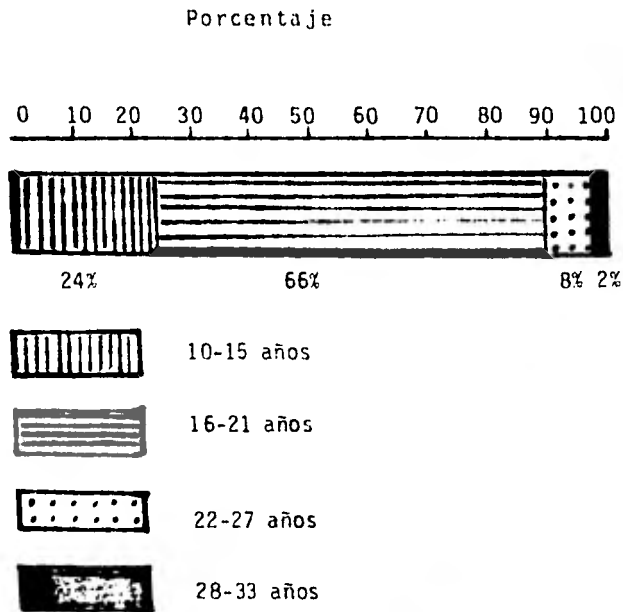
C U A D R O 8

EDAD CONSIDERABLE EN LAS MUJERES ENCUESTADAS
PARA LAS RELACIONES SEXUALES

No.	Edad	Frecuencia	%
1	10-15	12	24.00
2	16-21	33	66.00
3	22-27	4	8.00
4	28-33	1	2.00
5	34 y +	0	0.0
T o t a l		50	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres asistentes al centro de salud "Mixcoac" del 8 al-14 de febrero de 1980.

G R A F I C A 8
 PORCIENTO DE EDADES PARA LAS PRIMERAS
 RELACIONES SEXUALES



FUENTE; Cuadro 8.

Nuevamente vemos el alto porcentaje 90 entre las personas encuestadas que tuvieron su primera relación sexual en la adolescencia y adulto joven, y es mayor que el alto índice de personas con poca instrucción escolar elemental 82%, - siendo un 6% más de las personas que no recibieron orientación sexual.

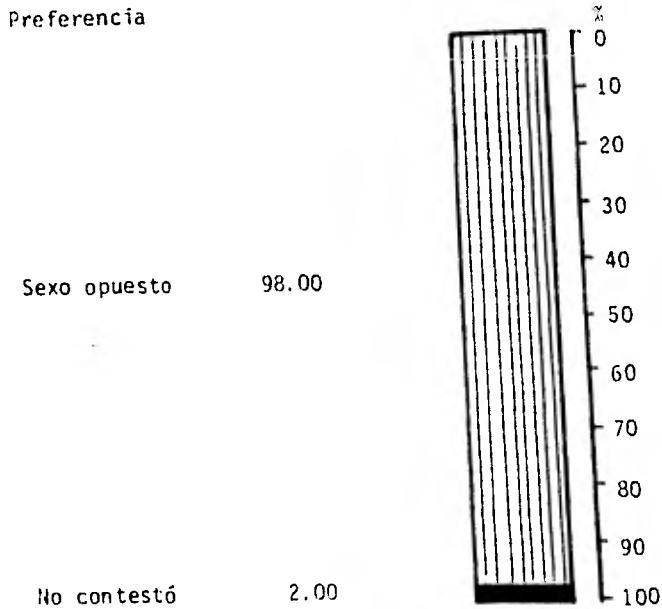
C U A D R O 9

PREFERENCIA EN LAS RELACIONES SEXUALES CON DETERMI
NADA PERSONA

No.	Inclinación	Frecuencia	%
1	Sexo opuesto	49	98.00
2	Mismo sexo	0	00.00
3	No contestó	1	2.00
T o t a l		50	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres-asistentes al centro de salud "Mixocac" del 8 al 14 de febrero de 1980.

G R A F I C A 9

PORCENTAJE SOBRE LA PREFERENCIA EN LAS
RELACIONES SEXUALES

FUENTE: Cuadro 9.

La elección del compañero en la práctica sexual de las mujeres de la muestra es el 98% masculino, y solo acaeció un 2% por no haber contestado (tal vez no entendió a pesar de habersele explicado, pero si hubo renuencia en la contestación) en general la mujer tiene relaciones heterosexuales.

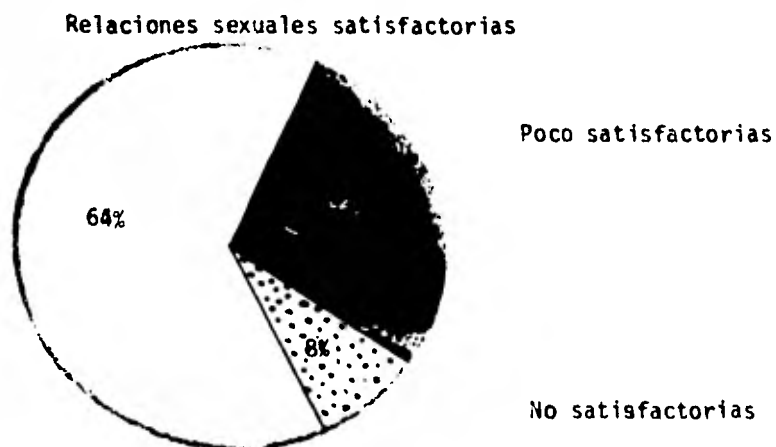
C U A D R O 10
DIVERSAS SITUACIONES EN LAS RELACIONES
SEXUALES

No.	Situación	Frecuencia	%
1	Muy satisfactorias	0	00.00
2	Satisfactorias	32	64.00
3	Poco satisfactorias	14	28.00
4	No satisfactorias	4	8.00
T o t a l		50	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres-asistentes al centro de salud "Mixcoac" del 8 al 14 de febrero de 1980.

G R A F I C A 10

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACUERDO A LAS DIVERSAS SITUACIONES EN LAS RELACIONES SEXUALES



FUENTE: Cuadro 10

El hombre satisface las necesidades sexuales de la mujer en un 64%, el 36% restante son poco o nada satisfactorias debido a una preparación inadecuada o nula para el coito, o relaciones sexuales bruscas o impuestas.

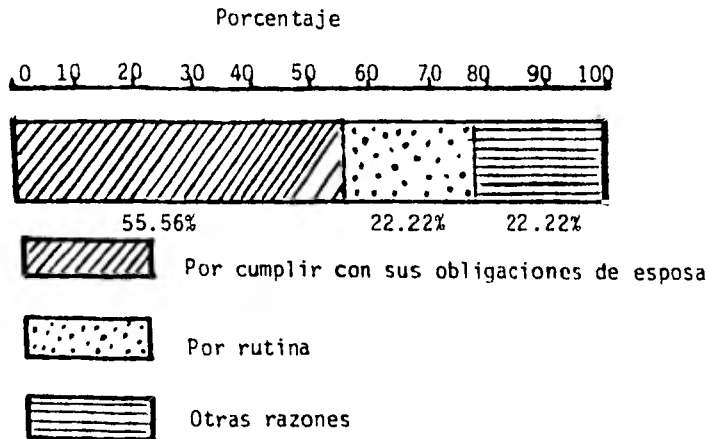
C U A D R O 11

MOTIVOS POR LOS QUE SE EFECTUAN LAS RELACIONES SEXUALES

No.	Ejecución	Frecuencia	%
1	Por cumplir con sus obligaciones de esposa	10	55.56
2	Por rutina	4	22.22
3	Otras razones	4	22.22
Total		18	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres asistentes al centro de salud "Mixcoac" del 8 al 14 de febrero de 1980.

C U A D R O 11
 DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS MOTIVOS PORQUE SE
 EFECTUAN LAS RELACIONES SEXUALES



FUENTE: Cuadro 11

El grado de placer o contentamiento durante las relaciones sexuales es adecuado o nulo de acuerdo a la disposición anímica o física en que se encuentre la persona. Entre las personas que reportaron poco satisfactorias o no satisfactorias sus relaciones sexuales, las efectuaron más inclinadas por cumplir con sus obligaciones de esposa en un 55.56%, el 22.22% por rutina, y en un mismo porcentaje por mutuo acuerdo con el esposo.

C U A D R O 12

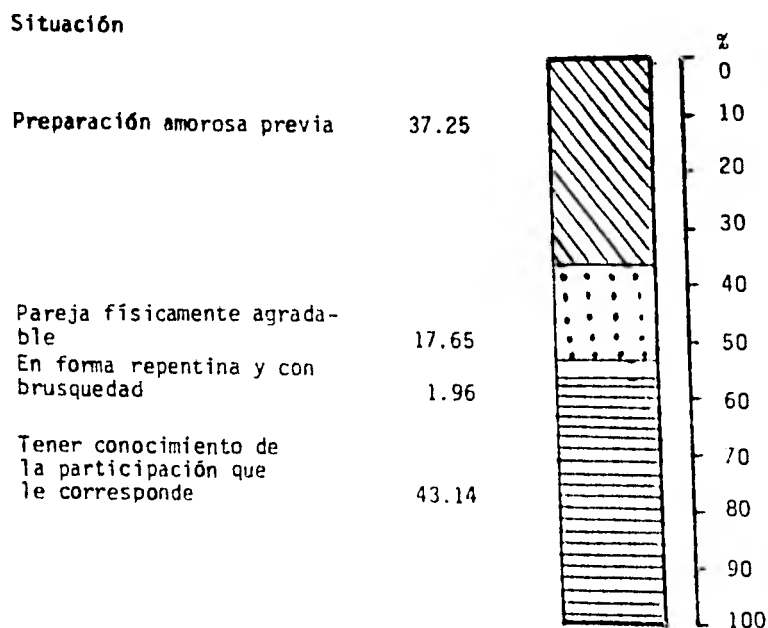
PARA TENER RELACIONES SEXUALES SATISFAC
TORIAS ES NECESARIO

No.	Situación	Frecuencia	%
1	Preparación amorosa pre via	19	37.25
2	Pareja físicamente agr <u>a</u> dable	9	17.65
3	En forma repentina y con brusquedad	1	1.96
4	Tener conocimiento de la participación que le co- rresponde	22	43.14
5	Otros	0	00.00
T o t a l		51	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres-
asistentes al centro de salud "Mixcoac" del 8 al -
14 de febrero de 1980.

G R A F I C A 12

PORCENTAJE DE LAS SITUACIONES EN LAS RE
LACIONES SEXUALES SATISFACTORIAS



FUENTE: Cuadro 12

El 98.04% de las personas encuestadas saben de la participación que debe haber entre esposos previa a las relaciones sexuales, así como de la preparación física y psicológica en general; el 37.25% tiene conocimiento de como el hecho de que el hombre la trate con bondad y delicadeza o le exprese su amor por medio de palabras cariñosas sea un estímulo para tener relaciones sexuales agradables; y un 17.65% comentó la importancia de tener el cuerpo limpio como un estímulo en la pareja para relaciones sexuales satisfactorias, sólo en un 1.96% se encontró masoquismo en una persona.

C U A D R O 13

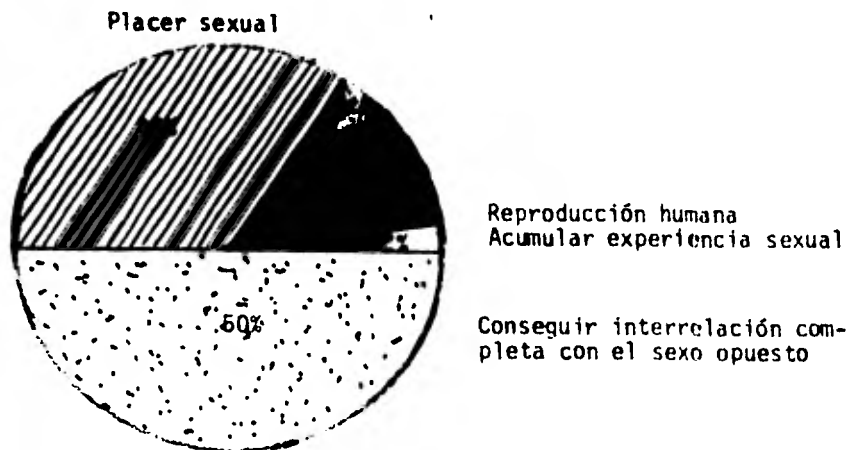
PORPOSITO QUE TIENEN LAS RELACIONES SEXUALES
PARA LAS PERSONAS ENTREVISTADAS

No.	Motivo	Frecuencia	%
1	Placer sexual	17	34.00
2	Reproducción humana	7	14.00
3	Acumular experiencia sexual	1	2.00
4	Conseguir interrelación completa con el sexo -- opuesto	25	50.00
T o t a l		50	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres-asistentes al centro de salud "Mixcoac" del 8 al 14 de febrero de 1980.

G R A F I C A 13

PORCIENTO DEL PROPOSITO QUE TIENEN LAS RELACIONES SEXUALES PARA LAS PERSONAS ENTREVISTADAS



FUENTE: Cuadro 13

El 50% de las personas de la muestra, mencionó el propósito de las relaciones sexuales es conseguir interrelación completa con el sexo opuesto. El 34% placer sexual, y el 14% reproducción humana, en general el 98% está consciente del fin de las relaciones sexuales que abarca los 3-puntos anteriores, y sólo un 2% arguyó como propósito el acumular experiencia sexual.

C U A D R O 14

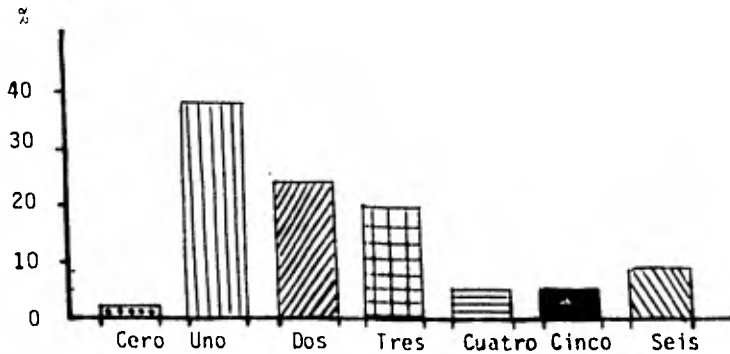
NUMERO DE EMBARAZOS NOTIFICADOS

Número de embarazos	Frecuencia	%
Cero	1	2.00
Uno	19	38.00
Dos	12	24.00
Tres	10	20.00
Cuatro	2	4.00
Cinco	2	4.00
Seis	4	8.00
T o t a l	50	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres-asistentes al centro de salud "Mixcoac" del 8 al 14 de febrero de 1980.

G R A F I C A 14

PORCENTAJE DE LOS EMBARAZOS NOTIFICADOS



FUENTE: Cuadro 14

Como el 64% de las mujeres de la muestra es realmente joven, el 38% reportó un embarazo y asistían al centro de salud para llevar un método anticonceptivo que les ayudara a planificar su familia; el 24% reportó dos embarazos y el 20% 3 embarazos, habiendo sólo el 2% con cero embarazos.

C U A D R O 15

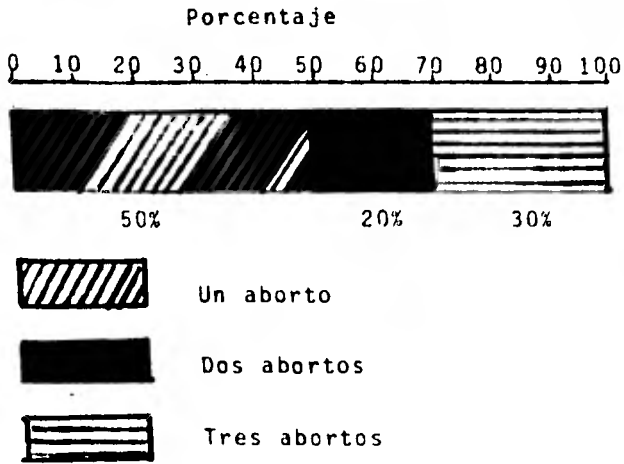
EMBARAZOS TERMINADOS EN ABORTO

Número abortos	q	Frecuencia	%
Uno		5	50.00
Dos		2	20.00
Tres		3	30.00
Cuatro		0	00.00
Cinco y más		0	00.00
T o t a l		10	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres-asistentes al centro de salud "Mixcoac" del 8 al 14 de febrero de 1980.

G R A F I C A 15

PORCENTAJE DE EMBARAZOS TERMINADOS EN ABORTO



FUENTE: Cuadro 15

Hubo un 50% de los 10 embarazos terminados en aborto en número uno, el 20% tuvo dos abortos y el 30% tres abortos - siendo todos ellos del primer trimestre.

C U A D R O 16

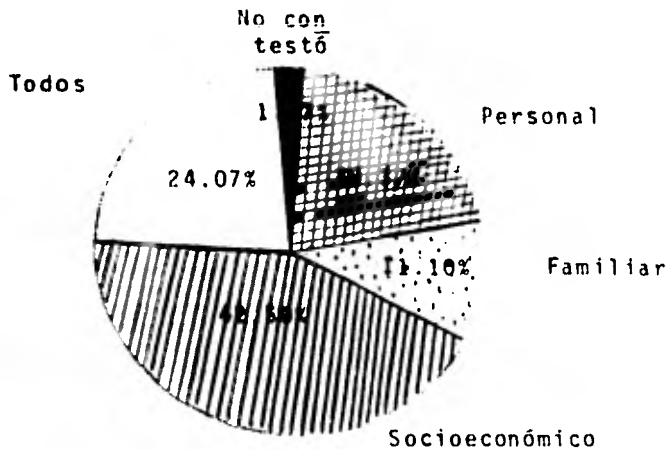
LOS EMBARAZOS FRECUENTES OCASIONAN PROBLEMAS A
NIVEL

No. Problema	Frecuencia	%
1 No contestó	1	1.87
2 Personal	11	20.37
3 Familiar	6	11.10
4 Socioeconómico	23	42.59
5 Todos	13	24.07
T o t a l	54	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres-asistentes al centro de salud "Mixcoac" del 8 al 14 de febrero de 1980.

G R A F I C A 16

PORCENTAJE SOBRE COMO LOS EMBARAZOS FRECUENTES
OCASIONAN PROBLEMAS A DIVERSOS NIVELES



FUENTE: Cuadro 16.

De la muestra de mujeres asistentes al centro de salud el principal problema que creen acarrear los embarazos frecuentes es a nivel económico, ya que se reportó un 42.59%, - el 24.07% refiere que interfiere en los tres niveles, el 20.37% a nivel personal y el 11.11% a nivel familiar, el 98.13% están de acuerdo de tener problemas, pero difieren en la importancia de ahí el número tan bajo de embarazos notificados, a más de 4 embarazos, y que también la muestra reporta que la mayoría es joven.

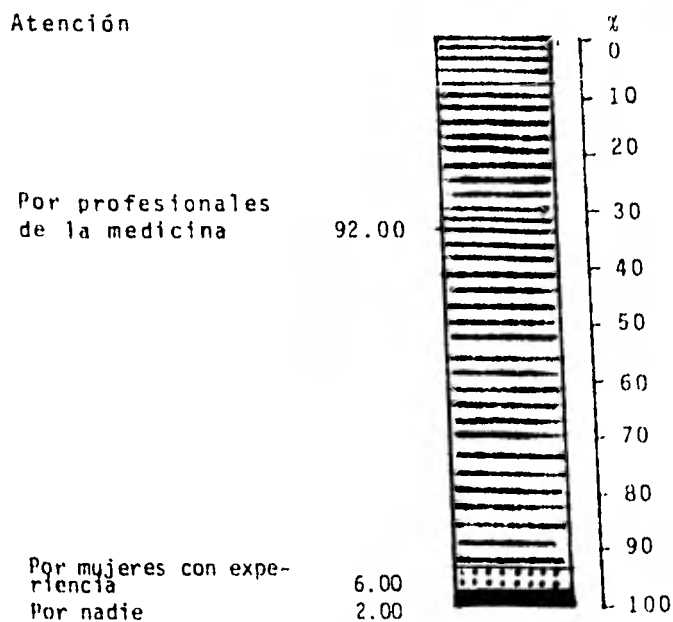
C U A D R O 17

ATENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO

No.	Persona	Frecuencia	%
1	Profesionales de la medicina	46	92.00
2	Mujeres con experiencia	3	6.00
3	Nadie porque usted cree que no es necesario	1	2.00
T o t a l		50	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres-asistentes al centro de salud "Mixcoac" del 8 al 14 de febrero de 1980.

C U A D R O 17

PORCENTAJE DE MUJERES ATENDIDAS DURANTE
EL EMBARAZO

FUENTE: Cuadro 17

El 92.00% de las mujeres asistentes al centro de salud llevan su control prenatal en éste, siendo atendidas por mujeres con experiencia el 6.00% y el 2.00% no llevan control prenatal sólo la atención en el momento del parto o sea que asisten en sus últimas semanas de gestación para poder obtener el pase al hospital donde se les atenderá.

C U A D R O 18

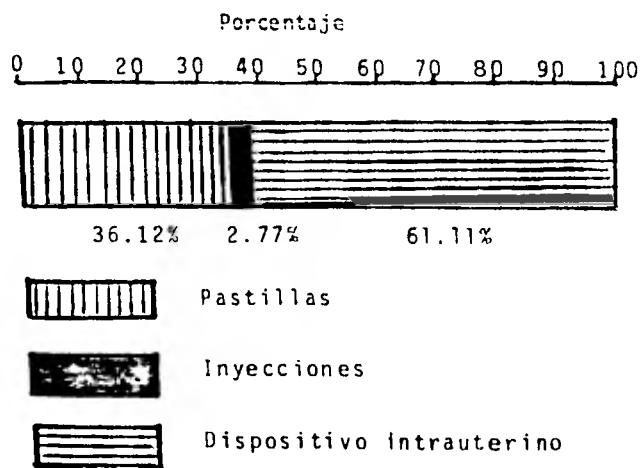
METODO OPTADO POR LAS MUJERES ENTREVISTADAS
PARA PLANIFICAR SU FAMILIA

No.	Método	Frecuencia	%
1	Pastillas	13	36.12
2	Inyecciones	1	2.77
3	Dispositivo intrauterino	22	61.11
T o t a l		36	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres-asistentes al centro de salud "Mixcoac" del 8 al 14 de febrero 1980.

G R A F I C A 18

PORCENTAJE DEL METODO OPTADO POR LAS MUJERES
ENTREVISTADAS PARA PLANIFICAR SU FAMILIA



FUENTE: Cuadro 18

Entre los diversos métodos anticonceptivos más usados y tolerados por las entrevistadas, se cuenta el DIU en un 61.11% siguiendo en orden de importancia las pastillas - en un 36.12% y sólo un 2.77% emplean inyecciones.

C U A D R O 19

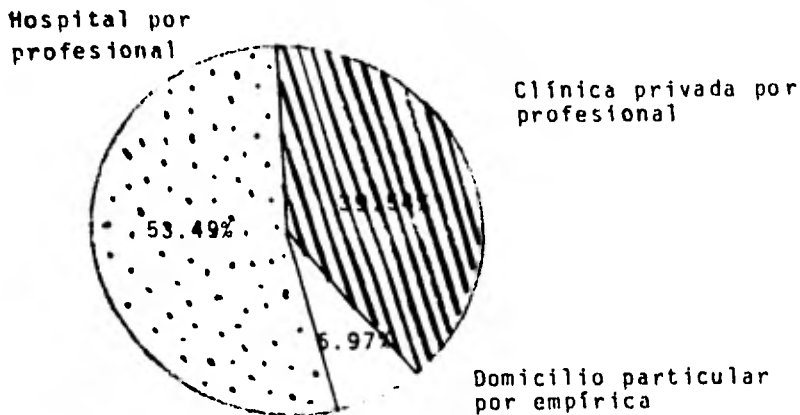
DONDE Y QUIEN LE ATIENDE SUS PARTOS

No.	Sitio	Frecuencia	%
1	Hospital por profesional	23	53.49
2	Clínica privada por profesional	17	39.54
3	Domicilio particular por profesional	0	00.00
4	Domicilio particular por empírica	3	6.97
T o t a l		43	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres-asistentes al centro de salud "Mixcoac" del 8 al 14 de febrero de 1980.

G R A F I C A 19

PORCIENTO DE PERSONAS ATENIDAS POR PROFESIONALES Y NO PROFESIONALES DURANTE EL PARTO



FUENTE: Cuadro 19

De los casos reportados por atención de empírica en domicilio fueron sólo 3 personas, que reporta un 6.97%; el mayor porcentaje 93.03% se atiende en hospital o clínica -- privada por profesional.

Los casos faltantes (7) fueron las seis personas de primer embarazo y la otra de cero embarazo; así como que cinco personas fueron atendidas por profesional tanto en -- hospital como en clínica privada y una persona por profesional en clínica privada y domicilio.

C U A D R O 20

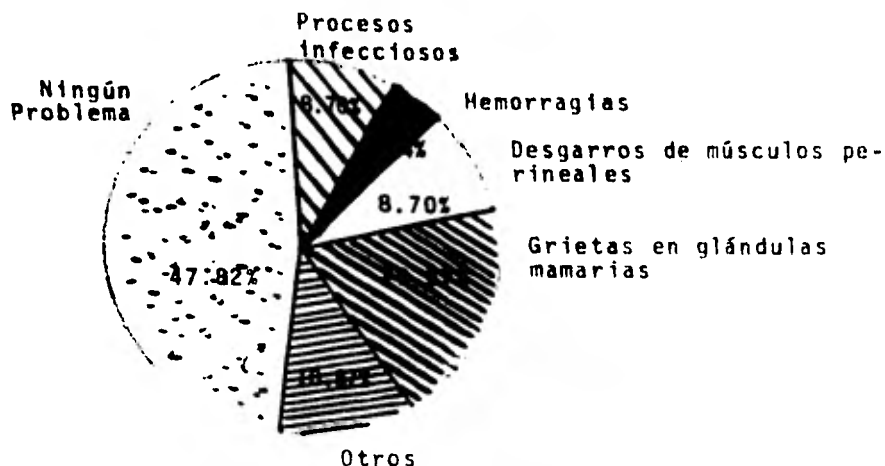
PROBLEMAS DE SALUD QUE TUVIERON DURANTE EL
PUERPERIO LAS MUJERES ENTREVISTADAS

No.	Problema	Frecuencia	%
1	Procesos infecciosos	4	8.70
2	Hemorragias	2	4.34
3	Desgarros de musculos perineales	4	8.70
4	Grietas en glándulas mamarias	9	19.57
5	otros	5	10.87
6	Ningún problema	22	47.82
T o t a l		46	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres-asistentes al centro de salud "Mixcoac" del 8 al--14 de febrero de 1980.

G R A F I C A 20

PORCENTAJE DE PROBLEMAS DE SALUD QUE TUVIERON EN EL
PUERPERIO LAS MUJERES ENTREVISTADAS



FUENTE: Cuadro 20

En 1970, las complicaciones puerperales ocupaban el 5° lugar en el país, en nuestra pequeña muestra el 19.57% - reporta complicaciones puerperales a nivel de glándulas mamarias la mayoría fueron atendidas en clínicas privadas; el 10.87% reporta entre otras un caso de sarna, secuelas post-bloque epidural; suturas de cesareas infectadas, y epistomias infectadas incluyen en porcentaje 8.70% de procesos -- infecciosos; habiendo otro porcentaje igual en desgarros-- de musculos perineales y el 4.34% tuvo hemorragias. Esta - última llevaba el primer lugar en 1970 con una tasa de 3.09%

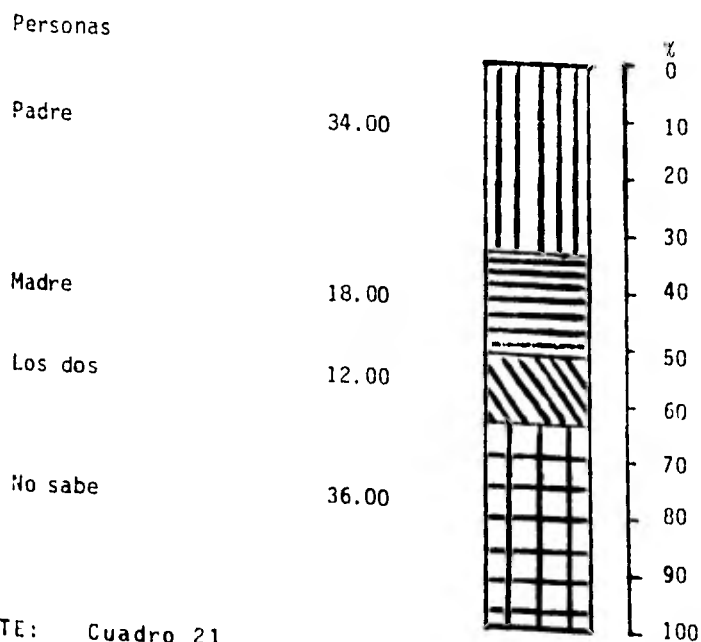
C U A D R O 21

PERSONA RESPONSABLE DEL SEXO DEL PRODUCTO

No.	Persona	Frecuencia	%
1	Padre	17	34.00
2	Madre	9	18.00
3	Los dos	6	12.00
4	No sabe	18	36.00
T o t a l		30	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres-asistentes al centro de salud "Mixcoac" del 8 al 14 de febrero de 1980.

G R A F I C A 21

PORCENTAJE SOBRE LAS PERSONAS RESPONSABLES
DEL SEXO DEL PRODUCTO

FUENTE: Cuadro 21

Grande es el porcentaje de personas que no sabe -
quien es el responsable que dá el sexo al producto, siendo -
el 36%, el 34% asegura que es el padre, y el 18% que la ma-
dre, un cuarto grupo opina que ambos progenitores son los -
responsables.

C U A D R O 22

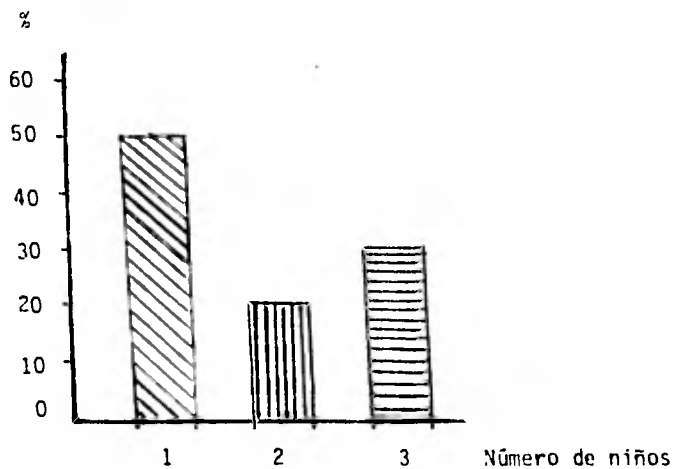
NIÑOS QUE SE LE HAN MUERTO

No. de niños	Frecuencia	%
1	5	50.00
2	2	20.00
3	3	30.00
4	0	00.00
5 y más	0	00.00
T o t a l	10	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres-asistentes al centro de salud "Mixcoac" del 8 al--14 de febrero de 1980.

G R A F I C A 22

PORCENTAJE SOBRE LOS NIÑOS QUE SE LES MURIERON
A LAS PERSONAS ENTREVISTADAS



FUENTE: CUADRO 22.

De todas las señoras entrevistadas hubo 10 defunciones estando distribuidas de la siguiente manera: 50% un fallecimiento, 20% 2 defunciones, y un 30% 3 muertes.

C U A D R O 23

EDAD EN QUE FALLECIERON ESOS NIÑOS

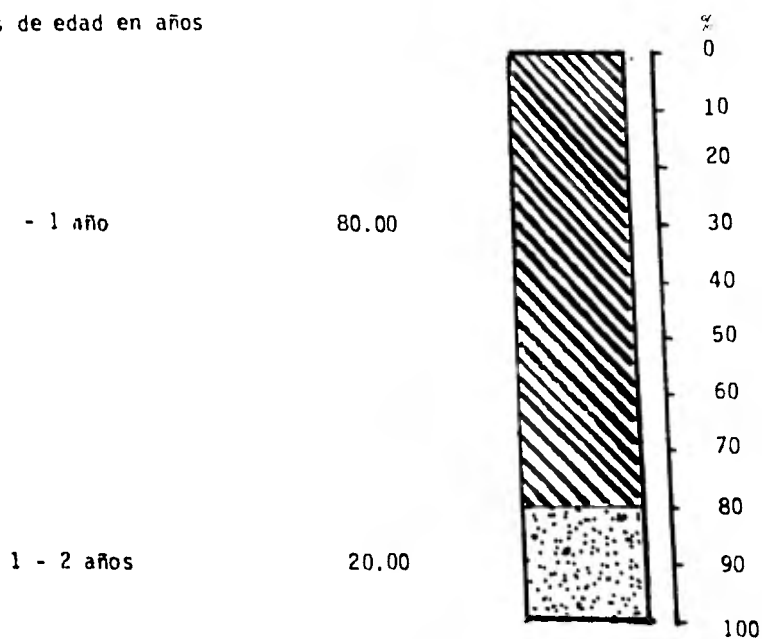
No.	Grupo de edad	Frecuencia	%
1	-1 año	8	80.00
2	1-2 años	2	20.00
3	3-5 años	0	00.00
4	6 y + años	0	00.00
T o t a l		10	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres-asistentes al centro de salud "Mixcoac" del 8 al 14 de febrero de 1980.

G R A F I C A 23

PORCENTAJE SOBRE LA EDAD EN QUE FALLECIERON
ESOS NIÑOS

Grupos de edad en años



FUENTE: Cuadro 23

El 80% de los niños muertos fueron menores de un - año y el 20% restante comprendidos entre 1 y 2 años, el porcentaje de defunciones sigue siendo elevado en la primera infancia.

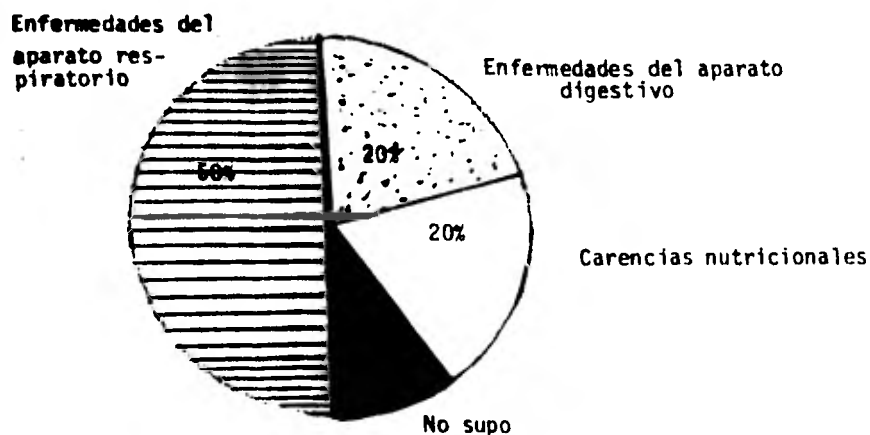
C U A D R O 24

CAUSAS DEL DECESO DEL NIÑO

No.	Causas	Frecuencia	%
1	Malformaciones congénitas	0	00.00
2	Enfermedades del aparato respiratorio	5	50.00
3	Enfermedades del aparato digestivo	2	20.00
4	Carencias nutricionales	2	20.00
5	No supo	1	10.00
T o t a l		10	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres-asistentes al centro de salud "Mixcoac" del 8 al 14 de febrero 1980.

G R A F I C A 24

PORCENTAJE DE DEFUNCIONES DE LOS NIÑOS, ORI
GINADAS POR DIVERSAS CAUSAS

FUENTE: Cuadro 24

Las enfermedades del aparato respiratorio siempre están a la cabeza de las principales causas de defunción entre los menores de un año; se registró un 50% entre los casos encuestados; el 20% correspondió a enfermedades del aparato digestivo, y otro 20% a carencias nutricionales, una persona que dió el 10% restante no supo de que falleció su hijo.

C U A D R O 25

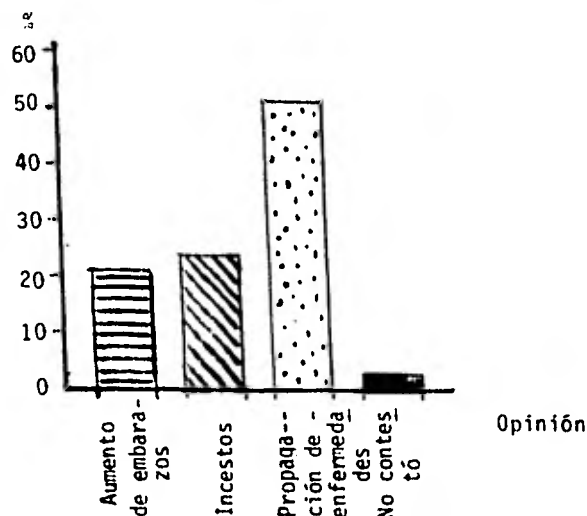
OPINAN QUE EL HACINAMIENTO
PROVOCA

No.	Opinión	Frecuencia	%
1	Aumento de embarazos	13	21.67
2	Incestos	14	23.33
3	Propagación de enfermedades infectocontagiosas	31	51.67
4	No contestó	2	3.33
T o t a l		60	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres-asistentes al centro de salud "Mixcoac" del 8 al 14 de febrero 1980.

G R A F I C A 25

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA OPINION SOBRE EL HACINAMIENTO Y LOS PROBLEMAS QUE PROVOCA



FUENTE: Cuadro 25

Aún explicándoles que es el hacinamiento, el porcentaje de personas que creen provoca la propagación de enfermedades infectocontagiosas es muy elevado ya que dió el 51.67%, el 23.33% se provocan incestos, y el 21.67% el aumento de embarazos.

Cuatro personas opinaron que provoca aumento de embarazos e incestos y cinco que ocurren incestos y propagación de enfermedades infectocontagiosas.

El hacinamiento también causa traumas en los pequeños que llegan ocasionalmente a ser expectadores en las relaciones sexuales entre sus padres, creyendo que se trata de una agresión; así también es la causa de incestos entre el segundo marido y las hijas del primer matrimonio, y aún entre los demás familiares políticos como son los cuñados; hechos que ocurrieron entre las personas entrevistadas.

C U A D R O 26

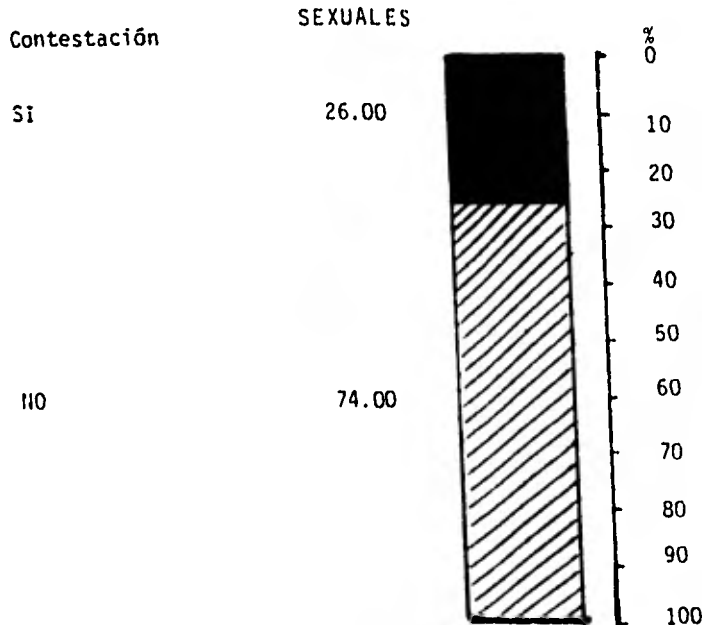
REPORTARON SINTOMAS SECUNDARIOS A LAS RELACIONES SEXUALES

No.	Contestación	Frecuencia	%
1	Sí	13	26.00
2	No	37	74.00
T o t a l		50	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres-asistentes al centro de salud "Mixcoac" del 8 al 14 de febrero 1980.

G R A F I C A 26

PORCENTAJE SOBRE LOS CASOS NOTIFICADOS DE SINTO
MAS SECUNDARIOS A LAS RELACIONES



FUENTE: Cuadro 26

El 74% de las personas entrevistadas reportó no tener dolor ni sangrado después de las relaciones sexuales, y el 26% fue positivo.

No hubo dolor ni sangrado pero sí otra manifestación, flujo en dos personas que alteró su armonía conyugal y sexual; una repudiando las relaciones sexuales y la otra teniendo disgustos con el esposo.

Cabían en esta pregunta muchas alteraciones que interfieren en diversas formas en las relaciones sexuales como son: vaginitis, disminución de la secreción o elaboración de estrogénos que disminuye la lubricación vaginal, incontinencia de esfuerzo, relajación del suelo pélvico, amplitud de la vagina, cáncer, etc., o alteraciones diversas que produzcan hemorragia vaginal o dispareunia como: endometriosis, quistes, enfermedades inflamatorias pélvicas, teniendo cada cual diverso tratamiento, pero que al final convergen en un punto que es lograr su curación y recuperar la armonía conyugal, y la satisfacción sexual de la pareja.

C U A D R O 27

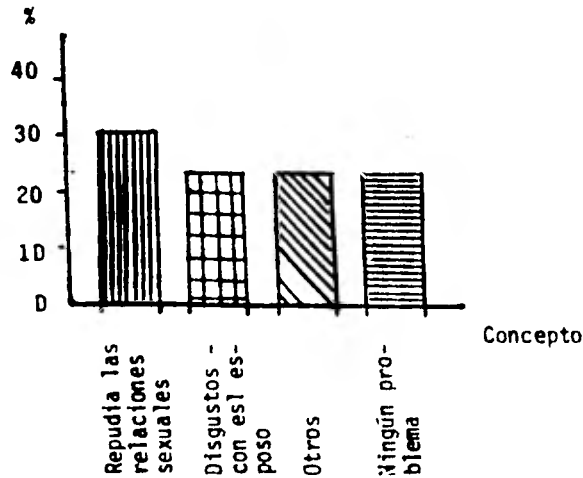
ALTERACIONES EN LA VIDA CONGYAL Y SEXUAL DE LAS
MUJERES CON PROBLEMAS EN LAS RELACIONES SEXUALES

No.	Concepto	Frecuencia	%
1	Repudia las relaciones sexuales	4	30.79
2	Disgustos con el esposo	3	23.07
3	Otros	3	23.07
4	Ningún problema	3	23.07
T o t a l		13	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres-asistentes al centro de salud "Mixcoac" del 8 al 14 de febrero de 1980.

G R A F I C A 27

PORCENTAJE DE LAS ALTERACIONES EN LA VIDA CONYUGAL Y SEXUAL DE LAS MUJERES CON PROBLEMAS EN LAS RELACIONES SEXUALES



FUENTE: Cuadro 27

Del grupo anterior de personas que si presentó problemas secundarios a las relaciones sexuales, el 30.79% alteró su vida conyugal y sexual repudiando las relaciones sexuales, el 23.07% tuvo disgustos con el esposo, otro 23.07% tuvo otra conducta como la atención médica sugerida por el esposo, o no cohabitar por mutuo acuerdo, otro 23.07% no reportó ningún problema.

En total el 76.93% se aventuró a tener una desavenencia conyugal evitando todo contacto sexual y el resto - o sea el 23.07% sumisa acepto las relaciones sexuales a pesar de presentar molestias físicas no lograr satisfacción sexual y efectuarlas en forma aburrida y rutinaria.

C U A D R O 28

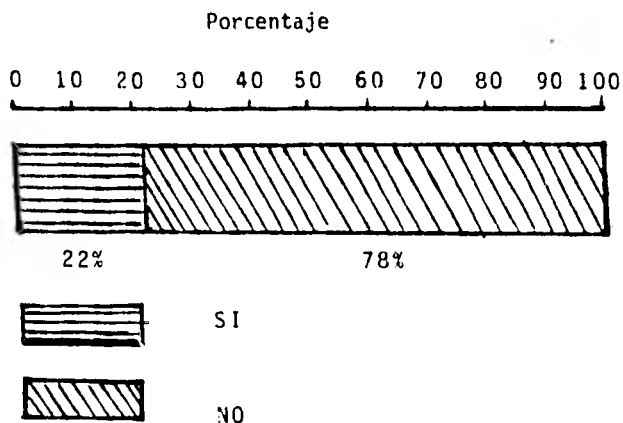
ENTREVISTADOS QUE REPORTARON PADECIMIENTOS GENITOURINARIOS EN EL ESPOSO

No.	Contestación	Frecuencia	%
1	Sí	11	22.00
2	No	39	78.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres-asistentes al centro de salud "Mixcoac" del 8 al 14 de febrero de 1980.

G R A F I C A 28

PORCENTAJE DE LAS ENTREVISTADAS QUE REPORTARON PADECIMIENTOS GENITOURINARIOS EN EL ESPOSO



FUENTE: Cuadro 28

El 22% de los esposos de las personas entrevistadas habian o presentaban problemas genitourinarios, el 78% fue negativo.

C U A D R O 29

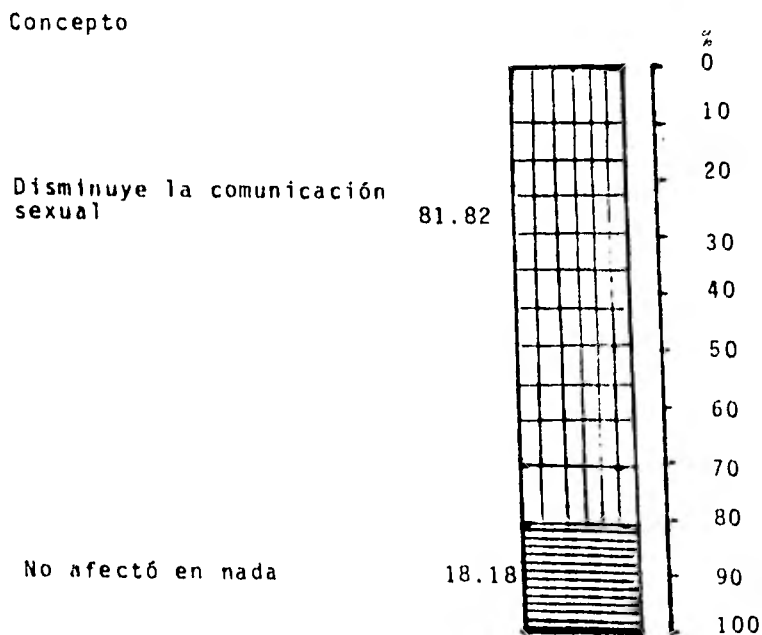
MANERA EN QUE AFECTA LAS RELACIONES SEXUALES CUANDO EL
ESPOSO TIENE PROBLEMAS GENITOURINARIOS

No.	Concepto	Frecuencia	%
1	Disminuye la comunicación sexual	9	81.82
2	Impotencia	0	00.00
3	Infidelidad conyugal femenina	0	00.00
4	No afectó en nada	2	18.18
T o t a l		11	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres asistentes al centro de salud "Mixcoac" del 8 al 14 de febrero de 1980.

G R A F I C A 29

PORCENTAJE DE LA MANERA EN QUE AFECTA LAS RELACIONES SEXUALES CUANDO EL ESPOSO TIENE PROBLEMAS GENITOURINARIOS



FUENTE: Cuadro 29

Al contrario de cuando es la esposa la que presenta problemas en su aparato genital, el hombre opta por disminuir la comunicación sexual en un 81.82% de los casos positivos, y sólo un 18.18% no afectó en nada sus relaciones sexuales (?). Aquí cabe haber preguntado la frecuencia de las relaciones sexuales normales de las personas que contestaron negativamente.

C U A D R O 30

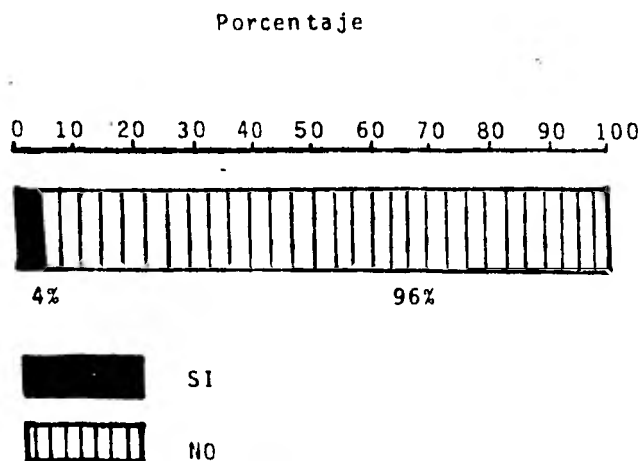
CONTESTACION SOBRE SI LAS PERSONAS ENCUESTADAS TIENEN RELACIONES SEXUALES EXTRAMARITALES

No.	Contestación	Frecuencia	%
1	Sí	2	4.00
2	No	48	96.00
T o t a l		50	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres-asistentes al centro de salud "Mixcoac" del 8 al 14 de febrero de 1980.

G R A F I C A 30

PORCENTAJE SOBRE SI LAS PERSONAS ENCUESTADAS TIENEN RELACIONES SEXUALES EXTRAMARITALES



FUENTE: Cuadro 30

Las relaciones sexuales maritales es el desahogo establecido por la sociedad en la mujer casada, de ahí que el 96% citó el no tenerlas extramaritales. El 4% que sí las expresó tuvo como motivo problemas familiares que originaron una separación temporal de los esposos, siendo en este lapso las relaciones extramaritales.

C U A D R O 31

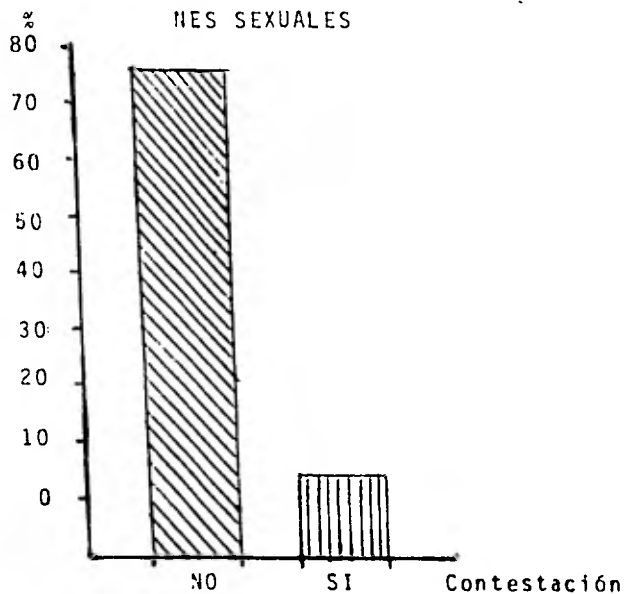
OPINION SOBRE SI LA MUJER DEBE RECIBIR DINERO POR LAS
RELACIONES SEXUALES

No.	Contestación	Frecuencia	%
1	Si	7	14.00
2	No	43	86.00
T o t a l		50	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres-asistentes al centro de salud "Mixcoac" del 8 al 14 de febrero de 1980.

G R A F I C A 31

PORCENTAJE SOBRE LAS CONTESTACIONES SOBRE SI LA MUJER
DEBE RECIBIR DINERO POR LAS RELACIO



FUENTE: Cuadro 11

El 14% contestó que sí debe recibir dinero la mujer por las relaciones sexuales "sobre todo si es prostituta o lo hace por necesidad", otro grupo cree que es lo mismo ya que el marido les da el gasto, o que lo debe hacer por obligación hacia los hijos, el 86% está convencida de que no se debe recibir dinero "eso se hace por amor o por placer, recibir dinero sería venderse".

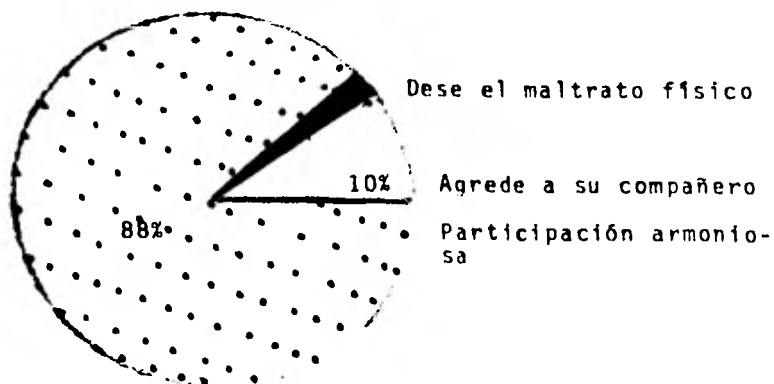
C U A D R O 32

ACTITUD TOMADA POR LA MUJER ENCUESTADA DURANTE LAS
RELACIONES SEXUALES

No.	Actitud	Frecuencia	%
1	Desea el maltrato físico	1	2.00
2	Agrede a su compañero	5	10.00
3	Participación armoniosa	44	88.00
T o t a l		50	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a cincuenta mujeres asistentes al centro de salud "Mixcoac" del 8 al-14 de febrero de 1980.

G R A F I C A 32

PORCENTAJE SOBRE LA ACTITUD TOMADA POR LA MUJER ENCUESTADA-
DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES

FUENTE: Cuadro 32

Aún cuando fue el 64% de las entrevistadas que tuvo relaciones sexuales satisfactorias, el 88% respondió participar armoniosamente durante las mismas, el 10% al parecer tuvo inclinaciones sadistas, pero basta recordar que hubo un 30.79% que repudiaba las relaciones sexuales y puede coincidir que reaccionaran agrediendo a su compañero por el mismo rechazo que por placer, y el 2% que deseó el maltrato físico coincidió con la persona que deseaba las relaciones sexuales en forma repentina y con brusquedad.

C O N C L U S I O N E S

1°. De las 50 mujeres encuestadas en el centro de salud "Mixcoac" para conocer los motivos por los cuales utilizan este recurso, se obtuvo el dato de que el 56% de ellas acude al servicio de planificación familiar, y un 44% para obtener atención prenatal o vigilancia médica del niño, lo que nos indica que la población femenina beneficiaria de este servicio lo está utilizando correctamente, así como que tiene amplia información respecto a los programas de planificación familiar y de cuidado de la salud materno-infantil.

2°. Remitiéndonos al cuadro # 18 se tienen los datos de que las 36 mujeres que asisten al servicio de planificación familiar, en un 100% lo utilizan para aceptar cualquiera de los métodos anticonceptivos, lo que nos está indicando la aceptación de las prácticas anticoncepcionales por parte de la población femenina, además de que estos datos también informan que el objetivo y actividad básica de los servicios de planificación familiar en las instituciones de salud oficiales es el de favorecer las acciones de control de la natalidad.

3°. La deficiente educación del grupo familiar generó que el mayor grupo de personas encuestadas tuviera su primera experiencia sexual en la adolescencia, cuadro # 8, en un 90%, remitiéndonos al cuadro # 26 un 26% tuvo disfunciones sexuales, repercutiendo en su vida conyugal y sexual con alteraciones motivadas por la insatisfacción y repudio hacia las relaciones sexuales en un 77% cuadro # 27.

4°. La pedofilia y el incesto son algunas de las-

desviaciones sexuales vividas entre las personas encuestadas; el cuadro 25 nos reporta que las personas entrevistadas están conscientes de este problema en un 97% al afirmar que el hacinamiento es la causa de tales desviaciones sexuales.

5°. Del 93% de las personas atendidas en instituciones de salud por profesional el cuadro # 19, el 52% de ellas presentó problemas puerperales, cuadro # 20, lo que nos reportan ambos datos que las metas de disminuir la morbilidad materna se van logrando poco a poco.

6°. Los deficientes conocimientos sexuales en la mujer y la falta de comunicación entre los esposos, ocasiona lo siguiente: cuando el hombre presenta problemas genitourinarios 22%, cuadro # 28, puede espaciar las relaciones sexuales en un 100%, cuadro # 29; lo contrario de cuando es la mujer la que reporta problemas después de las relaciones sexuales que trata de reducir las en un 100% también, pero no lo logra por temor y para no alterar la armonía conyugal.

En cuanto a la participación de la enfermera en la labor educativa en relación al sexo y la sexualidad puede enfocarse a:

1°. Atención prenatal. Deberá realizar la enseñanza en la mujer gestante sobre: cuidados prenatales, complicaciones del embarazo, cuidados del recién nacido y sus características; hacer que la embarazada conozca y efectúe las medidas higiénicas durante su embarazo, parto y puerperio con el objeto final de disminuir la mortalidad materna y utilizar los servicios médicos a su alcance.

2°. A mujeres en edad reproductiva y vida sexual activa. En la mujer no embarazada podrá darse orientación sobre anatomía y fisiología del aparato genital femenino y masculino; vigilancia médica periódica para detección del C.A. C.U.; planificación familiar, enfermedades venéreas, con el fin de contribuir al bienestar integral de la familia por medio de una paternidad responsable, y la aceptación libre de planificar su familia por medio de los anticonceptivos.

3°. A la pareja. Orientación sexual a la pareja sobre educación sexual dentro del matrimonio para lograr re

laciones sexuales armoniosas y satisfactorias, orientación sobre las necesidades psicológicas y sociales de los hijos ya existentes o por nacer; cambios fisiológicos en la edad adulta tanto en el hombre como en la mujer; explicación sobre los diferentes estudios, exploraciones y operaciones que se requieren tanto en el hombre como en la mujer como: - la exploración vaginal y toma del Papanicolaou, exploración rectal en el hombre, estudio seriado de moco cervical, estudio de la temperatura corporal basal, prueba de Sims-Huhner, prueba de Rubin, Histerosalpinografía, salpingectomía, histerectomía, ooforectomía, salpingoclasia, vasectomía, con el fin de promover la asistencia y atención eficaz en un problema ginecológico existente o preventivo, adecuada utilización de los servicios médicos, y que ambos cónyuges asistan periódicamente al médico para reducir la morbilidad en ambos, así también para que exista armonía entre ellos, prevengan enfermedades y desviaciones sexuales.

4°. A las madres con hijos en la consulta pediátrica. Orientación sobre el control médico periódico del niño, Características y necesidades psicológicas y sociales de los hijos ya existentes o por nacer, con el fin de aumentar y mejorar la atención infantil, disminuyendo la morbilidad y utilizar los servicios médicos a su alcance.

5°. En la consulta externa explicar a la paciente (hombre o mujer) de los servicios de ginecología, urología, radiología, laboratorio, etc., los diferentes estudios y exploraciones, así como las posiciones que se requieren y que se llevan a cabo en esas unidades, con el objeto de disminuir en ellos el miedo hacia lo desconocido, aclarar los conocimientos erróneos que despejan los prejuicios falsos, usando palabras adecuadas a su entendimiento educativo con el fin de propiciar y reducir el tiempo de curación del paciente.

SUGERENCIAS

Sería interesante realizar este estudio en grupos de población masculina, para saber su opinión y conocimientos acerca de los problemas genitales y sexuales del hombre y la mujer, para así lograr la comprensión mutua.

EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA EDUCACION SEXUAL A LA POBLACION FEMENINA CONTROLADA EN UNA UNIDAD MEDICO MATERNO INFANTIL.

Cédula de Entrevista

Para aplicarse: a mujeres en edad reproductiva y vida sexual activa.

Objetivos: Obtener datos respecto a:
 a) Educación sexual, formas de realizar - actividad sexual, vigilancia médica - prenatal y salud materno infantil.

1. DATOS GENERALES:

1. Unidad médica a la que asiste la entrevistada

2. Motivos por los que asiste:

- a) Orientación sexual
 b) Planificación familiar
 c) Vigilancia prenatal
 d) Vigilancia médica del niño
 e) Otros _____
-

3. Edad de la entrevistada:

- 15 años
 15 - 25 años
 26 - 35 años
 36 - 45 años
 46 y + años

4. Estado civil:

- a) Soltera

--

b) Casada

c) Otros _____

5. Escolaridad

- a) Analfabeta
 b) Primaria
 c) Secundaria
 d) Preparatoria
 e) Estudios Comerciales
 f) Profesionista

II. EDUCACION Y VIDA SEXUAL

6. Usted recibió orientación suficiente sobre las funciones del sexo?

Sí

No

7. Quien le dió esta orientación:

- a) Sus padres
 b) Sus maestros
 c) Amigos
 d) Otros

8. Si recibiera un curso de educación sexual qué temas le gustaría escuchar?

- a) Anatomía del sexo
 b) Fisiología del sexo
 c) Como lograr relaciones satisfactorias
 d) Como planificar su familia
 e) Otros _____

9. A qué edad tuvo usted su primera relación sexual?
- a) 10 - 15 años

- b) 16 - 21 años
- c) 22 - 27 años
- d) 28 - 33 años
- e) 34 - + años
10. Usted prefiere relaciones sexuales:
- a) Con personas del sexo opuesto

- b) Con personas del mismo sexo
- En ambas respuestas solicitar explicación _____
- _____
- _____
11. Sus relaciones sexuales son:
- a) Muy satisfactorias

- b) Satisfactorias
- c) Poco satisfactorias
- d) No satisfactorias
12. Si las relaciones sexuales son poco o nada satisfactorias por qué las realiza?
- a) Por cumplir con sus obligaciones de esposa

- b) Por rutina
- c) Por otras razones _____
- _____
13. Para tener relaciones sexuales satisfactorias es necesario:
- a) Preparación amorosa previa

- b) Pareja físicamente agradable
- c) En forma repentina y con brusquedad
- d) Tener conocimiento de la participación que le corresponde

e) Otros _____

14. Para usted qué propósito tienen las relaciones sexuales:

- a) Placer sexual
 b) Reproducción humana
 c) Acumular experiencia sexual
 d) Conseguir interrelación completa con el sexo opuesto

III. ATENCION MATERNO INFANTIL

15. Cuantos embarazos ha tenido?

1 - 2 - 3 - 4 - 5 y más

16. Los embarazos frecuentes ocasionan problemas a nivel:

- a) Personal
 b) Familiar
 c) Socioeconómico

17. Quién la atiende en sus embarazos?

- a) Profesionales de la medicina
 b) Mujeres con experiencia
 c) Nadie porque usted cree que no es necesario

18. Lleva algún método para planificar su familia?

Sí

No

Cuál método _____

19. Dónde y quién le atiende sus partos?

Sitio Profesional Empírica

- a) Hospital
 b) Clínica privada
 c) Domicilio particular

20. Problemas de salud que ha tenido durante el puerperio?

- a) Procesos infecciosos
 b) Hemorragias
 c) Desgarros de músculos perineales
 d) Grietas en glándulas mamarias
 e) Otros _____

21. Quién cree usted que es el responsable del sexo del producto?

- a) Padre
 b) Madre
 c) No sabe

22. De los niños que ha tenido cuántos se le han muerto?
 1 -- 2 3 -- 4 -- 5 - y más

23. A qué edad fallecieron sus niños?

- 1 años
 1 - 2 años
 3 - 5 años
 6 y más años

24. Causas del deceso del niño?

- a) Malformaciones congénitas
 b) Enfermedades del aparato respiratorio
 c) Enfermedades del aparato digestivo
 d) Carencias nutricionales
 e) Otros _____

IV. PROBLEMAS SEXUALES

25. Está de acuerdo de que el hacinamiento provoca:
- a) Aumento de embarazos
- b) Incestos
- c) Propagación de enfermedades infecto-contagiosas
26. Tiene dolor o sangrado después de sus relaciones sexuales?
- Sí
- No
27. Esto cómo afecta su armonía conyugal y sexual?
- a) Repudiando las relaciones sexuales
- b) Disgustos con el esposo
- c) Otros _____
-
28. Tiene su esposo problemas genitourinarios?
- Sí
- No
- En caso de ser positiva la respuesta de qué manera afecta sus relaciones sexuales?
- a) Disminuyendo la comunicación sexual
- b) Impotencia
- c) Infidelidad conyugal femenino
29. Tiene relaciones sexuales con otras personas además de su pareja?
- Sí
- No
30. Está usted de acuerdo que la mujer reciba dinero por las relaciones sexuales?

Sí

No

En ambas respuestas solicitar explicación _____

31. Qué actitud toma usted con su pareja durante las relaciones sexuales?

- a) Desea el maltrato físico
- b) Agrade a su compañero
- c) Participación armoniosa

V. OBSERVACIONES

FECHA:

ENTREVISTADOR:

G L O S A R I O

- ABORTO:** Expulsión prematura del producto de la concepción antes de su viabilidad.
- ANTICONCEPCION:** Métodos o dispositivos que se utilizan para evitar el embarazo.
- CISTOCELE:** Exposición de la vejiga de la mujer a través de la vagina.
- COITO:** Unión sexual entre un hombre y una mujer en que hay relación pene-vagina.
- CONCEPCION:** Fusión de un óvulo y un espermatozoide dando origen a una nueva vida.
- CONTROL DE LA NATALIDAD:** Consiste en limitar el número de hijos por medio de los distintos métodos de control; aborto, abstinencia, esterilización y anticoncepción.
- CRIPTORQUIDIA:** Anomalia en que el testículo no descendió al escroto.
- EPISIOTOMIA:** Corte que hace el obstetra en el perine de una mujer gestante para que pueda nacer el bebé.
- FINOSIS:** Anomalia en que el prepucio está forzado o constreñido.
- HEMAFRODITISMO:** Individuo con hipersecreción de las glándulas endocrinas.
- HIPOSPADIAS:** En el sexo masculino defecto congénito que consiste en presentar el meato uretral en la cara ventral del pene.
- LEUCORREA:** Excreción vaginal.
- MENOPAUSIA:** Período en que la mujer deja de ser reproductiva, cesando la menstruación.
- MENSTRUACION:** Salida de escurrimiento sanguíneo desde el útero a través de la vagina, presentándose en la especie humana cíclicamente.

- OBSTETRA:** Médico especialista que ofrece atención prenatal durante el parto, y en el postparto a la mujer.
- PARTO:** Expulsión vaginal de un producto a término.
- PATERNIDAD RESPONSABLE:** Actitud consciente de los seres humanos frente al fenómeno de la reproducción.
- PLANIFICACION FAMILIAR:** Es el hecho de decidir si se espacian o limitan los hijos siendo decisión de ambos cónyuges.
- PRIAPISMO:** Erección anormal persistente del miembro viril masculino sin que se presente deseo sexual.
- PUERPERIO:** Período que se inicia después del parto y termina hasta que el organismo recupera sus características normales.
- VARICOCELE:** Obstrucción del tracto seminal por dilatación de las venas espermáticas.

REFERENCIAS

B I B L I O G R A F I A

- ALVAREZ G. Juan Luis, et. al., Educación sexual. Problemas-médicos en sexualidad. Año 1. No. 6. Septiembre -- 1976.
- ANUARIO ESTADISTICO. 1978. S.P.P.
- ASOCIACION MEXICANA DE PSIQUIATRIA INFANTIL. Desarrollo in fantil normal. México. (S.L.) de publicación. 1976
- BAENA Paz Guillermina. Manual para elaborar trabajos de -- investigación documental. México. UNAM. 1975.
- Manual para elaborar trabajos de in vestigación y tesis profesionales. México. UNAM. - 1979.
- BOSCH García Carlos. La tesis profesional. México. Ed. Por maca, S.A. de C.V. 1959.
- BOTELLA Llusia José. Endocrinología de la mujer. Barcelo-na, Ed. Científico-Médica. 1976.
- CALDERONE, Mary S. Técnicas anticoncepcionales. México. Ed. Interamericana, S. A. 1966.

- CORONA, Esther et.al., Educación sexual. Problemas médicos en sexualidad. Año 1. No. 6. Septiembre 1976.
- DEMAREST Robert. Concepción. Nacimiento y Anticoncepción. - México. Ed. México. 1970.
- CONSEJO NACIONAL DE POBLACION. México Demográfico - Breviario 1978.
- DIRECCION GENERAL DE ATENCION MEDICA MATERNO-INFANTIL. Paternidad responsable planificación familiar. México Ed. Pax-México, 1973.
- ESTADISTICAS VITALES de los Estados Unidos Mexicanos, México, 1974. Dirección de Bioestadística, S.S.A.
- FUGARTE Woods, Nancy. Sexualidad Humana en Medicina. México. Ed. Marin, S. A.
- GONZÁLEZ G. Salvador. Apuntes de educación sexual a la comunidad. México. Centro de salud mental "San Rafael".
- GOODE, William J. & Paul K. Hatt. Métodos de investigación social. México. Ed. Trillas, S. A. 1967.
- GUERIN Daniel. Kinsey y la sexualidad. Buenos Aires. Ed.-Leviatán. 1956.
- HILU Virginia. Participación de la escuela en la educación sexual. México. Ed. Pax-México, 1974.
- HOLGUIN Quiñones Fernando. Estadística Descriptiva. México, UNAM. 1979.
- HOLVEY, David N. El Manual Merck. Ed. Merck Sharp & Dohme Research Laboratories. E.U.A. 1974.
- LANGER Marie. Maternidad y sexo. Buenos Aires. Ed. Paidós 1978.

- LESLIE McCary James. Sexualidad Humana. México. Ed. El Manual Moderno, S. A. 1976.
- MASTERS William H. & Virginia E. Johnson. Respuesta sexual-humana. Buenos Aires. Ed. Inter-Médica, 1976.
- MENDIETA Alatorre Angeles. Tesis profesionales. México. Ed. Porrúa, S.A. 1978.
- MONROY de Velasco Anameli. Nuestros niños y el sexo. México Ed. Pax-México. 1975.
- NETTER Albert. Educación sexual. México. Ed. Salvat Editores, S.A. 1973.
- NOGUER Moré J. Diccionario enciclopédico de la educación sexual. Valencia. Barcelona. Ed. Aura. II. tomo.
- PODAIR Simon. Las enfermedades venéreas. Ed. Pax-México.- México. 1966.
- S.S.A. Dirección General de Atención Médica Materno-Infantil. México. Subsecretaría de Asistencia. Primer informe de actividades.
- S.S.A. Cartilla de la salud el sexo. Dirección General de Educación Higiénica, octubre 1974.
- S.S.A. Salud Pública de México. No. 3. V. XVIII. mayo-junio 1976.
- S.S.A. Tabulación de la Dirección General de Bioestadística de la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados. 1975.
- SAUVY, Alfred. El problema de la población en el mundo. - Madrid. Ed. Aguilar. 1961.
- SCHWARCZ Ricardo. et.al. Obstetricia. Buenos Aires, Ed. -- Librería El Ateneo. 1974.

- SOLOMON Philip. Manual de Psiquiatría. México, Ed. El Manual Moderno, S.A. 1972.
- SOTO Pérez Ricardo. Nociones de Derecho Positivo Mexicano. México, Ed. Esfinge, S. A. 1975.
- S.P.P. Divorcios registrados por causas y servicios asistenciales a internos. Dirección General de Estadística. 1979.
- VALENZUELA Rogelio H. et. al., Manual de Pediatría. México 1975.
- WILLIAM F. Ganong. Fisiología Médica. México. Ed. El Manual Moderno. 1971.