



17
200
C

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES QUE TIENEN LOS
ESTUDIANTES DE ENFERMERIA CON RESPECTO
A LA SEXUALIDAD.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A N :

MEDINA REYES AMPARO
QUITERIO PAZ HILDA
ROBLEDO MENESES ALEJANDRA

MEXICO, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1991



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 está 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

	PAGS.
I. INTRODUCCION.-----	1
1. QUE ES LA SEXUALIDAD.-----	10
Concepto.-----	10
Aspectos Biológicos de la Sexualidad.-----	10
Desarrollo y diferenciación Sexual.-----	12
Aspectos sociales de la Sexualidad.-----	13
Aspectos psicológicos de la Sexualidad.-----	14
2. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA SEXUALIDAD.-----	17
Epoca Antigua.-----	17
El pensamiento Oriental.-----	18
Las ideas Medievales y Renacentistas.-----	19
Los Siglos XVIII y XIX.-----	20
El Siglo XX.-----	22
La Sexualidad y la Sociedad Azteca.-----	30
3. ETAPAS DEL DESARROLLO.-----	44
La Sexualidad en el lactante.-----	46
La Sexualidad en la niñez.-----	48
La Sexualidad en el escolar.-----	49
La Sexualidad en la adolescencia.-----	50

	PAGS.
4. ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES -	
MASCULINOS. -----	53
Genitales externos. -----	53
Genitales internos. -----	60
ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES -	
FEMENINOS. -----	74
Genitales externos. -----	74
Genitales internos. -----	82
5. RESPUESTA SEXUAL HUMANA. -----	110
Concepto. -----	110
Generalidades sobre Estímulo Sexual. -----	111
Modelos Trifásicos de la Dra. Helen S. Kaplan. -----	113
Modelo de Masters y Johnson. -----	114
6. CICLO REPRODUCTOR FEMENINO. -----	135
Regulación hormonal de la función y la conducta -	
Sexual. -----	135
Las hormonas Sexuales. -----	136
Fisiología de la Reproducción. -----	138
Ciclo Menstrual. -----	140
7. DISPUNIONES SEXUALES. -----	147

	PAGS.
Sadismo. -----	140
Masochismo. -----	149
Voyeurismo y Escopofilia. -----	152
Troilismo. -----	153
Transvestismo. -----	154
Pedofilia. -----	155
Necrofilia. -----	156
Saliromania. -----	156
8. EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y NO DESEADO. -----	159
Cambios físicos en la adolescente. -----	159
Efectos psicosociales de la adolescente. -----	159
La adolescente embarazada. -----	160
El padre adolescente. -----	161
Reacciones de los padres al embarazo de la adolescen- te. -----	162
Embarazo no deseado. -----	163
9. ABORTO. -----	167
Concepto. -----	167
Aborto espontáneo. -----	168
Aborto inducido. -----	168
Etapas o fases del aborto. -----	170
Formas clínicas. -----	171

	PAGS.
<i>Complicaciones del aborto inducido.</i> -----	173
<i>Aspectos psicológicos del aborto.</i> -----	174
<i>Argumentos éticos contra el aborto.</i> -----	178
<i>Aspectos legales del aborto.</i> -----	180
<i>Aspectos sociales del aborto.</i> -----	183
<i>Aspectos religiosos del aborto.</i> -----	185
 10. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL. -----	 187
<i>Sífilis.</i> -----	188
<i>Gonorrea.</i> -----	191
<i>Chancroide.</i> -----	194
<i>Linfogranuloma Venéreo.</i> -----	195
<i>Herpes genital.</i> -----	195
 11. METODOS ANTICONCEPTIVOS. -----	 197
<i>Características.</i> -----	199
<i>Clasificación.</i> -----	200
<i>Ritmo.</i> -----	201
<i>Temperatura basal.</i> -----	204
<i>Método de Billings.</i> -----	206
<i>Método Sintotérmico.</i> -----	208
<i>Coitus Interruptus.</i> -----	208
<i>Ducha vaginal.</i> -----	210

<i>Lactancia.</i>	210
<i>Preservativo.</i>	211
<i>Diafragma.</i>	213
<i>Dispositivos intrauterinos.</i>	215
<i>Contraindicaciones.</i>	221
<i>Esterilización.</i>	222
<i>Contraceptivos inyectables.</i>	222
<i>Píldora.</i>	224
<i>Vasectomía.</i>	227
<i>Salpingoclasia.</i>	228
<i>Manifestaciones psicológicas.</i>	230
<i>Aspectos sociales.</i>	230
<i>Aspectos éticos.</i>	231
<i>Factores culturales.</i>	232
<i>Factores religiosos.</i>	233
<i>Tiempos hacia el uso de métodos anticonceptivos.</i> ..	234
13. MASTURBACION.	236
<i>Concepto.</i>	236
<i>Actitudes sobre la masturbación.</i>	236
<i>Desventajas de la masturbación.</i>	238
<i>Aprendizaje sobre masturbación.</i>	239
<i>Aspectos religiosos sobre masturbación.</i>	242

	PAGS.
13. RESULTADOS. -----	244
Cuadros, gráficas, análisis. -----	245
14. CONCLUSIONES. -----	352
15. ANEXOS. -----	358
16. BIBLIOGRAFIA. -----	364

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

La mayor parte de la población estudiantil de Enfermería está constituida por adolescentes y adultos jóvenes cuyo comportamiento sexual en producto de nuestra época.

En la actualidad se observa que las relaciones sexuales se realizan más precozmente que en épocas anteriores lo que puede atribuirse a varios factores entre los cuales está la influencia de factores socioculturales de nuestra época, como son los cambios relativos a la moral, religión, familia, valores personales, liberación femenina, y la superación de los tabús sexuales que influyen en esta iniciación temprana.

Los aspectos relacionados con la sexualidad humana, aún en esta época, tienden a ser tratados o expuestos a la población basados en prejuicios y mitos de antaño o bien no mencionados por las diferentes instituciones responsables de la educación del individuo como son la familia y la escuela.

Por otra parte se encuentran los medios masivos de comunicación (revistas, cine, televisión, espectáculos, etc.) que tienen gran contenido sexual expuestos abiertamente, pero la población tanto de niños y adolescentes como de adultos, no se encuentra preparada para manejar dicha información, debido a su ignorancia en el terreno de la sexualidad, además de que estos medios son enfocados únicamente desde el punto de vista co-

mercíal y no educativo. Por lo antes expuesto, sabemos que la información y formación que se dá en los años básicos de enseñanza, fuera o dentro de las instituciones educativas en el ranglón de la sexualidad, es incompleta, inexacta o en ocasiones distorcionada, puesto que el individuo sin excepción de clase social o nivel educativo aún no es capaz de aceptar su propia sexualidad y debido a ésto presenta sentimientos de culpa y vergüenza.

Como consecuencia, ya en la práctica en el momento de alguna de las expresiones de la sexualidad que tienen gran trascendencia como es la relación sexual, se manifiesta una conducta no responsable, apareciendo estas expresiones como una necesidad pero sin ser concientizadas a fondo para lograr un equilibrio emocional, de tal forma que no se evitan o se toman en cuenta consecuencias que más tarde se convierten en problemas sociales importantes. Estos problemas sociales no son más que resultado de una educación inadecuada de la sexualidad y son fácilmente detectables como los conflictos a utilizar métodos anticonceptivos, embarazos no deseados, abandono de hijos, aborto y enfermedades de transmisión sexual. Estos problemas afectarán directamente al núcleo familiar y siendo de la familia la unidad social en nuestros tiempos habrá que protegerla educándola para que se conserve su estado óptimo de salud en todos los aspectos.

Por las consideraciones anteriores surge la inquietud e interés de las tesisistas de realizar esta investigación sobre sexualidad en los estudiantes universitarios de la carrera de Enfermería para conocer su nivel de

preparación y actitudes hacia este tema, a lo largo de su carrera estudiantil, siendo ésta una parte intrínseca de la vida desde el nacimiento hasta la muerte, las personas tienen muchos problemas, necesidades y preguntas en cuanto a los papeles sexuales, las conductas sexuales, planificación familiar, la educación sexual, las inhibiciones sexuales y otros aspectos relacionados. La enfermera se encuentra a menudo ante estas preocupaciones por plantearse a la comunidad y por tanto requiera adoptar el papel de consejero sexual. Para que las enfermeras adopten este papel deben estar seguras, acerca de su propia sexualidad. Aunque se ofrece este consejo a las enfermeras repetidamente se dice muy poco sobre la manera de ayudarlas a sentirse "comodas" con su propia sexualidad.

La educación continua de la enfermera que ejerce y la incorporación de la misma en cursos apropiados de problemas de educación sexual le ayudarán a lograr este sentido de seguridad en sí misma. La finalidad de esta investigación es dar a conocer los resultados a las autoridades responsables de las escuelas encuestadas, para que implementen programas y cursos cuyo propósito sea enseñar a las enfermeras sobre los valores, actitudes sexuales, estilos de vida, alternativas, factores culturales, los conceptos erróneos y mitos que brindan un conocimiento más amplio sobre la conducta y funcionamiento sexual, ya que es imperativo que se satisfagan las necesidades de la sexualidad con información apropiada sin vergüenza o prejuicios, teniendo como concepto de sexualidad al conjunto de caracteres sexuales anatómicos, fisiológicos y psicológicos que se

manifiestan según las condiciones biológicas, éticas y jurídicas que forman el ambiente.

Esta investigación se llevará a cabo en las siguientes escuelas de enfermería: ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES "ZARAGOZA" y ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Conocimientos y actitudes que poseen los estudiantes de la carrera en Enfermería del nivel académico medio superior de las Escuelas: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Escuela Nacional de Estudios Profesionales "Zaragoza" e Ixtacala de la Universidad Nacional Autónoma de México, turno matutino y vespertino, en el período 1990-1991, sobre Sexualidad y factores que originan que dicha información se dé distorsionada e incompleta.

OBJETIVOS

GENERAL.

Analizar los conocimientos y actitudes que poseen los estudiantes Universitarios de Enfermería del nivel medio superior sobre sexualidad, así como factores que originan que dicha información se dé distorsionada e incompleta, con la finalidad de que en cada plantel encuestado las autoridades correspondientes estructuren y elaboren programas y cursos de educación sexual para que el estudiante reflexione sobre la importancia de conocer más sobre este tema.

H I P O T E S I S

*La sociedad y religión consideran el tema de la sexualidad como un tabú, -
prohíben el uso de métodos anticonceptivos no naturales, sancionan el -
aborto, el inicio de relaciones sexuales premaritales, el adulterio, la -
falta de información y preparación de los padres sobre estos temas, son -
factores que influyen para que los conocimientos sobre sexualidad se den-
distorcionados e incompletos dando por resultado una conducta sexual -
irresponsable e indiscriminada.*

V A R I A B L E S

CUALITATIVAS.

- *Sociedad.*
- *Religión.*
- *Conocimientos distorcionados.*
- *Conocimientos incompletos.*
- *Conocimientos exactos.*
- *Actitud irresponsable.*
- *Actitud responsable.*
- *Sexo.*
- *Estado Civil.*
- *Nivel de preparación de los padres.*

CUANTITATIVAS.

- *Edad.*

L I M I T E S

LUGAR.

- *Escuela Nacional de Enfermería Y Obstetricia.*
- *Escuela Nacional de Estudios Profesionales *Zaragoza*.*
- *Escuela Nacional de Estudios Profesionales Ixtacala.*

TIEMPO.

- *De noviembre de 1990 a abril de 1991.*

UNIVERSO DE TRABAJO.

- *Alumnos de Enfermería.*
- *Total 726 alumnos.*
- *Ambos turnos.*

M E T O D O L O G I A

La metodología se dividió en tres pasos.

- PASO Nº 1.** *Se llevó a cabo la revisión bibliográfica de aspectos relacionados con la Sexualidad Humana e investigaciones retrospectivas sobre la misma.*
- PASO Nº 2.** *Consistió en recopilar información acerca de los conocimientos sobre sexualidad y factores que originan que dicha información se dé distorsionada e incompleta en estudiantes de Enfermería nivel técnico, del turno matutino y vespertino de las siguientes escuelas: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Escuela Nacional de Estudios Profesionales *Zaragoza* e Ixtacala, aplicando un cuestionario como instrumento de recolección de datos.*
- PASO Nº 3.** *Se llevó a cabo la tabulación y análisis de la información obtenida para aprobar o disprobar la hipótesis planteada.*

QUE ES LA SEXUALIDAD

CONCEPTO DE SEXUALIDAD

La sexualidad constituye una dimensión fundamental del ser humano, influyendo decididamente en su formación y desarrollo, ya que participa de manera determinante, en la estructuración de la personalidad y en las diversas relaciones que se establecen entre los individuos.

La naturaleza humana es el resultado de la integración de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales cuya complejidad se manifiesta en la manera de pensar, sentir y actuar.

Partiendo de este enfoque integral del ser humano, se conceptualiza a la sexualidad como "la expresión psicosocial de los individuos como seres sexuados en una sociedad y cultura determinada" (1).

"Es el conjunto de manifestaciones y expresiones de tipo biológico, psicológicas y socioculturales que diferencian a cada individuo como varón y como mujer en su grupo social" que poseen en cada momento de su evolución y desarrollo. (2)

ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA SEXUALIDAD.

La sexualidad posee una base biológica universal que es el sexo. Es decir, el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que en la especie humana diferencian al varón y a la mujer y que al complementarse tienen entre sí la potencialidad de la reproducción.

Desde el punto de vista evolutivo, los organismos más primitivos fueron las primeras formas de reproducción. La reproducción sexual, desde el punto de vista del intercambio de material genético entre seres de la misma especie, es resultado de esta evolución.

En un momento dado de la evolución, los organismos empezaron a diferenciar células especializadas en funciones vitales, formándose así las células reproductivas llamadas gametos, lo que condujo al intercambio de material genético entre los progenitores. La diferenciación sexual en el ser humano es un proceso que ocurre a diferentes niveles y tiempos durante la vida prenatal y que sienta sus bases en el patrón cromosómico especial que fue establecido en el embrión durante la concepción.

Cada espermatozoide o gameto masculino porta un cromosoma sexual X o Y, mientras que el óvulo o gameto femenino contiene sólo el cromosoma sexual X. En el momento de la fecundación, el cromosoma X o el Y del espermatozoide se une al cromosoma X del óvulo y de esta forma se determina genéticamente el sexo del embrión.

(1) CONAFO "La Educación de la Sexualidad Humana",
Vol. 1 (Sociología y Sexualidad), 1ª Edición, México 1982;
pág. 33.

(2) *Ibidem*, Vol. 4 Educación y Sexualidad.

DESARROLLO Y DIFERENCIACION SEXUAL.

Luego de la fecundación del óvulo, los embriones que son genéticamente - femeninos o masculinos, son anatómicamente indistinguibles entre sí durante las primeras semanas del desarrollo, alrededor de la 6ª semana de la vida intrauterina, las gónadas primitivas (no diferenciadas) empiezan a organizarse ya sea en sentido de conformar un testículo o un ovario. - Posteriormente en el embrión que genéticamente es XY (varón), ocurre la diferenciación de la gónada primitiva en testículos que son funcionantes. En ausencia de niveles adecuados de testosterona, la diferenciación se - dirigirá siempre hacia fetos de sexos femenino independientemente de la dotación genética.

Los embriones de ambos sexos, se originan de los mismos elementos primordiales y conductos, de manera semejante, Los genitales externos derivan de las mismas estructuras embrionarias en ambos sexos pero su desarrollo es notablemente diferente. Alrededor de los 3 meses de vida intrauterina es posible determinar su sexo por el examen de los genitales externos.

Si hay presencia de niveles adecuados de andrógenos, la diferenciación - se orientará hacia el patrón masculino por el contrario, en ausencia de andrógenos la diferenciación será hacia el lado femenino.

ASPECTOS SOCIALES DE LA SEXUALIDAD.

Los seres humanos se conciben agrupados, asociados entre sí y con múlti-

ples relaciones formando los diversos grupos donde satisfacen sus necesidades sociales básicas; la sexualidad constituye una de éstas. Para lograr la convivencia social, la cultura, a través de los valores, las normas, las creencias y miembros de la sociedad. Este moldeamiento de la conducta del individuo abarca o incluye la conducta sexual debido a que su naturaleza social se hace evidente en la integración social.

Esto permite que los individuos a través de este proceso intercambien - experiencias sobre la base de la socialización.

El proceso de socialización está encaminado a que cada miembro del grupo haga suyos los elementos normativos establecidos para la convivencia. - En este sentido la sociedad presiona para que los individuos se comporten de una determinada manera.

La división de funciones para el varón y mujer, da lugar a la formación de guiones sexuales bien diferenciados; el guión sexual da la idea, la pauta, de como organizar la vida sexual de los miembros de la sociedad a la que pertenecen.

El contenido del guión es reflejo de la ideología social, siendo este introyectado en forma individual y paulatinamente desde el momento del nacimiento.

Las características que definen el comportamiento sexual de varón y mujer, es decir, los roles sexuales van a estar condicionados o sujetos a-

La concepción particular que cada sociedad tenga de ellos.

En el momento del nacimiento, se inicia un proceso de incorporación al medio social.

La sociedad frente a la familia ejerce un control para institucionalizar su marco ideológico, de tal forma que la familia es una institución con funciones específicas que expresan las características de la organización social a la que pertenece.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA SEXUALIDAD.

El individuo durante su socialización se enfrenta a un guión sexual al que tiene que apegarse para ser aceptado en la comunidad en que vive. Esta socialización permite al ser humano estructurar su identidad, es decir, encontrar, durante el proceso de desarrollo una forma individualizada de ser, sentir y pensar, que lo hace único y original dentro de su grupo.

La identidad que el ser humano ha de adquirir está matizada por el aspecto sexual y se convierte en una identidad sexual. Esta comprende tres aspectos básicos: la identidad del género, el rol del género y la orientación sexual.

La identidad del género se refiere a la consciencia de pertenecer a un sexo determinado.

El rol del género se refiere al comportamiento del individuo que hace evidente a la sociedad y así mismo el sexo al que pertenece. Generalmente este comportamiento responde a la identidad de género y a los usos y costumbres del lugar y la época.

En cuanto a la orientación sexual se refiere a la atracción, al gusto o preferencia del sujeto para elegir compañero en la relación coital, en la afectiva y en la fantasía.

Los tres componentes de la identidad sexual generalmente funcionan con una coherencia tal que los sujetos son "varones y mujeres" que responden al estereotipo, sin embargo, si alguna de estas entidades no concuerda totalmente con las otras, el sujeto puede seguir funcionando adecuadamente si la presión social se lo permite.

ANTECEDENTES HISTORICO DE LA SEXUALIDAD

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA SEXUALIDAD

EPOCA ANTIGUA.

Según datos sobre la descripción de la conducta y actitudes sexuales en diversos pueblos con anterioridad al año 1000 A. de C., el incesto estaba rígidamente proscrito, a la mujer se le consideraba como una pertenencia personal destinada a proporcionar placer sexual y a funciones de reproducción.

Los hombres tenían derecho a gozar de relaciones sexuales con muchas mujeres, la prostitución se hallaba muy extendida y el sexo se aceptaba como una realidad más de la vida cotidiana.

Con la aparición del judaísmo empieza a surgir una influencia recíproca de actitudes en torno a la sexualidad. Los cinco primeros libros del Antiguo Testamento, fuente ordinaria de la Ley Judía, contienen normas relativas a la conducta sexual. Así, en la enumeración de los Diez Mandamientos se prohíbe el adulterio, el Cantar de los Cantares alude al sexo como un impulso creativo y placentero. El hecho sexual nunca fue considerado malo en sí mismo, ni se restringió, únicamente con fines de procreación. Sin embargo en la antigua Grecia, eran comunes las relaciones entre adulto y adolescentes púberes, por lo general en el seno de un contexto educativo en el que el varón adulto tenía encomendada la formación ética e intelectual de sus hijos, a la vez se desaprobaba la homosexualidad y los actos de este género, principalmente entre hombres adul -

Los y muchachos impúberes.

En Atenas, las mujeres carecían de derechos legales y políticos en la misma medida que los esclavos; durante toda la vida se hallaban sometidos a la autoridad del pariente más cercano.

En todos los ámbitos geográficos, en el primer milenio A. de C., las mujeres no pasaban de ser mera pertenencia. A finales del siglo IV D. de C., la Iglesia pone de manifiesto sus negativas posturas en torno al sexo, condenado en todas sus formas.

EL PENSAMIENTO ORIENTAL.

La actitud frente al sexo en el Islam, el hinduismo y el Antiguo Oriente, era en general mucho más positiva que en Occidente. Según Bullough, un segmento de la sociedad hindú aprobaba casi todos los comportamientos de índole sexual, en China el sexo no era un hecho que inspirase temor, o que se considerara pecaminoso, sino que se estimaba como un acto de culto y veneración, incluso como la senda que conducía a la inmortalidad.

En la antigua China y en el Japón ancestral, existían manuales que cantaban el éxtasis del goce sexual y sus variedades como por ejemplo el Kama sutra.

LAS IDEAS MEDIEVALES Y RENACENTISTAS.

Durante los Siglos XII y XIII, a medida que la Iglesia consolidaba su po

der, la postura de la jerarquía oficial en el terreno sexual fue repudio, salvo cuando el objetivo era de procreación.

Por estas fechas surge entre la nobleza y las clases adineradas una nueva forma de vida que acarrea una separación entre la vida cotidiana y - las enseñanzas religiosas. Esta nueva pauta es el llamado amor cortés, - caballeresco, que promueve un Código novedoso de conducta, moralmente - aceptable, en el que la mujer se eleva a un plano immaculado y donde el - romanticismo, los amores secretos y el valor hallan acomodo en las can - ciones de los juglares, la poesía y la prosa literaria.

El amor puro se consideraba incompatible con los apetitos carnales, y - en ocasiones los enamorados se ponían a prueba haciendo desnudos en la - cama para calibrar la profundidad de sus sentimientos y absteniéndose de toda relación sexual.

Poco después de la época del amor sublime, hicieron su aparición los cin - turones de castidad que surgen para impedir las violaciones, pero a la - vez sirvieron como posesiones personales del varón.

El cinturón de la época medieval consistía en un armazón de metal que - pasaba por entre las piernas de la dama de delante hacia atrás. Iba pro - visto de dos pequeñas aberturas rígidas que facilitaban la evacuación de los residuos corporales, pero que impedían eficazmente penetrar a la mu - jer. Una vez encajado el cinturón sobre las caderas; el consorte podía - quedarse con la llave si era su deseo.

El resurgimiento del humanismo y de las artes en la Europa de los Siglos XVI y XVII, llevó aparejada una distensión de las restricciones sexuales así como un desapego respecto a las fórmulas del amor sublime.

Por aquella época Europa sufrió una epidemia de sífilis seguramente traída de las Américas y es posible que fuera un motivo para limitar la promiscuidad sexual.

LOS SIGLOS XVIII y XIX.

Durante el Siglo XVIII en Inglaterra y Francia existía una amplia tolerancia sexual en la América Colonial prevalecía la ética puritana. Se condenaba la sexualidad fuera del matrimonio y se alentaba la solidaridad familiar. Los que incurrían en adulterio o tenían contactos íntimos antes del matrimonio eran azotados y obligados a excusarse en público.

En los Estados Unidos, la moral puritana se prolongó hasta el Siglo XIX. En 1820 y 1830 se construyeron diversos grupos cuya tarea principal era combatir la prostitución y redimir a las "mujeres caídas" que ejercían el oficio. Pese a las diversas organizaciones colectivas como la Sociedad Americana para la Prevención del Libertinaje, el Vicio y el Fomento de la Moralidad y la Sociedad Americana para la Observancia del Séptimo Mandamiento, la prostitución se generalizó todavía más.

A mediados del Siglo XIX, coincidiendo con el principio de la época victoriana, el remilgo y la pudibundez reaparecieron en Europa, en esta oca

sión menos vinculado con la religión. El espíritu del puritanismo victoriano consistía en la represión sexual y en un sentimiento arraigado del pudor, exigidos por la presunta pureza e inocencia de las mujeres y los niños.

Se consideraba indecoroso ofrecer a una señorita un muslo de pollo, en algunas casas las patas del piano se cubrían con crinolina, y jamás se ordenaban juntos los libros de autores de distinto sexo a menos de que estuviesen unidos en matrimonio. En 1870 el Consistorio Municipal de St. Louis permitió legalizar la prostitución, lo que provocó un enorme alboroto en toda la nación.

Una vez más se formaron grupos para combatir la inmoralidad sexual, este movimiento alcanzó varios éxitos en el plano legislativo.

En aquellas épocas se aprobaron las primeras leyes que prohibían la pornografía, existía también la otra cara de la moneda: un mercado clandestino de escritos e ilustraciones de carácter sexual con una gran masa de compradores. En Europa, la prostitución era una práctica común y en la década de 1860, una Ley aprobada por el Parlamento Británico legalizó y regaló su ejercicio. En las clases menos favorecidas la miseria obligó a prostituirse a muchas jóvenes.

La ciencia y la medicina reflejan una actitud negativa hacia la sexualidad, característica de la época. La masturbación se conceptualiza según

Las diversas teorías.

Se pensaba que la mujer tenía poca o ninguna capacidad de respuesta sexual y se le consideraba inferior al hombre, tanto física como intelectualmente. En el último cuarto de Siglo XIX, el psiquiatra Alemán Richard Von Krafft-Ebing, estableció una clasificación de las disfunciones sexuales. Por un lado, propugnó la comprensión y el tratamiento médico de las denominadas perversiones sexuales, pero al mismo tiempo su libro mezclaba indiscriminadamente el sexo, la delincuencia y la violencia. Centró gran parte de la atención en aquellas facetas de la sexualidad que consideraba anormales como el sadomasoquismo, la homosexualidad, el fetichismo, y la bestialidad (contacto sexual con los animales), muchos lectores acabaron experimentando una aversión general ante cualquier conducta sexual.

EL SIGLO XX.

Al doblar el Siglo se empieza a investigar la sexualidad en forma más objetiva. La obra de científicos relevantes como Albert Moll, Magnus Hirschfeld, Iwan Bloch y Havelock Ellis, se conjuga con las dinámicas teorías de Freud para iniciar un contundente cambio de mentalidad tocando al sexo.

FREUD:

Sigmundo Freud (1856-1939) era un médico vienes que logró demostrar la -

importancia que tiene la sexualidad en la existencia humana. Freud estaba convencido de que la sexualidad era la fuerza primigenia que motivaba los actos humanos y la causa principal de toda la variedad de neurosis, - trastorno mental en el que domina la angustia y se distorsiona las facultades para abordar los problemas, reveló con claridad la incidencia de - la sexualidad en los lactantes y los niños.

Freud alumbró muchos conceptos novedosos en lo tocante a la sexualidad. - El más conocido, el llamado complejo de Edipo, alude a la irresistible - atracción sexual que siente el niño hacia su madre acompañada de una mezcla ambivalente de amor, odio, temor y rivalidad hacia el padre.

Freud sostenía también la tesis de que el niño teme la pérdida del pene - como atroz castigo infligido por el padre (angustia de castración) y que la niña se siente celosa y defraudada por la carencia de pene (envidia - del pene), según Freud, estas emociones actúan básicamente en el incons - ciente un nivel de la persona más profundo que la realidad consciente.

De 1920 a 1940, al término de la primera guerra mundial se producen en - Europa y en los Estados Unidos grandes transformaciones sociales que di - fieren drásticamente de los criterios de la época victoriana. Por la in - fluencia de la cada vez más extendida libertad social y económica de la - mujer y el fácil acceso del automóvil, los postulados en material sexual que caracterizan la Era de Jazz favorecen la creciente desinhibición del

sexo y se acompañan de cambios paralelos en la moda, el baile y la literatura.

Las mujeres se comprometen profesionalmente en la revolución sexual que se avecina.

En 1926, el ginecólogo Theodoro Van de Valde publicó *Ideal Marriage*, un texto en el que se entra en detalles sobre una extensa gama de técnicas sexuales y que admite prácticas como el sexo buco-genital.

KINSEY:

Alfredo C. Kinsey (1894-1956), zoólogo de la Universidad de Indiana, fué requerido para participar en un curso extra-académico sobre el tema del matrimonio, que se compartió en el verano de 1938.

Aunque Kinsey y sus colaboradores intentaron describir el comportamiento sexual del individuo, al margen de valoraciones morales y médicas, se les reprochó severamente la falta de rigor metodológico y la supuesta inmoralidad de su investigación.

Kinsey murió en 1956, amargado y desilusionado, pero en los años siguientes los efectos de sus laboriosas investigaciones se dejarían sentir con fuerza. Como secuela de los estudios de Kinsey siguieron unos tiempos precedidos por no poca confusión en el campo de la sexualidad. Las relaciones premaritales adquirieron mayor difusión aunque al parecer bastan-

A finales de los setenta y principios de los ochenta, la Organización - Moral Majority (mayoría moral), fundada por el reverendo Jerry Falwell, - se propuso bloquear la educación sexual en la escuela pública y desató - una campaña en contra de la promiscuidad sexual, al parecer sin aceptar - otra fórmula que no fuese la relación matrimonial. El movimiento en fa - vor del "derecho a la vida" combatió la legalización del aborto y trató - sin conseguirlo, que se aprobara una enmienda constitucional que prohi - bía el aborto bajo cualquier pretexto. En 1983 la Administración Reagan - los padres de la adolescentes que solicitaban anticonceptivos. Un sector - del país contempló con gran alarma cómo a finales de los setentas y prin - cipios de los ochenta se debatía lo que parecía una nueva epidemia de - Enfermedades de Transmisión Sexual: el herpes genital, que afectaba prin - cipalmente a heterosexuales, y el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia - Adquirida), que causó estragos sobre todo ante los varones homosexuales. Puesto que no se contaba con elementos terapéuticos para curar ambas en - fermedades y dado que parecía consecuencia de la promiscuidad sexual, - hubo quién vió en ellas un castigo que Dios infligía a los que transgre - dían las normas sexuales.

LA SEXUALIDAD EN LA SOCIEDAD AZTECA.

La organización social, política, cultural y las formas que asume la re - producción material de la sociedad, incluyen y determinan la manera di - recta o indirecta del sistema de valores, las costumbres, los tabúes y - las formas que en general asume la sexualidad en una sociedad determina -

- complementarios que condicionaron la visión que los norteamericanos tenían de la sexualidad. Cabe destacar, 1) la práctica de la cohabitación no matrimonial o sea, la vida en común bajo el mismo techo, empezó a cobrar creciente importancia, como etapa previa al matrimonio.
- 2) La legalización del aborto por el Tribunal Supremo Federal en 1973, - hizo posible abortar sin peligro.
- 3) La decisión que tomó la Asociación de Psiquiatría de los Estados Unidos en 1974, de excluir a la homosexualidad del cuadro de enfermedades mentales, preparó el terreno para el paulatino reconocimiento de los derechos exigidos por el movimiento gay.
- 4) La cada vez más amplia conciencia de la importancia de todas las formas de agresión o vejación sexual prolongación en parte del movimiento de liberación de la mujer y, también, resultado de la labor de científicos y especialistas que mostraron con eficacia que la violación no es tanto un delito de agresión como un delito fruto de pasiones exacerbadas, estimuló la aprobación de importantes cambios en el contenido de las leyes con vistas a la actualización de los trámites procesales para juzgar los casos de violación y dió lugar a una proliferación de centros dedicados a tratar las compulsiones de cierto tipo de violadores.
- 5) El surgimiento de nuevas modalidades de fecundación, que culminaron en 1978, con el nacimiento del primer "bebé de probeta", se ha perfeccionado hasta el punto de lo asombroso, como la técnica de trasplante de embriones y el método, muy cuestionado de las "madres sustitutas."

da.

El mundo Asteca era un mundo cerrado, en donde cada cosa, cada hombre, - respondía a un orden cósmico que la englobaba y le daba sentido. Pero - a la vez, este orden cosmogónico no encontraba su fin en sí mismo, se - explica por la existencia de un estado guerrero que desde sus orígenes - había hecho de la guerra una forma de vida.

En el extenso territorio que comprende Mesoamérica, aproximadamente mile nio antes de nuestra era se observa el desarrollo de una vida concentra- da en aldeas, habitado por campesinos que se esfuerzan por hacer surgir- de la tierra los granos que constituyen la base de su alimentación.

El conjunto de las ideas y representaciones de estos hombres, confluyen- en una cosmogonía en donde las fuerzas naturales son las que asumiendo - el papel de los dioses creadores del universo deciden el destino del hom- bre. Las buenas y las malas cosechas (a partir del momento en que se in- venta la agricultura), dependen de la gratitud o ingratitude de los dio- ses y éstos a su vez, actúan movidos por la bondad o la maldad de las - acciones de los hombres.

Por otra parte, en ese contacto establecido entre el hombre y las fuer- zas sobrenaturales para propiciar las buenas cosechas, parece proyectar- se el principio de la fecundidad femenina.

Desde el punto de vista mítico, existe una asociación directa entre la-

mujer y la tierra, de la misma manera que la mujer constituye y simbólicamente asume el lado fértil de la pareja en la dotación de frutos y productos que aseguran la vida humana. Así los cambios que el desarrollo de la agricultura produjeron haciendo posible un aumento de la población; favorecieron los asentamientos humanos en lugares fijos, permitieron la inversión del tiempo libre en actividades no directamente relacionadas con la sobrevivencia física e impulsaron el desarrollo de la vida social. La nueva situación obligó al hombre a adoptar formas de vida social cada vez más compleja, lo que se fortalecía a través de las creencias y temores mágico-religiosos.

ORGANIZACION SOCIAL

En el estrato dominante se encontraba la nobleza, relacionada entre sí por parentesco y constituida por los señores y sacerdotes.

En cuanto a la descendencia predominaba, la patrilocal, es decir, vivían en el lugar del padre, y patrilineal, cuando la filiación se hacía por vía masculina.

Los casos de matrimonios patrilineales demuestran la ausencia de reglas de exogamia patrilineal.

Los nobles poseían el derecho de practicar la poligamia, es decir, un hombre tenía el derecho de poseer un número ilimitado de esposas, mayor número de mujeres significaba acrecentamiento del bienestar material, se

les recomendaba la fabricación de productos que pudieran venderse o cambiarse, especialmente la confección de gran número de mantos preciosos - muy estimados en el comercio. También existieron grupos intermedios importantes como los comerciantes y algunos artesanos altamente especializados.

LOS DIOSES, LOS MITOS Y LA SEXUALIDAD.

Los Aztecas tenían la idea que era "un pueblo elegido para cumplir el destino del mundo". Debían realizar una misión trascendental de la cual dependía la continuidad del Universo. La misión consistía en un esfuerzo permanente por mantener el orden cósmico, situados al lado del sol en su lucha diaria contra la luna y las estrellas, símbolos de los poderes del mal y de la noche.

En esta lucha diaria los Aztecas debían combatir a las fuerzas del mal - situados al lado de la luz, del valor, de la sobriedad y del dominio sexual, encontrar de las fuerzas de la noche, de la cobardía, de la embriaguez y de la incontinencia sexual.

Esta lucha es explicada, desde el punto de vista mítico de la siguiente manera: La vieja Diosa de la Tierra, la Coatlicue, después de haber procreado a la luna, llamada Coyolxauhqui, y a sus hermanas las estrellas, optó por una vida de retiro y castidad al servicio del templo.

Pero un día, al estar barriendo encontró una bola de plumón que guardó - sobre su vientre. Momentos después de dió cuenta de que la bola de plumón había desaparecido, e instantáneamente tuvo la sensación de que esta ba embarazada. El embarazo de su madre provocó tal ira y violencia en - La Coyolxauhqui y sus hermanas que acordaron matar a la vieja diosa. En el momento de que la vieja diosa la Coatlicue iba a ser asesinada por - sus hijas dió a luz a Huitzilopochtli, el sol quien con la serpiente de fuego (el rayo solar), decapitó al Coyolxauhqui y puso en fuga las estre llas. A fin de proseguir su marcha y no permitir que las tinieblas cubrieran el mundo, huitzilopochtli, tenía cada día que entablar combate - con sus hermanas. Pero, para salir victorioso de la lucha necesitaba - poseer el vigor y la fuerza que proporcionaba el Chalchihuatl, la sangre humana. De ahí que el sacrificio sea un deber sagrado para el sol y una necesidad para preservar la vida; para asegurar el equilibrio celeste, - los Aztecas consideraron necesario inmolar anualmente millares de víctimas.

Los dioses aparecen con frecuencia como parejas, a hombre y mujer o unidos entre sí por lazos consanguíneos. Son hermanos o hijos o padres.

Los mitos cosmogónicos explican el origen del mundo, de los dioses, del hombre y de sus actividades fundamentales. Estas explicaciones presentan el concepto de un doble principio creador masculino y femenino, del que proviene todo cuanto existe. Este principio dual estaba formado por Omtecutili, señor de la dualidad y Omtecihuatl, señora de la dualidad,

quienes engendran cuatro hijos a cuyo cargo estuvo la creación del mundo. Hicieron luego el fuego, medio sol, luego hicieron a una mujer y a un hombre, a él le mandaron que abrase la tierra y a ella que hilase y tejiese, y que de ellos nacerían los macehuales, y que no holgasen, sino que siempre trabajasen, dándoles a ella granos de maíz para que con ellos curase y usase de adivinanzas y hechicerías.

Las deidades más importantes de la sexualidad eran Tlazoltéotl, Xochiquétzal y Xochipilli, un estrecho lazo ligaba la naturaleza igualmente estrechos eran los nexos entre estas deidades y las que representaban fenómenos naturales que de alguna manera influían en la reproducción.

En la fiesta más importante a Tezcatlipoca, que simboliza el ciclo anual del sol, el prisionero que sería sacrificado veinte días antes de llegar a esta fiesta mudábase las vestiduras, y casábase con cuatro doncellas, con las cuales tenía conversación carnal aquellos veinte días que restaban de su vida.

La deidad, quizá más abiertamente dedicada a la sexualidad era Tlazoltéotl. Se desconocen mitos que expliquen su origen.

La diosa del amor carnal llamada también Tlazcuani "comedora de inmundicias", la ceremonia más importante de esta diosa en donde se efectuaba la confesión de los pecados, de las inmundicias morales, consistía en la perforación de la lengua y las orejas tantas veces como pecados se hubiesen cometido. A través de esta perforación se atravesaban unas pajitas-

que lanzaban hacia atrás sobre sus espaldas, y que los sacerdotes recogían ensangrentadas y las arrojaban al fuego purificador. Este acto se daba una vez en la vida y lo llevaban a cabo únicamente los viejos. La confesión y el cumplimiento de la penitencia eran suficientes para perdonar el pecado.

La diosa suprema del amor y de las flores llamada Xochiquétzal, patrona de las tejedoras y las prostitutas. Frecuentemente es identificada con Tonancacihuatl, de quién se dice también que fue la primera mujer que murió en la guerra. Los mitos narran que su origen, explican que fue hecha del cabello de la diosa creadora para que fuese mujer del hijo de la primera pareja humana. De allí que se diga que es ella quién realiza el primer acto sexual y el primer parto. Entre las muchas ceremonias que se hacían en honor a Xochiquétzal, se celebraba un rito que consistía en una danza en la cual los jóvenes iban vestidos de pájaros y mariposas y las mujeres de flores. Esta fiesta de la fertilidad representaba el acto sexual sobre el delicado símbolo de colibríes y mariposas penetrando las flores.

La otra gran deidad de la sexualidad era Xochilpillí, señor de las flores y el amor, representante del verano, aparece casado con Xochiquétzal ambos eran adorados especialmente por las gentes de las chinampas. Se les asocia sobre todo al placer y a las relaciones sexuales ilícitas.

La fiesta llamado Xochihuitl, realizada en su honor, se caracteriza por-

la ausencia de sacrificios humanos, por el ayuno sexual y el castigo a su incumplimiento.

ADIVINACION, SIGNOS Y ENFERMEDAD.

El conocimiento de prácticas mágico-religiosas amorosas, entre los Asteecas, estaba sustentado en 4 elementos principales: el primero consiste en un conjunto de palabras o frases llamadas conjuros, cuyo fin era inducir a las mujeres a la lujuria. El segundo elemento es la adivinación, práctica que consiste en un intento por conocer y predecir los pensamientos, sentimientos y actitudes y comportamientos de la persona objeto del interés amoroso. El tercer elemento lo constituía, las bebidas y comidas utilizadas para obtener trances, adivinatorios, aumento o pérdida del vigor sexual, modificación en los sentimientos, etc. Y por último el colibrí o pájaro del amor, avecilla que habitaba en el cielo oriental, junto a los guerreros que acompañaban a Huitzilopochtli o Colibrí zurdo en su recorrido ascendente. En su ciclo ritual anual, Huitzilopochtli aparece en marzo y desaparece en noviembre, reproduciendo el ciclo del colibrí. Durante el invierno estas aves duermen y pierden su plumaje y despiertan con el inicio de las lluvias, su alimentación la obtienen exclusivamente el néctar de las flores por allí se puede establecer su nexa con Xochipilli, el Dios de las flores y del amor.

SEXO, MATRIMONIO Y FAMILIA.

La familia es la Institución donde se efectúa la reproducción de la so -

ciudad Azteca, el acto de la procreación tenía como fin último engendrar hijos sanos y robustos que pudieran convertirse en guerreros aptos para la lucha y en miembros útiles para su sociedad.

Las concepciones patriarcales en que descansaba el orden social Azteca - se manifestaban de diferentes maneras, las que no tenían posibilidad de ocupar cargos públicos o sacerdotales y dentro del ámbito familiar, tampoco podían ejercer prácticas poligámicas, solo los hijos varones tenían derecho de herencia, que a diferencia del hombre, a la mujer se le exigía castidad prematrimonial y fidelidad conyugal.

La poligamia que era una práctica común en los grupos privilegiados, contribuía por un lado, a acelerar el crecimiento demográfico al hacer contrapeso a los efectos de las frecuentes guerras y por otro lado era necesario para el establecimiento de alianzas políticas y comerciales.

El levirato fue también practicado por los Aztecas, cuando un hombre moría dejando hijos menores, el hermano del difunto se hacía cargo de los sobrinos y tomaba a la viuda como mujer adicional.

La disolución del matrimonio, no era frecuente, pero requería de una minuciosa reglamentación y consistía en una situación jurídica bien determinada. Se autorizaba a un hombre a divorciarse si probaba que su mujer era estéril o que descuidaba las tareas del hogar, la mujer por su parte, podía obtener una sentencia favorable, si probaba que era golpeada con fre

cuencia o que ella y sus hijos habían sido abandonados.

La edad considerada adecuada, para contraer matrimonio era alrededor de los 20 años para el hombre y 16 para la mujer. El matrimonio era un asunto que resolvía la familia y de ninguna manera lo decidían los individuos en particular, la elección del conyuge estaba condicionada por los requerimientos de consolidación política, económica o social que presentaba la familia y donde el amor o la atracción sexual ocupaban un lugar secundario.

Para la realización de un matrimonio se requería de la anuencia de las dos familias, así como también del consejo de ancianos, y cuando se trataba de jóvenes miembros del Calmécac o del Tepochcalli, era necesario el consentimiento de las autoridades de ambas escuelas.

En la sociedad Azteca cuando se habla de familia se hace referencia a un grupo doméstico que habita en un lugar común, cuyos miembros presentan diferencias de una región a otra, desde la perspectiva económica, la familia era una unidad de producción y consumo, en donde la división sexual del trabajo asignaba a los hombres las labores agrícolas y gran parte de la producción artesanal. Por su parte, a la mujer le correspondía además del cuidado de los niños y las labores de la casa, el hilado y el tejido, es decir, la producción textil.

El adulterio era objeto de una fuerte represión legal, (pena de muerte), represión que se expresaba también a nivel ideológico a través de una

serie de mitos ampliamente difundidos, con la cual el castigo quedaba - asegurado, independientemente de que el hecho fuese conocido. En este - sentido se decía que la mujer adúltera padecería enfermedades crónicas, - perdería la vida y quedaría inválida, etc.

EMBARAZO Y PARTO.

No había hecho más temido por la mujer azteca que la esterilidad y éste - era un fenómeno atribuido a una debilidad o una carencia estrictamente - femenina, nolo cabía la posibilidad de estériles, los hombres eran nece - sariamente fecundos.

La mujer estéril se exponía al rechazo público y privado, el divorcio - era una consecuencia directa de esta situación. Este fenómeno era refle - jo de una organización social y política en donde la actividad militar - consistía en principal elemento en que se basaba su poderío. En este - sentido el número de hijos que una mujer tuviera, determinaba en última - instancia la posibilidad de que el estado y su aparato militar continua - ra llevando a cabo las constantes aventuras guerreras que requería para - su sostenimiento.

Entre los múltiples consejos, había uno que iba dirigido a los dos futu - ros padres y que se refería a la necesidad de realizar el acto sexual - con la menor frecuencia posible, para así evitar alguna deformación en - manos y pies o en los dedos del recién nacido, o más grave aún que la ma - dre pudiera morir en el parto, ya que el exceso de semen en un cuerpo en

proceso de gestación carecía de su sentido generador y se transformaban en una sustancia que por sus características propias se hacía tan pegajosa que podría obstaculizar la salida del niño del vientre materno, provocando la muerte a ambos.

Desde los inicios del embarazo la mujer quedaba bajo los cuidados de una comadrona llamada *ticitl*, a cuyo cargo quedaban todas las enseñanzas y recomendaciones que la futura madre debía conocer.

Por otra parte, existía una serie de creencias en relación al embarazo, por ejemplo: para salir de la casa cuando ya el sol se había ocultado, la mujer debía llevar junto a su cuerpo un poco de ceniza, para evitar que los fantasmas surgidos al anochecer la asustaran. También se decía que observar el labio leporino, a menos de que llevara bajo sus ropas un cuchillo de obsidiana.

En caso de terremotos o temblores de tierra, las ollas de la casa donde habitaban una mujer encinta debía cubrirse de que cuando una mujer paría dos niños, alguno de sus padres podría morir, y para evitarlo, a veces mataban a los dos.

PARTO.

El parto entre los Aztecas era considerado como una especie de combate, donde las mujeres asumían el papel de guerreros, de ahí que al momento del parto se llamara momento de la muerte. Cuando el parto se hacía

inminente la comadrona, preparaba a la parturienta, el lugar en que había de parir y los objetos e instrumentos que utilizaría. Estos preparativos se hacían con regulares medidas higiénicas y en la experiencia y conocimientos precisos del funcionamiento del cuerpo femenino.

La ticitl daba a comer a la parturienta una comida especialmente preparada por ella para estos menesteres, posteriormente procedía a bañarla, luego enderezaba a la criatura si el caso lo requería y por último le daba de beber agua de una hierba llamada cihuapactili, que aceleraba la salida del niño, acto seguido se aprestaba para recibirlo. En el momento de recibir al niño, la partera emitía un grito de guerra, porque esto significaba que la paciente había vencido.

Cuando la parturienta no lograba salir airosa y moría, la tristeza de la familia era mitigada por la creencia de que a la mujer muerta la esperaba en la otra vida la felicidad y la alegría en la casa del sol y junto a él.

Después de morir le lavaban el cuerpo y los cabellos peinándolos y dejándolos sueltos, le ponían sus mejores prendas y el marido la tomaba a cuestas para llevarla al lugar donde debían de enterrarla.

La mujer muerta en el parto recibían los mismos honores que los guerreros muertos en batallas, y se convertían en dioses llamados Cihuateteos que acompañaban a Huitailopochtli, en su recorrido diario del cenit hacia el ocaso.

ETAPAS DEL DESARROLLO

ETAPAS DEL DESARROLLO

Para abordar este tema el cual encierra la evolución sexual del individuo, es importante tomar en cuenta a Freud uno de los primeros teóricos que reconocieron la existencia de la sexualidad durante todo el ciclo vital.

Distingue Freud cinco fases:

Durante el primer año de vida que corresponde a la fase oral, la boca es el núcleo primario de la energía y gratificación sensual, los pequeños no solo se recrean ostensiblemente con la succión, sino que se ponen todo en la boca, para explorar los objetos y apreciar como son realmente.

En la fase anal, que va desde la edad de 1 año hasta los 3 años, el goce sensual se proyecta en la región anal. Al proceder a la evacuación intestinal se le ofrece al niño la primera oportunidad real de mostrarse un poco independiente de la vigilancia de los padres. El hecho de contener las ansias de defecar o bien de dar libre paso a esta necesidad le produce un placer tanto físico como psicológico.

La fase fálica oscila entre los 3 y 5 años aproximadamente, el interés erótico revierte en los genitales. En este punto Freud distingue dos vías, según se trate de un niño o de una niña.

Al tiempo que el chico se masturba y experimenta placer erótico, fanta -

sea con poseer a su madre o padre. Esta fantasía da lugar al llamado complejo de Edipo (según el mito griego de este personaje, que sin saber lo mató a su padre y se casó con su madre); el niño siente celos del padre, al que ve como un rival en busca del cariño de la madre, pero al mismo tiempo el niño toma a su poderoso progenitor y en especial le asusta la idea de que pueda castigarle cortándole el pene. Esta angustia de castración se apoya en dos razonamientos lógicos: 1) por un lado teme que se le prive del pene por ser éste el órgano de placer, 2) a estas alturas el pequeño sabe ya que las niñas no tienen pene, lo que le sugiere la idea de que es un órgano del que se le puede privar, el niño renuncia a poseer sexualmente a la madre y a la hostilidad hacia el padre y, en vez de ello, se identifica con este último.

El equivalente del complejo de Edipo en las niñas (denominado complejo de Electra, una legendaria princesa griega que ayudó a dar muerte a su madre), en sustancia se basa en el hecho de que la niña, viendo que carece de pene, se siente defraudada y experimenta la envidia del pene, que moviliza en ella el afán de poseer a su padre y de ocupar el puesto de la madre; a la que culpa del dilema en que se halla.

Tras resolver los complejos de Edipo y Electra, según el caso; entra a la fase de latencia en la que se presume que los impulsos sexuales disminuyen su importancia. En este período, el niño pugna en torno a intereses no sexuales, que conciernen a objetivos intelectuales y sociales. Esta etapa finaliza al sobrevenir la pubertad, en que las fuerzas biológicas internas activan la Fase Genital, poco a poco los adolescentes

aprenden a centrar sus impulsos sexuales en las relaciones heterosexuales en general y en el coito en particular, manifestando por último la madurez sexogenital del adulto.

Un brevísimo esbozo de las teorías freudianas sobre el desarrollo sexual nunca puede expresar adecuadamente la riqueza de su obra ni la complejidad de sus teorías. El influjo de Freud en la sexología moderna ha sido profundo, y aún hoy continúa manifestándose.

LA SEXUALIDAD EN EL LACTANTE.

Muchos recién nacidos varones tienen erecciones a los pocos minutos del parto, a menudo antes de que se haya procedido a cortar el cordón umbilical. Igualmente, las recién nacidas tienen lubricación vaginal y erección clitoríca en el transcurso de las primeras 24 horas, de modo que es evidente que los reflejos sexuales se producen ya desde el momento mismo del nacimiento y, probablemente, en la Fase de Gestación (3).

Una fase importante de la sexualidad del recién nacido se asienta en la placentera intimidad entre los padres y el pequeño, a través de los mimos, caricias y abrazos, prolongándose en las actividades como la lactancia, el baño, el vestir al pequeño y otras actividades que refuerzan este vínculo. Un bebé que carezca de intimidad paterna y de afecto puede experimentar más tarde problemas para establecer una relación afectiva, estrecha con otras personas o en un terreno más especulativo, para sentirse a gusto con su sexualidad.

Los niños de muy corta edad responden de forma muy espontánea con señales de excitación sexual a los múltiples focos de sensaciones físicas, - por ejemplo: es común que los bebés varones tengan erecciones mientras - la madre los amamanta, pero lo cierto es que la cálida y blanda proximidad del cuerpo de la madre y el intenso estímulo neurológico que comprende de la succión, esta información es enviada al cerebro que interpreta - como placentero y activa los reflejos sexuales.

Los lactantes niños y niñas, empiezan a tocarse o frotarse los genitales tan pronto como son capaces de ejercer la obligada coordinación motora, - en ocasiones, estos toques originan orgasmo y los bebés se muestran contrariados cuando se intenta interrumpirlos.

Es importante darse cuenta de que el niño es demasiado pequeño para ser consciente de este contacto, por lo que no puede decirse que se produzca un despertar erótico sociosexual, la reacción de los padres al observar estos reflejos sexuales forma parte del aprendizaje sexual del niño, los padres que se muestran sorprendidos o que reprueban las acciones que realizan sus hijos reaccionan de una manera que traducirá sus sentimientos negativos al pequeño, en tanto que los padres que reaccionan con tranquilidad transfieren al niño un mensaje de aceptación relativo al sexo.

(3) Masters H. William. *La sexualidad humana*. Edif. Grijalbo.
Tomo II 1985 p. 245.

LA SEXUALIDAD EN LA NIÑEZ.

La mayoría de los niños han dado los primeros pasos y balbuceos y han establecido un perfil de su identidad sexual, masculino o femenino. Hay mayor curiosidad hacia las partes del cuerpo y la mayoría de los pequeños descubren sensaciones placenteras. Primero el juego con los genitales de manera aislada, pero más tarde surge el juego como: "enséñame los tuyos y yo te mostraré los míos, además frotarse el pene o el clítoris manualmente, hay niños que se estimulan restregándose con una muñeca, una almohada, una manta o cualquier otro objeto que le produzca placer, pero también cobran conciencia de cuando sus padres desaprobaban sus toquemientos; en ocasiones se desconciertan cuando éstos les dicen que se fijen en su cuerpo, pero con exclusión de los órganos genitales, otra de las situaciones que se suscitan es que algunos padres prohíben todo contacto o jugueteo sexual diciendo: "eso no se hace" o "no te toques ahí-abajo" o bien sin media palabra le dan un manazo y apartan sus manos de los genitales, el negativo impacto de estas contradicciones puede constituir, a la larga, la causa primera de una disfunción sexual años más adelante.

En esta edad la mayoría de los niños acuden a la escuela y ésta da la oportunidad de relacionarse con amiguitos de la misma edad en un medio organizado, facilita el recato y los jugusteos sexuales son menos frecuentes, a esta edad los niños disfrutan con el aprendizaje de términos alusivos a las partes del cuerpo que nunca habían utilizado, pero por lo

regular esta información es dada por niños mayores siendo ésta distorsionada e inexacta, otra de las formas en las que aprende el niño a formarse ideas sobre el sexo se basa en la observación de las actividades que realizan sus padres como es el abrazarse o un beso apasionado, lo que es un excelente indicador de los placeres que conlleva la intimidad física y efectiva. Por otro lado, tener unos padres que se están peleando constantemente, y oír como uno dice al otro "no me toques" puede dar una impresión negativa la cual repercutirá en su vida futura en la intimidad ya que con esto recordará en su vida de adulto, lo ocasionado en su infancia.

LA SEXUALIDAD EN EDAD ESCOLAR.

Por lo general los niños de 6 y 7 años tienen un conocimiento más firme de las diferencias anatómicas fundamentales entre ambos sexos y por lo general muestran un notable recato en lo que concierne a la exposición de las partes del cuerpo, pero también quieren conocer más referente al sexo mismo o el del sexo opuesto; también buscan lo prohibido para ver que ocurre, quién descubre algo especial, cuál es la reacción de los demás, comprobar cómo se sale del paso esto tiene como base aprender en lo que se tiene prohibido es siempre más interesante que averiguar las cosas por medio más fáciles. Para lograr estos fines siguen explorando más cosas sobre el sexo, ya sea por sí solos o a través de sus compañeros de su misma edad o mayores.

No obstante, la reacción hostil de los padres puede generar traumas psicológicos. Cuando se descubre a los niños realizando actos sexuales así considerados por los padres ya sea solos o en compañía, la reacción negativa de los padres es captada de inmediato por el pequeño, aunque no llega a comprender en su plenitud las razones que la motivan. Desde el punto de vista del niño, el juego no es más que un juego, pero para el padre o la madre que descubre a su hijo masturbándose y otras actividades relacionadas con el sexo, y si el padre o la madre reaccionan con amenazas de que si persisten en estas actividades les acarrearán consecuencias horribles, se corre el riesgo de atemorizarle en exceso. El padre que dice: "eso es indecente (sucio) se expone a que el niño adopte una actividad patológica hacia el sexo, semilla de futuros problemas que se manifiestan en la fase adulta y ello porque el niño ha interpretado al pie de la letra la información negativa dada por sus padres.

LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA.

El adolescente se ve particularmente atraído por ciertos grupos de amigos, algunos maestros en particular, asociaciones estudiantiles políticas.

La seguridad y confianza que le ha mostrado su familia ha sido determinante en la búsqueda que ahora realiza el joven para hacer una definición personal de vida. La forma como el adolescente estructura su pensamiento pasa de concreto a formal; esto significa que además de poderse ajustar a los modelos socialmente establecidos (padre, madre, escuela, -

amigos, etc.), puede desde ahora elaborar nuevos modelos por combinación de las ideas y modelos de vida diferentes a los que concretamente se le presentan, en esta etapa el adolescente se presenta particularmente creativo a nivel afectivo el joven está en posibilidades de cuestionar los valores de sus padres y de la sociedad, los argumentos inconsistentes y las contradicciones del sistema en que desenvuelve.

En su ansia por liberarse de la supervisión de los padres y de los adultos, algunos adolescentes ven en el sexo un medio de demostrar su aptitud para tomar decisiones propias, pero la conquista de esta libertad no es tarea fácil ya que los adolescentes adquieren de una manera u otra un considerable legado sexual de sus mayores y de la generación correspondiente en el que se incluyen pautas discriminatorias hacia el sexo femenino y un intenso sentimiento de culpabilidad sexual. Han cambiado ante las actitudes que la conducta, puesto que hoy está muy extendido la idea de igualdad entre ambos sexos. No obstante, perdura en ciertos aspectos el criterio de superioridad del varón, aún se espera que sea éste el que tome la iniciativa sexual, y si sucede lo contrario la mujer es tachada como atrevida ésto confirma que el adolescente no se a desligado de todo vestigio de problemas sexuales, ya sea esta información y formación positiva o negativa, ya que a través de las etapas por las cuales a pasado - el adolescente a adquirido experiencia y conocimientos para poderlos discernir por sí solo y aplicarlos a su vida futura.

**ANATOMIA Y FISILOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR
MASCULINO Y APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.**

Los aparatos reproductores masculino y femenino están organizados de modo que se les puede agrupar conforme a sus funciones. Los testículos y ovarios, a los que también se les llama gónadas, tienen como función la reproducción de gametos, que son los espermatozoides y los óvulos, respectivamente, además de secretar las hormonas. Los conductos transportan, reciben y almacenan a los gametos, y a otros órganos genitales (glándulas accesorias), producen los materiales de sostén de los gametos.

APARATO REPRODUCTOR MASCULINO.

El aparato reproductor del varón está constituido por los genitales externos e internos. Como las mamas solo parecen relacionadas con aspectos puramente sexuales del aparato reproductor, se considerarán como órganos accesorios.

GENITALES EXTERNOS.

Los dos órganos reproductores externos son pene y escroto.

PENE.

El pene u órgano copulatorio, es una estructura alargada colgante, en su extremo distal se observa una expansión a la que se conoce como glande, -míma que está cubierta por el prepucio, pliegue de ajuste laxo, además por un cuerpo.

El cuerpo del pene en su estructura interna está compuesto por tres columnas longitudinales cilíndricas de tejido eréctil unidas por tejido fibroso. Las dos masas dorsolaterales reciben el nombre de cuerpos cavernosos del pene, y la ventral de posición medial y más pequeña, el del cuerpo esponjoso del pene, que incluye a la porción esponjosa de la uretra, y se extiende más allá de los cuerpos cavernosos para convertirse en el glande en el extremo distal del pene. Estas columnas están cubiertas por una lámina de tejido conectivo fibroso denso llamado túnica albugínea, encerrada a su vez por una túnica de tejido alveolar elástico llamada fascia del pene. Toda esta parte del pene está cubierta por una capa exterior de piel con un tejido muy delgado que se continúa con el que se recubre la región púbica por delante, el perineo por los lados y el escroto por detrás.

La uretra se amplía en el espesor del glande para formar la fosa navicular y termina en un orificio en forma de hendidura localizado en la punta del glande, que se llama meato uretral. Se origina un pliegue circular de piel justamente por detrás del glande, lo cubre y se conoce como prepucio.

El ligamento suspensorio es la extensión principal y el sostén del pene. Se extiende desde la sínfisis del pubis y se fusiona con la fascia profunda del pene. La uretra, los músculos que rodean a los pilares y el propio bulbo son otros medios de sostén.

El riego sanguíneo del pene es un sistema paralelo constituido por las -

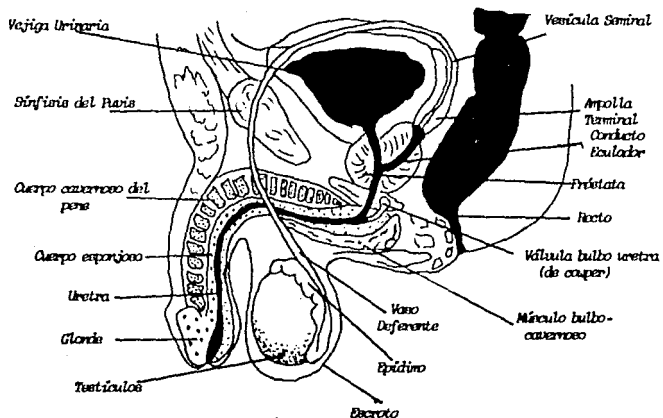
arterias y las venas pudendas internas y externas. La sangre de los senos cavernosos llega por dos ramas de la arteria del pene.

La sustancia del pene está inervada por el nervio dorsal del mismo nombre, rama del nervio pudendo. Las fibras simpáticas llegan desde los plexos hipogástrico y pélvico, en tanto que las fibras parasimpáticas provienen de los nervios sacro tercero y cuarto, derivados de los nervios espláncnicos. Cuando se estimulan las fibras parasimpáticas del pene éste experimenta erección porque la contracción del músculo isquiocavernoso impide el retorno de sangre venosa desde los senos cavernosos, lo que da por resultado ingurgitación de éstos y de los vasos sanguíneos, y el pene recupera su estado de flacidez cuando se contraen las arterias y desaparece la presión ejercida sobre las venas. Durante la eyaculación el esfínter de músculo no estriado (liso) existente en la base de la vejiga se cierra por virtud del incremento de presión en la uretra originado por la expansión del cuerpo esponjoso del pene. En estos términos, no tiene lugar la micción durante la eyaculación, y el semen no penetra en la vejiga.

El pene tiene funciones tanto urinarias como de la reproducción. La orina se expulsa por el meato urstral. La función primaria del pene es depositar los espermatozoides en la vagina de su compañera sexual durante el coito para lograr la fecundación del óvulo.

Se ha dado menos importancia a las funciones de procreación de varones y mujeres, el pene ha adoptado una importancia cada vez mayor como provee-

dor del placer sexual.



APARATO REPRODUCTOR DEL VARON. (FIGURA 1)

ESCROTO.

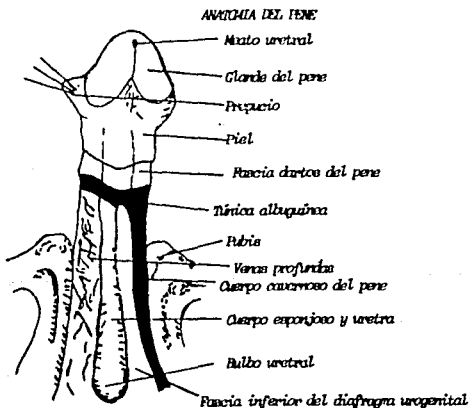
El escroto es una estructura en forma de saco suspendida de la región perineal. Cuelga por delante del ano y por detrás del pene, y puede extenderse por debajo del mismo, está formado por piel y fascia espermática superficial (músculo dartos), que contiene tejido conectivo fascial con fibras de músculo liso; el escroto está muy pigmentado y cuenta con pelo disseminado. Las glándulas sebáceas de esta bolsa se abren directamente en la superficie escrotal; su secreción tiene un olor definido. A causa de los repliegues causados por el músculo dartos y cremastérico, el escroto se ve arrugado, por virtud de exposición al frío, los ambientes cálidos originan el fenómeno inverso.

La contracción de los músculos dartos y cremastéricos acorta el escroto y lo acerca hacia el cuerpo, con lo que se arruga más aún su superficie exterior.

Dentro del escroto se encuentran dos compartimientos laterales separados por un septo (tabique medio) que se deriva del músculo dartos, cada uno de los cuales contiene un testículo con sus estructuras relacionadas. Como el cordón espermático izquierdo crece más largo durante el desarrollo embriológico, el testículo izquierdo y su saco escrotal cuelgan más abajo que los del lado derecho. En la superficie escrotal exterior se encuentra un reborde (rafe) que señala la posición del tabique medio. Este rafe se comunica por delante de la superficie uretral del pene, pero desaparece en la región perineal.

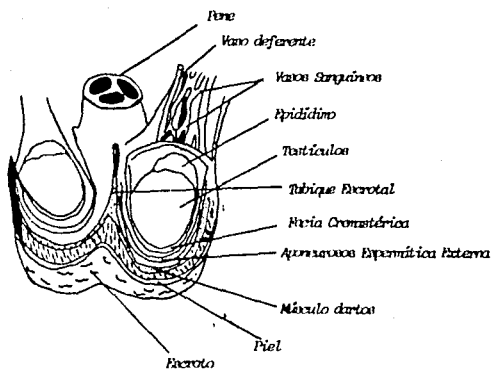
La inervación escrotal se deriva de manera concentrada de los nervios - femorogenital, pudiendo, femorocutáneo posterior o ilioinguinal, y del - pleno hipogástrico.

La función del escroto es proteger a los testículos y a los espermatozoí - des al conservar una temperatura inferior a la del cuerpo 1.67°C. No - ocurrirá espermatogénesis si los testículos no descienden, y se conser - van por tanto a la temperatura corporal. Es sensible al tacto, presión, temperatura y dolor por lo que actúa como medio de defensa contra posi - bles lesiones testiculares.



GENITALES INTERNOS. (FIGURA 2)

ANATOMIA DEL ESCROTO



CORTE TRANSVERSO DEL PENE



(FIGURA 2 bis)

Los órganos masculinos de la reproducción consisten en gónadas (testículos), un sistema de conductos (epidídimos, vasos diferentes, conductos eyaculatorios y uretra) y glándulas accesorias (vesículas seminales, próstata, glándulas bulbouretrales y glándulas uretrales).

TESTICULOS.

Los testículos son un par de órganos glandulares ovales bilaterales que se encuentran en el escroto.

El desarrollo embrionario de estos órganos tiene lugar cerca de la pared posterior del abdomen y unos dos meses antes del nacimiento descienden hacia el escroto.

Los testículos son órganos abdominales y el pene es un órgano pélvico. Cada testículo mide de 4 a 6 cm. de longitud, 2 a 3 cm. de ancho y de 3 a 4 cm. de espesor, y pesa de 10 a 15 g.

En el varón sexualmente maduro producen espermatozoides y secretan varias hormonas sexuales (andrógenos). La más predominante y potente es la testosterona; se considera la hormona sexual masculina primaria.

Está cubierta por una membrana serosa que se conoce como túnica vaginal. Bajo esta membrana se encuentra la túnica albugínea, que es una cápsula fibrosa blanca resistente que cubre cada testículo. La túnica albugínea envía proyecciones hacia el interior que forman tabiques, y por lo

tanto dividen al testículo en 250 a 400 lobulillos. Cada lobulillo con - tiene uno a tres túbulos seminíferos contorneados muy apretados entre sí, que tienen en su interior células espermiticas en todas las etapas del de sarrollo distribuidas por capas. Los túbulos seminíferos están rodeados por tejido conectivo laxo que alberga vasos sanguíneos y linfáticos en - abundancia, lo mismo que células de Leydig (intersticiales) productoras de testosterona, las cuales constituyen el 20% del total de los testículos del adulto.

Los tabiques de tejido conectivo se extiende desde la túnica albugínea - hacia el mediastino, de posición posterior. En esta región se inicia un sistema de túbulos colectores en el cual los conductos de menor tamaño - forman otros de mayor tamaño, que a su vez los forman mayores aún. La - multitud de túbulos seminíferos se reúnen para formar 20 a 30 túbulos rec tos, que a su vez forman una redcilla anastomosante de espacios de pare des delgadas, llamada red testicular. En el borde superior del mediasti no la red testicular forma 10 a 15 conductos eferentes que perforan la - túnica albugínea y se vacían en el conducto del epidídimo. Antes los con ductos eferentes aumentan de tamaño y se vuelven contorneados.

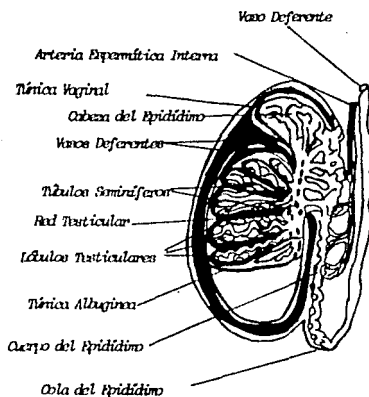
La mayor parte de las células que revisten los túbulos seminíferos experi mentan un proceso de maduración llamado espermatogénesis. Estas células - están localizadas entre la membrana basal y la luz tubular, las células - más inmaduras se encuentran sobre la primera, hacia el centro del túbulo - se observan capas de células cada vez más maduras, a saber espermatoцитos

primarios, espermaticitos secundarios y espermátides, en ese orden. En el momento en que las células han alcanzado su madurez total se les denomina espermatozoides, mismos que se localizan en el interior del túbulo (lumen), que inicia su desplazamiento por un conjunto de conducto. Una vez iniciada la pubertad, la espermatogénesis ocurre de manera continua para producir los grandes números de espermatozoides que se necesitan para las eyaculaciones durante la vida madura. El tiempo que se estima para el proceso completo varían entre 2 a 10 semanas. La espermatogénesis se encuentra primordialmente bajo la regulación del sistema nervioso central. El proceso es complejo, en pocas palabras, los impulsos eferentes se integran en el hipotálamo, que a su vez secreta factores liberadores. Estos estimulan a la hipófisis anterior para que libere las gonadotropinas, sustancias hormonales que estimulan la actividad de las gónadas. A su vez estas hormonas hacen que los testículos produzcan testosterona, que conserva la espermatogénesis, aumenta la producción de espermatozoides por los túbulos y estimula la producción de plasma seminal.

Los túbulos seminíferos contienen también células de Sertoli (sustentaculares), que brindan nutrientes y protección a las células germinales. Las células de Sertoli experimentan cambios cíclicos específicos con cada generación de espermatozoide.

El riego sanguíneo de los testículos se origina a nivel renal. Cada testículo es regado por la arteria espermática interna, rama de la aorta dorsal que nace cerca del riñón. Las venas espermáticas salen de los testi-

culos, y la derecha entra en la vena cava inferior y la izquierda en la vena renal izquierda. Tanto vena coararteria pasan por el conducto inguinal y llegan al testículo por el cordón espermático.



ANATOMIA INTERIOR DEL TESTICULO. (FIGURA 3)

Los vasos linfáticos son prolíferos en el tejido intersticial, y drenan con los del epidídimo en los del cordón espermático. Se vacían en los ganglios lumbares cerca del riñón o en los que rodean a la aorta.

Los testículos están inervados por fibras parasimpáticas del nervio vago y por las fibras simpáticas del décimo segmento torácico de la médula espinal por medio del plexo testicular.

Los testículos son sitios de espermatogénesis y producción de testosterona.

EPIDÍDIMO.

Parte inicial del sistema de conductos excretores del testículo, el epidídimo se encuentra por detrás de cada testículo. Está constituido por cabeza, cuerpo y cola y entre 5.6 mm de longitud, aunque está contorneado en una estructura compacta de 3.75 cm de longitud aproximadamente. - La cabeza se encuentra en la parte alta de la superficie superior del testículo, firmemente adherido al mismo por los conductillos eferentes. - El cuerpo constituido por la parte firmemente enrollada por sí misma, - descende por detrás a lo largo del testículo. La cola se estrecha un poco, los conductos contenidos se vuelven menos contorneados y adoptan una luz de mayor tamaño, y se vuelve sobre sí misma para convertirse en el vaso deferente.

La cola del epidídimo es un reservorio en el que los espermatozoides pueden sobrevivir durante un período prolongado. El epitelio secretor del epidídimo brinda el líquido nutricional a los espermatozoides en maduración.

Cuando se descargan desde los túbulos seminíferos hacia el epidídimo, - los espermatozoides son inmóviles e incapaces de fecundar al óvulo. Se conservan en el epidídimo durante 2 a 10 días, hasta que ha terminado el proceso de maduración.

VASO DEFERENTE.

El conducto epididimario se vuelve menos sinuoso y aumenta de diámetro - al llegar a la cola del epidídimo, punto en que se le denomina conducto - deferente, tiene aproximadamente 40 a 46 cm de longitud y conecta a la - luz epididimaria con la uretra prostática. Ascende por el borde poste - rior de los testículos, se une con el cordón espermático, pasa por el - conducto inguinal y entra por la cavidad abdominal, el conducto deferen - te pasa sobre la vejiga y entre el uréter y la superficie posterior de - la primera y a continuación se dobla hacia adentro a lo largo de la vesí - cula seminal y por último se une con el vaso deferente del lado opuesto. Al volverse hacia abajo en dirección a la base de la próstata forma el - conducto eyaculatoria al unirse con el conducto de la vesícula seminal. - Antes de entrar en la próstata el vaso deferente aumenta de tamaño y se - vuelve tortuoso. Este aumento de tamaño se llama ampolla terminal, y - sirve como sitio de almacenamiento primario de los espermatozoides y las secreciones tubulares.

El vaso deferente se divide en cinco porciones: la porción epididimaria - sin túnica dentro de la túnica vaginal, porción escrotal, porción ingui -

nal, porción retroperitoneal o pélvica y la ampolla. La porción escro -
tal suele ser el sitio de acceso quirúrgico para la vasectomía.

Desde el punto de vista histológico el conducto deferente está recubier -
to por epitelio pseudoestratificado e incluye tres capas de músculo que -
forman su cobertura externa: son las capas circular medio y longitudina -
les externa e interna, cuyas contracciones peristálticas enérgicas impul
san a los espermatozoides en dirección a la uretra, durante la eyacula -
ción.

Las capas musculares están rodeadas por tejido conectivo denso.

Los espermatozoides almacenados se conservan relativamente inmóviles, -
aunque están maduros, esto se debe a la producción metabólica de dióxido
de carbono por los espermatozoides, que producen un ambiente ácido que -
inhibe su motilidad. Además las secreciones del vaso deferente no con -
tienen nutrientes de alta energía que se puedan metabolizar en ácido lác
tico.

La inervación proviene del plexo hipogástrico del sistema nervioso vege -
tativo. Existen receptores del dolor en la túnica del vaso deferente en
la porción escrotal.

Al conducto deferente lo acompañan en su trayecto ascendente en el escro
to, la arteria testicular; nervios autónomos, plexo pampiniforme de ve -
nas, vasos linfáticos, y una pequeña banda circular de músculo esqueléti

co denominado músculo cremíster, y en forma conjunta dan origen al funículo o cordón espermático, estructura de sostén de los órganos reproductores masculinos, con sus elementos unidos entre sí por tejido conectivo, este cordón se extiende desde la cola del epidídimo hasta el anillo inguinal abdominal, además de encontrarse encerrado por el músculo cremíster también lo están por capas de fascia derivadas de la pared abdominal.

El músculo cremíster eleva los testículos durante la actividad sexual y la exposición al frío.

CONDUCTOS EYACULADORES.

Conducto deferente y conducto de la vesícula seminal se unen para formar el conducto eyaculador. Cada uno de los dos conductos eyaculatorios entra por la superficie posterior de la próstata. Después de recorrer 2.5 cm., terminan en la uretra prostática.

La función de los conductos eyaculadores es impulsar los espermatozoides hacia la porción prostática de la uretra y como paso para el semen, orina y el líquido secretado por las vesículas seminales.

URETRA.

La uretra masculina es un paso común para la orina y el semen. La uretra pasa por la próstata, el diafragma urogenital y el pene, mide unos 20 cm de longitud, y se subdivide en tres partes: La porción prostática

(uretra prostática) tiene 2 a 3 cm de longitud pasa por la próstata y se continúa en sentido inferior como porción membranosa al atravesar el diafragma urogenital, tabique muscular que se extiende entre las dos ranas-isquiopúbicas. La porción membranosa (uretra membranosa) de 1 cm de longitud. A su paso por el diafragma urogenital, se forma el esfínter uretral externo a base de fibras de músculo esquelético o estriado, se continúa como porción esponjosa (uretra esponjosa) se encuentra en el cuerpo esponjoso del pene, una vez que lo atraviesa termina en orificio-uretral externo (meato). (4)

GLANDULAS ACCESORIAS.

Vesículas Seminales.

Son dos glándulas lobuladas, de 5 a 7.5 cm de longitud, situadas en plano posterior a la base de la vejiga, por delante del recto e inmediatamente por arriba de la base de la próstata. La separa del recto un pliegue de peritoneo que forma el saco rectovesical y sus nervios se derivan del plexo hipogástrico. Los divertículos de las vesículas seminales están revestidos por epitelio cilíndrico secretor que produce un líquido alcalino y viscoso transparente rico en fructuosa (carbohidrato), prostaglandinas, fibrinógeno y proteínas, y los descargan en el conducto eyacu-

(4) Tortora y Amorostokos. Principios de Anatomía y Fisiología. 3ª. ed. Harla. México. 1984. p. 912.

latorio, y se mezcla con los espermatozoides durante la eyaculación. -
Este líquido constituye aproximadamente al 60% del volumen del semen, -
ayuda a brindar a los espermatozoides un ambiente favorable para que -
alcancen una motilidad y un metabolismo óptimo.

Se cree que las prostaglandinas ayudan a la fecundación y que el fibrinógeno aumenta la viscosidad del semen.

PROSTATA.

Es un órgano que asemeja una castaña por su forma y tamaño, se localiza por debajo del cuello de la vejiga urinaria y por arriba de la fascia del diafragma urogenital y rodea la parte superior de la uretra. Está constituida por varios lóbulos, mide 4 cm de diámetro aproximadamente y pesa 20 a 30 g. Esta glándula queda encerrada por una cápsula densa de fibras musculares, constituida por tejido tanto glandular como muscular.

Los dos conductos ayaculadores se encuentran entre los lóbulos medio y lateral de la próstata, y se unen con la uretra prostática.

El tejido glandular prostático está constituido por 30 a 50 glándulas tubulares ramificadas con conductos que se abren en la uretra prostática. Son glándulas mucosas, submucosas y externas (principales). Las glándulas mucosas son las más pequeñas y a menudo se hipertrofian en los varones maduros, con malestar urinario a causa de presión sobre la uretra -

prostática. Las glándulas submucosas rodean a las glándulas mucosas, y las glándulas externas forman la parte principal de la próstata.

La próstata secreta un líquido diluido, lechoso, ligeramente ácido (pH 6.5) que contiene grandes concentraciones de zinc, calcio, ácido cítrico y fosfatasa ácida. La secreción diaria promedio 4 a 6 ml. Este líquido protege a los espermatozoides contra el ambiente ácido de la vagina y de la uretra masculina.

GLANDULAS BULBOURETRALES Y URETRALES.

Las glándulas bulbouretrales o de Cowper son un par de pequeñas estructuras lobuladas redondas pequeñas situadas dentro del diafragma urogenital a cada lado de la uretra membranosa. Cada glándula, de cerca de un centímetro de diámetro, tiene un conducto excretor terminal de 2.5 cm de longitud en promedio que se abre en la base del cuerpo esponjoso. Estas glándulas secretan un líquido alcalino claro y viscoso rico en lipoproteínas que se vuelve parte del plasma seminal. Se cree que lubrica a la uretra y al pene durante la excitación sexual y que neutraliza el ácido de la uretra masculina y de la vagina, y por lo tanto, fomenta la motilidad de los espermatozoides.

Las glándulas uretrales o de Littre son glándulas secretoras de moco minúsculas que se encuentran en todo el revestimiento membranoso de la uretra del pene. Estas secreciones se suman a las de las glándulas bulbouretrales.

Las glándulas masculinas accesorias se encuentran bajo regulación endocrina y neural.

SEMEN.

El semen o líquido seminal, está constituido por espermatozoides y plasma seminal, este último compuesto por las glándulas bulbouretrales y uretrales, la próstata, los epidídimos y de las vesículas seminales. El líquido seminal contiene la mayor concentración de prostaglandinas que puede encontrarse en todo el cuerpo varón. Los componentes del plasma seminal sirven como medio de transporte para los espermatozoides viables y móviles hacia las vías de la reproducción de la mujer.

Los espermatozoides pueden almacenarse en las vías genitales del varón durante varias horas hasta 42 días, lo que depende de las frecuencias de las eyaculaciones. El volumen promedio de líquido eyaculado varía de 2 a 6 ml y la cantidad de espermatozoides eyaculados, entre 50 y 100 millones por mililitro.

El óvulo es rodeado por células que representan una barrera para los espermatozoides, cuyos acrosomas secretan la enzima denominada hialuronidasa, que cubre al óvulo permitiendo el acceso de los espermatozoides a éste.

El semen varía su pH entre 7.2 a 7.8, es poco alcalino. La secreción prostática confiere al semen su aspecto lechoso, y los líquidos prove

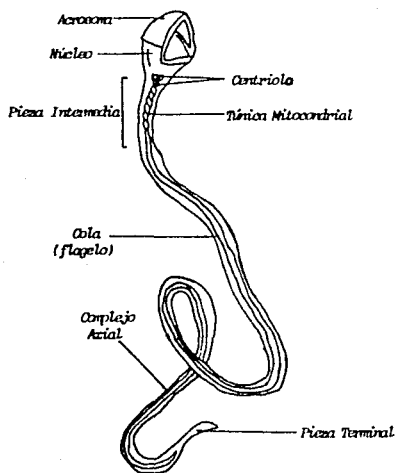
nientes de las glándulas bulbouretrales , vesículas seminales le dan su -
consistencia mucosoide. Neutraliza al medio ácido de la uretra masculina-
y la vagina y contiene enzimas que activan a los espermatozoides después
que ha tenido lugar la eyaculación. Recientemente se ha demostrado que-
el semen contiene un antibiótico (seminaplanina), que neutraliza diver-
sas bacterias.

El semen después que ha sido eyaculado en la vagina, coagula rápidamente
por virtud de una enzima de coagulación producida por la próstata y que-
actúa en una sustancia formada por la vesícula seminal. Este coágulo se
disuelve o licúa 15 minutos después por virtud de otra enzima sintetiza-
da por la próstata (fibrinolisisina).

Una vez depositados en la vagina, los espermatozoides viajan a una velo-
cidad de 3 mm/min. por las vías genitales de la mujer.

El espermatozoide está constituido por cabeza y cola, que se divide a su
vez en pieza intermedia, pieza principal y pieza terminal. Los componen-
tes principales de la cabeza son acrosoma, núcleo y vacuolas nucleares.-
La cabeza lleva el número haploide de cromosomas (23), y es la parte que-
se introduce en el óvulo durante la fecundación. La cola o flagelo está
especializada para la motilidad óptima en cada una de sus partes. (5)

(5) Olds, London, Ludwig, ENFERMERIA NIÑERÍA INFANTIL, 2º ed.
Interamericana, México, D.F., 1987, p. 73.



PRESENTACION ESQUEMATICA DEL ESPERMATOZOIDE

MALURO. (FIGURA 4).

APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.

El aparato reproductor de la mujer consiste en genitales externos e internos y en órganos accesorios (mamas o glándulas mamarias).

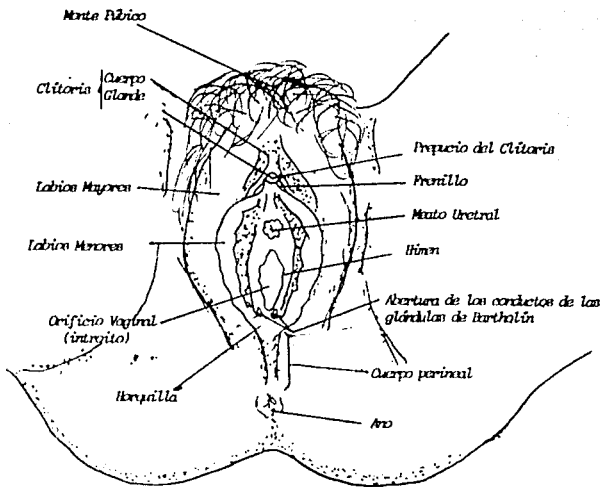
Genitales Externos.

Los genitales externos de la mujer, se conocen como vulva o región pudenda, están constituidos por las siguientes estructuras:

1. Monte púbico o de venus.
2. Labios mayores.
3. Labios menores.
4. Clítoris.
5. Meato uretral y glándulas parauretrales (de Skene)
6. Vestíbulo vaginal
 - a) Orificio vaginal.
 - b) Glándulas vulvovaginales.
 - c) Himen.
 - d) Fosa navicular.
7. Núcleo fibroso central del peritoneo. (6)

La vulva, estructura compuesta, es una unidad funcional. Sus órganos, blanco de las hormonas estrógenas durante toda la vida de la mujer, están dotados de un riego sanguíneo generoso y de inervación compleja.

(6). S.B. Olds. *Enfermería Materno Infantil.* p.p. 80.



GENITALES EXTERNOS FEMENINOS. (FIGURA 5)

Monte Pùblico o de Venus.

Monte blando y redondado de tejido graso subcutáneo que se inicia en la parte más baja de la pared abdominal anterior y cubre la parte anterior de la sínfisis del pubis. Está cubierta por pelo y tiene una línea de pelo transversa a través de la parte baja del abdomen. El pelo es corto varía entre escaso y fino en las mujeres orientales y denso, áspero y rizado en las mujeres negras.

La función del monte de Venus es triple. Ayuda a proteger los huesos pélvicos. Contribuye a los contornos redondeados del cuerpo femenino y por último parece importante desde el punto de vista sexual.

Labios mayores.

Los labios mayores son pliegues longitudinales elevados de piel intensamente pigmentada. Uno a cada lado del surco vulvar.

Conforme descienden se estrechan y encierran el surco vulvar, y se fusionan por detrás para formar la comisura posterior de la piel perineal. El surco vulvar está constituido por clitoris, meato uretral, vestibulo-vaginal y orificio vaginal.

Los labios mayores son homólogos de las mitades no fusionadas del escroto, están cubiertos por epitelio escamoso estratificado que contiene folículos pilosos y glándulas sebáceas con tejidos adiposos y muscular subyacentes. Inmediatamente bajo la piel se encuentra una hoja de músculo-

dartos que se llama dartos femenino, que se encarga del aspecto arrugado de los labios mayores lo mismo que da la sensibilidad al calor y al frío.

En el espacio subcutáneo de los labios mayores se encuentra gran cantidad de tejido conectivo laxo. La sangre arterial llega por las arterias pudendas internas con numerosas anastomosis.

El drenaje venoso está compuesto por un plexo de la región, que se comunica con las venas del clítoris, los labios menores y el perineo. Los linfáticos de los labios mayores son compartidos por otras partes relacionadas de la vulva, son extensos y difusos.

Los labios mayores están inervados por una red extensa de terminaciones nerviosas que provienen principalmente del sistema nervioso central: el tercio anterior es inervado principalmente por el primer segmento lumbar de la médula espinal, y los dos tercios posteriores por el tercer segmento sacro, que los vuelve extremadamente sensibles al tacto, presión, dolor y temperatura.

La función principal de los labios mayores es proteger los componentes del surco vulvar, además tiene una función erótica potencial.

Labios Menores.

Los labios menores, o ninfas, son pliegues suaves de piel situados entre los labios mayores que convergen tanto hacia abajo como hacia atrás. - Los labios menores son homólogos de la uretra penil no fisionada del varón.

Hacia su extremidad superior, cada labio menor se divide en dos laminillas. Las dos superiores se fusionan para formar el prepucio del clitoris, y el par inferior se fusiona para formar el frenillo del clitoris. - Por detrás los labios menores se unen para formar la orquilla, pliegue de piel que está por debajo del orificio vaginal.

Cada labio menor tiene el aspecto de una mucosa resplandeciente húmeda y desprovista de folículos pilosos, está cubierto por epitelio escamoso - estratificado y rico en glándulas sebáceas.

El tejido es eréctil y contiene tejido conectivo laxo, vasos sanguíneos, membranas espesas de vasos venosos de gran tamaño y tejido muscular involuntario.

La función de los labios menores consiste en lubricar e impermeabilizar la piel vulvar, brindar secreciones bactericidas e intensificar la excitación del placer sexual.

Clitoris.

El clitoris es la parte más sensible desde el punto de vista erótico de las vías genitales de la mujer, muchas mujeres lo identifican durante la primer parte de su vida como sitio de masturbación. El término se deriva de la palabra cleitoria, que significa clave; los antiguos lo percibían como la clave de la sexualidad. Es homólogo del pene masculino.

El clitoris se encuentra en la unión anterior de los labios menores. - Consiste en glande, cuerpo y pilares. El glande está cubierto en parte por el prepucio en el extremo distal, y esta región se manifiesta como - abertura u orificio. Tiene 5 a 6 mm de longitud y 6 a 8 mm de diámetro, su tejido es esencialmente eréctil, a causa de las grandes cantidades de músculo liso involuntario que rodean a numerosos conductos venosos. Tiene riego sanguíneo e inervación que se deriva de la rama terminal del - nervio pudendo, que se encuentra junto a la arteria dorsal. Sus ramas - terminan en el glande y el prepucio. La sensación clitorídea intensificada puede depender de la abundancia de corpúsculos de Dogiel, Krause y Ruffini (terminaciones nerviosas especializadas receptoras genitales). - El clitoris está dotado de una inervación mayor a la del pene masculino.

El clitoris existe primordialmente para el disfrute sexual femenino. - Además produce esmegma. El olor único que puede estimular desde el punto de vista erótico al varón se debe al esmegma y a las otras secreciones vulvares.

Meato uretral y glándulas parauretrales.

El meato uretral está a una distancia de 1:2.5 cm por debajo del clíto -
ris en la línea media del vestíbulo. Su aspecto es a menudo fruncido y -
hendido.

Las glándulas parauretrales, o conductos de Skene, se abren en la pared -
posterior de la uretra femenina cerca de su orificio. Las glándulas pa -
rauretrales son homólogas de la próstata. Los conductos de Skene se pue -
den infectar por gonococos.

Vestíbulo vaginal.

El vestíbulo vaginal es un residuo del seno urogenital del embrión. -
Está limitado por delante por el clítoris y la uretra, por los lados por
los labios menores y por detrás por la orquilla. El vestíbulo vaginal -
es una fosa encafoidea (en forma de embarcación) visible cuando se sepa -
ran los labios menores. Parte de su contenido es introito vaginal, tie -
ne importancia especial porque es el borde entre los genitales externos -
e internos.

La unión del orificio vaginal con el vestíbulo está limitada por una mem -
brana elástica delgada llamada himen. Su resistencia, forma y tamaño va -
rían entre las mujeres y pueden cambiar en la misma mujer como resultado
de la edad, coito y paridad. El himen es una membrana avascular. Se -
encuentran himenes intactos en mujeres heterosexuales activas y parás, -

en tanto que las vírgenas pueden tener himenes rotos.

El himen puede romperse con la actividad física agotadora, la masturbación, la menstruación o el empleo de tapones vaginales. Una vez roto la carnosidad irregulares que quedan se llaman carúnculas mirtiformes o carúnculas himenales.

Por fuera del anillo himenal, en la base del vestíbulo, se encuentran dos pequeñas elevaciones papilares que contienen los orificios de los conductos de las glándulas vulvovaginales (de Bartholin). Se encuentran bajo el músculo constrictor de la vagina, no son palpables a la exploración, pues se encuentran en la profundidad de las estructuras perineales, sus conductos miden 1.5 a 2 cm de longitud y 0.5 cm de diámetro aproximadamente. La secreción mucosa que producen es clara y viscosa, con pH alcalino, lo que fomenta la viabilidad y la motilidad de los espermatozoides que se depositan en el vestíbulo vaginal.

La fosa navicular es una depresión ligera o área excavada entre la orquilla y el himen.

La inervación de la región vestibular se deriva principalmente por el nervio perineal proveniente del plexo sacro. Es una región insensible al tacto por lo general, aunque el himen contiene numerosas terminaciones nerviosas libres receptoras del dolor.

Núcleo fibroso central del perineo.

El núcleo central del perineo es una masa central cuneiforme de tejido fibromuscular que mide aproximadamente 4x4x4 cm, y que se encuentra entre la parte inferior de la vagina y el conducto anal. Se conoce como perineo a esta región, en la obstetricia y ginecología.

Los músculos que se fusionan en el tendón central del perineo son los esfínteres anales externos, ambos ~~elásticos~~ del ano, los perineales transversos superficiales y profundos y los bulbocavernosos. Estos músculos se entremezclan con fibras elásticas y tejido conectivo en una distribución que permite un estiramiento notable. El perineo es mucho más grande en la mujer que en el hombre, y está expuesto a desgarros durante el parto. Sin reparación adecuada esta lesión puede producir debilidad del suelo pélvico o dispareunia. Es el sitio en el que se realiza la episiotomía durante el parto.

Genitales Internos.

Los órganos reproductores internos de la mujer son muy especializados en estructura y función, (vagina, útero, trompas uterinas, o de Falopio y ovarios), cada uno de estos órganos se pueden palpar de manera manual o bimanual y es posible observarlos mediante maniobras experimentadas con espéculo, laparoscopio o culdoscopio.

VAGINA.

La vagina es un tubo musculomembranoso que se conecta a los genitales -
externos con el centro de la pelvis.

Su paso hacia arriba y hacia atrás de la vulva en dirección al útero se -
encuentra en una posición casi paralela al plano del estrecho pélvico. -
Esta dirección es óptima para el coito. La vagina constituye la parte -
inferior del eje por el que debe pasar la cabeza fetal (o la parte de -
presentación) durante la expulsión en el momento del nacimiento.

Como el cuello uterino se proyecta hacia la parte superior de la pared -
anterior a la vagina, la pared anterior es aproximadamente 2.5 cm. más -
corta que la pared posterior. Las mediciones varían entre 6 y 8 cm. -
para la pared anterior, de 7 a 10 cm. para la pared posterior. La pro -
yección cervical (parte vaginal del cuello) en la porción superior de la
vagina (bóveda vaginal) crea un nicho o hueco alrededor del cuello, los -
que se dividen en cuatro arcos que se conocen como: fondos de sacos vagi -
nales. El fondo de saco anterior es superficial, los dos fondos latera -
les son más profundos, y el fondo de saco posterior es el más profundo -
de todos. Estos fondos de saco están separados de los órganos circundan -
tes por una capa única de tejido conectivo; las paredes de la bóveda va -
ginal son muy delgadas.

A través del fondo de saco posterior pueden palparse el cuerpo del útero
en anteroversión, lo mismo que la vejiga cuando está distendida con ori -

na. A través del saco posterior se palpa el cuerpo del útero en retro - versión, el fondo de saco rectouterino (fondo de saco de Douglas) y cualquier contenido que se encuentre en el mismo, el ligamento uterosacro y el recto. A través de los fondos de saco laterales se pueden palpar - los ovarios, el apéndice, el ciego, el colon y los uréteres.

Cuando la mujer está sobre su dorso, el espacio que hay en el fondo de - saco posterior favorece la acumulación de semen después del coito. A - este espacio se le llama receptáculo del semen y propicia las posibilida - des de fecundación al acumular grandes números de espermatozoides cerca - de un ambiente cervical favorable.

La vagina se divide en partes inferior, media y superior. Cada parte se encuentra sostenida por ligamentos y músculos insertados en la pared va - ginal por la aponeurosis pélvica. La parte vaginal superior está suspen - dida por otros músculos elevadores del ano y los ligamentos transverso - cervicales, pubiocervicales y sacrocervicales. La parte media de la va - gina se encuentra sostenida por el diafragma urogenital, la porción vagi - nal inferior principalmente la pared posterior, se encuentra sostenida - por el cuerpo perineal. Las paredes anterior y posterior de la vagina - se encuentran en aproximación y en reposo la vagina forman la H al cor - te trasverso.

El desarrollo embriológico del conducto vaginal consiste en apertura y - fusión de las dos mitades separadas de los conductos paramesonefricos, -

cualquier interferencia con estos procesos puede producir malformaciones congénitas como tabiques superfluos.

Los rebordes longitudinales prominentes llamados columnas vaginales anteriores y posteriores, se encuentran extendidos hacia la luz desde la superficie interior de los dos tercios inferiores de las paredes vaginales anterior y posterior. Casi en ángulo recto con estas columnas están las arrugas vaginales, rebordes transversos de mucosa, son numerosos en la línea media y desaparecen casi por completo en las paredes laterales, estas arrugas permiten el estiramiento de la vagina durante el descenso de la cabeza fetal y pueden brindar fricción o sujeción al pene erecto durante el coito.

La vagina está revestida por epitelio escamoso estratificado, el cual prolifera bajo la influencia de las hormonas estrógenas y es un índice de sensibilidad aún mayor de los efectos de las hormonas esteroideas que el propio endometrio uterino. Su estructura es semejante a la de la piel, pero carece de glándulas sebáceas y sudoríparas o folículos pilosos que lo debiliten. Por debajo de la capa epitelial se encuentra el tejido conectivo, distribuido de tal manera que brinda al epitelio nutrición al aproximarse gran número de células basales maduras a los capilares sanguíneos subyacentes. La capa de tejido conectivo tiene un riesgo sanguíneo profuso, lóbulos linfoides ocasionales y pocas terminaciones nerviosas somáticas. El riesgo sanguíneo rico es indispensable para conservar un contenido elevado de glucógeno en las células epiteliales y para nu -

trir la capa músculo fascial subyacente, por medio de la cual la bóveda vaginal logra inserciones resistentes con el cuello. El componente de músculo liso de capa doble de la túnica musculofascial se continua con las fibras musculares superficiales del útero. La capa exterior está compuesta por fibras musculares longitudinales, y la capa interior por fibras musculares circulares. La capa más exterior vaginal es una hoja-densa de tejido conectivo que contiene a las grandes arterias vaginales y al plexo venoso. En el extremo más bajo de la vagina se encuentra una banda delgada de músculo estriado llamado esfínter vaginal, el músculo principal que cierra la vagina es el elevador del ano.

La vagina tiene un pH de 4 a 5 durante la vida reproductiva de la mujer, es más bajo a mitad del ciclo y más alto antes de la menstruación. El transudado del epitelio vaginal brinda un ambiente húmedo a esta cavidad. El pH ácido se conserva mediante relación simbiótica entre los bacilos de Döderlein (lactobacilos) productores de ácido y el contenido vaginal. Los bacilos dependen de la descomposición de las células epiteliales y vaginales que contienen glucógeno en abundancia. Las hormonas ováricas regulan el contenido de glucógeno de estas células, su desprendimiento y renovación. Los bacilos desintegran el glucógeno de manera enzimática hasta azúcares simples y finalmente ácido láctico, cualquier interrupción del ciclo puede destruir la acción normal de autolimpieza de la vagina.

Cada tercio de la vagina cuenta con irrigación vascular distinta. El tercio superior está regado por las ramas cervicovaginales de las arte -

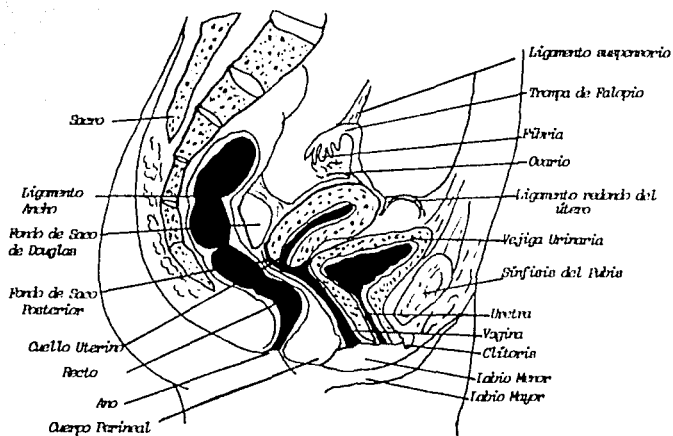
rias uterinas, su tercio medio por las arterias vesicales inferiores - (arterias de la vejiga), y su tercio inferior por las arterias pudendas-internas y hemorroidales medias (arterias rectales). El drenaje venoso se efectúa por una red venosa intercomunicante estrechamente entrelazada.

El drenaje linfático de la vagina sigue un patrón directo. El tercio superior drena en los ganglios ilíacos externos e internos, el tercio medio lo hace en los ganglios hipogástricos y el tercio inferior en los ganglios inguinales. La pared posterior drena en ganglios que se localizan en el tabique recto-vaginal. (7)

La vagina es un órgano relativamente insensible, con inervación somática escasa en su tercio inferior proveniente del nervio pudendo y sin terminaciones nerviosas especiales. La sensación durante la excitación sexual del coito es mínima a este nivel. La inervación de la vagina es predominantemente vegetativa. La sensación se origina en la vagina y termina a nivel de S2, 3 y 4.

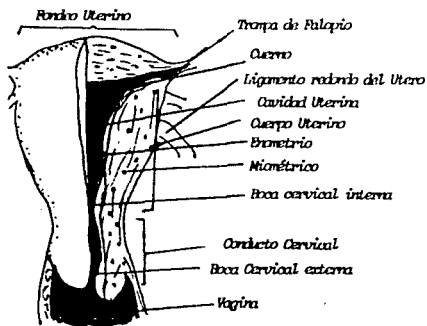
A la vagina se le llama conducto del parto porque sirve como paso para la copulación y el parto. Permite también la descarga de los productos menstruales desde el endometrio hacia el exterior del cuerpo, actúa como medio de protección contra los traumatismos del coito y las infecciones de los microorganismos patógenos.

(7) S.B. Oldh, Ob, Cit, p. 86.



A). Órgano Interna de La Reproducción de La Mujer.

B). Anatomía del Utero.



ORGANOS INTERNOS DE LA REPRODUCCION DE LA MUJER. (FIGURA 6).

UTERO.

El útero es un órgano en forma de pera, hueca, muscular y de paredes gruesas que se encuentra en el centro de la cavidad pélvica entre la base de la vejiga y el recto y por arriba de la vagina. Está a nivel del reborde pélvico o ligeramente por debajo del miamo, y la boca externa se encuentra a nivel de las espinas isquídicas aproximadamente. Sus superficies anterior y posterior están en contacto. Aunque la superficie anterior o vesical es prácticamente plana, la superficie posterior es convexa. Como el cuerpo del útero es plano, el diámetro lateral es menor que el diámetro anteroposterior. El órgano maduro pesa cerca de 60g y 7.5 cm. de largo aproximadamente, 5 cm. de ancho y 1 a 2.5 cm. de espesor.

Una constricción ligera llamada istmo divide al útero en dos partes desiguales. Los dos tercios superiores constituyen el cuerpo triangular, compuesto principalmente por miometrio; el tercio inferior es el cuello o parte fusiforme. La parte redondeada más alta del cuerpo que se extiende por arriba de los puntos de fijación de las trompas uterinas se llama fondo. El alargamiento lateral del útero a cada lado en el que se abre la trompa uterina respectiva se llama cuerno. El cuello uterino, de 2.5 cm. tanto de diámetro como de longitud, difiere del cuerpo, es una especie de conducto con salida hacia la vagina que se llama boca externa y entrada en el cuerpo llamada boca interna. Fig. 6

El istmo está 6 mm aproximadamente por arriba de la boca interna, y es en esta región en donde el endometrio cambia en mucosa del cuello uterino.

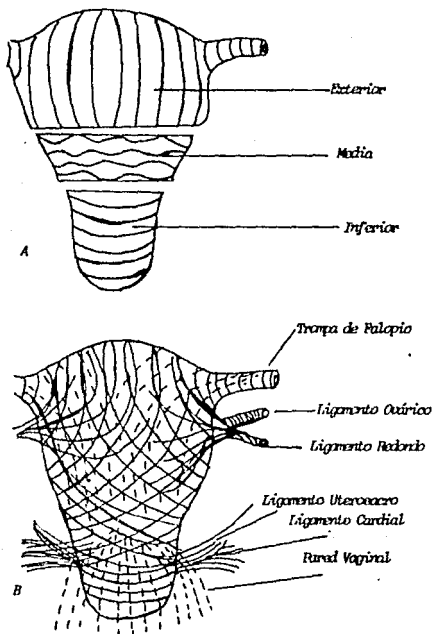
El cuerpo del útero está constituido por tres capas: la más exterior o serosa (perimetrio), la media o muscular (miometrio) y la más interna o mucosa (endometrio). Cada capa es diferente en constitución y función.

La capa serosa es peritoneo, que se extiende desde la pared abdominal anterior hacia abajo y recubre la superficie vesical, corre hacia la superficie anterior del útero a nivel de la boca interna, y prosigue sobre el fondo y hacia abajo por la superficie posterior del cuerpo. Como recubre la superficie superior del fondo de saco posterior, constituye la pared anterior del fondo de saco rectouterino (fondo de saco de Douglas).

Los pliegues peritoneales de dos capas que se extienden desde los bordes uterinos laterales hacia las paredes pélvicas laterales constituyen el ligamento ancho.

La capa muscular del útero, tiene a su vez tres capas indefinidas. El miometrio se continua con la capa muscular de las trompas de Falopio y con la de la vagina, estas fibras musculares se extienden también hacia ovarios y ligamentos redondos y cardinales, de manera mínima hacia los ligamentos uterosacros.

En la figura 7 ilustran las tres capas del músculo involuntario uterino.



CAPSULAS MUSCULARES DEL UTERO. A. COLOCACION DE LAS FIBRAS MUSCULARES; B. ENTRELAZAMIENTO DE LAS CAPAS MUSCULARES UTERINAS. (FIGURA 7).

La más exterior que se distribuye principalmente sobre el feto, está -
constituido por fibras longitudinales dotadas principalmente para la -
expulsión durante el proceso del parto. La capa media es gruesa y está -
constituida por fibras musculares entrelazadas con patrones en ocho. -
Estas fibras rodean a los grandes vasos sanguíneos y su contracción tie-
ne acción hemostática. La capa muscular interna está constituida por fi-
bras circulares, escasas sobre el fondo, pero concentradas para producir
esfínteres a nivel de los sitios de inserción de las capas uterina (bo-
cas tubarias) y a nivel de la boca interna. El esfínter de la boca in-
terna inhibe la expulsión del contenido uterino durante el embarazo y la
ingurgitación de la sangre menstrual hacia la luz tubaria de la trompa -
uterina desde el útero.

La capa mucosa o más interna del cuerpo uterina es el endometrio, lámina
única de epitelio cilíndrico, glándulas y estroma. El endometrio experi-
menta degeneración y renovación mensuales desde la menarquía hasta la me-
nopausia. Varía de espesor entre 0.5 y 5 mm. según la reacción de un ci-
clo regulado de manera hormonal y a la influencia de las prostaglandi-
nas.

Cubriendo la superficie endometrial se encuentran glándulas de tipo tubu-
lar simples revestidas por células cilíndricas, que se continúan con las
que cubren la superficie del endometrio. Las glándulas producen una se-
creción alcalina acuosa diluida que conserva húmeda la cavidad uterina,-
ayuda a los espermatozoides en su viaje hacia las trompas uterinas, y -

brinda nutrición al blastocito antes de la implantación.

El endometrio está compuesto por tres capas durante la fase luteínica - (secretoria) del ciclo menstrual o al principio del embarazo. Estas capas son la zona compacta que se encuentra en la región de las bocas glandulares, la zona esponjosa que es más profunda, sus glándulas están dilatadas y son extremadamente tortuosas, la capa más profunda que está - junto al miometrio es la zona basal. La zona compacta y esponjosa se - combinan a menudo para llamarse zona funcional. Estas dos capas se des - prenden durante la menstruación.

El riego sanguíneo único de estas tres capas. En el miometrio las arterias radiales se ramifican desde las arterias arqueadas haciendo ángulos rectos con éstas. Al acercarse al borde endometrial las arterias radiales se ramifican de manera extensa. Una vez dentro del endometrio se - convierten en las arterias basales que riegan la zona basal y por último se convierten en las arterias espirales que riegan la zona funcional.

El cuello uterino es una vía de entrada protectora para el cuerpo del - útero, lo mismo que una conexión entre la vagina y éste. Se divide en - su línea de inserción en áreas vaginal y supravaginal. El cuello uterino vaginal abarca aproximadamente un cuarto de la parte anterior del cuello y mitad de la parte posterior del mismo. Se proyecta hacia la vagina en un ángulo de 45° a 90°. El cuello uterino supravaginal está rodeado por las inserciones que brinda al útero su soporte principal: los li-

gamentos uterosacros por detrás, los ligamentos transversos del cuello -
uterino (ligamentos de Mackenrodt) por los lados y los ligamentos pubio-
cervicales por delante.

El cuello uterino tiene un color sonrosado y está cubierto por epitelio-
escamoso estratificado pálido, que se continua con la túnica vaginal. -
El cuello uterino vaginal termina a nivel de la boca externa. El conduc-
to cervical se ve de color rojo sonrosado y está revestido por epitelio-
cilíndrico ciliado alto que contiene muchas glándulas secretorias de -
moco ramificadas.

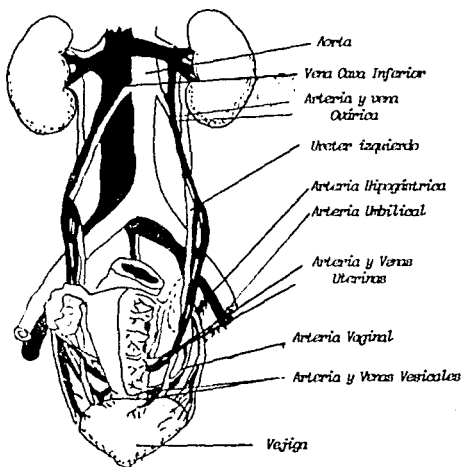
La elasticidad es una característica del cuello uterino, la que se debe
al contenido muy fibroso y colágeno de los tejidos de sostén y a la dis-
tribución de los grandes números de pliegues de la túnica cervical que -
se ramifican en sentido oblicuo rebordes anteriores y posteriores con -
arrugas.

La mucosa cervical tiene tres funciones: brindar lubricación al conducto
vaginal, actuar como agente bacteriostático y brinda un ambiente alcali-
no para proteger a los espermatozoides depositados contra la acidez vagi-
nal. (8)

La arteria ovárica se origina en la aorta abdominal por debajo de las -

(8) S.B. Olds. Ob. Cit. p. 90

arterias renales y puede regar ovario, trompa de Falopio y tercio superior del útero. La arteria uterina se origina en la rama hipogástrica de la arteria iliaca interna y riega los dos tercios inferiores del útero. Existen numerosas anastomosis entre las arterias ováricas y uterina y sus ramas. Las venas uterinas están distribuidas en un patrón semejante al de las arterias uterinas, ováricas y tubarias.



RIEGO SANGUINEO DE LOS ORGANOS INTERNOS DE LA REPRODUCCION. (FIGURA 8)

El drenaje linfático proveniente del cuello uterino se distribuye por tres regiones: a) ganglios iliacos externos, b) ganglios iliacos internos y c) ganglios sacros. El cuerpo del útero drena por un sistema encasado para cada una de sus tres capas. Un grupo de vasos colectores sigue el ligamento ancho y a los vasos ováricos para terminar en los ganglios paraaórticos, otro sigue a los ligamentos para terminar en los ganglios linfáticos inguinales y el tercero se fusiona con los linfáticos del cuello uterino para los ganglios iliacos externos.

La inervación uterina proviene totalmente del sistema nervioso vegetativo. Las fibras simpáticas estimulan por lo general la contracción muscular y la vasoconstricción; las fibras parasimpáticas inhiben las contracciones y estimulan la vasodilatación.

Las fibras parasimpáticas del útero se originan en los nervios sacrossegundo, tercero y cuarto y forman los nervios pélvicos. Las fibras simpáticas entran en la pelvis por el plexo hipogástrico, la cual se mezcla con las parasimpáticas y con el plexo urovaginal de Frankenhäuser.

El dolor de las contracciones uterinas se transmiten al sistema nervioso central por las raíces nerviosas dorsales undécima y duodécima. El dolor del cuello uterino y la parte alta de la vagina pasa por los nervios ilioinguinal y pudendo. Las fibras motoras del útero salen de la médula espinal a nivel de las vértebras dorsales séptima y octava.

Las funciones del útero tienen como finalidad brindar un ambiente seguro - al desarrollo fetal. La tónica uterina se prepara de manera cíclica por acción de hormonas esteroideas para la nidación.

LIGAMENTOS UTERINOS.

Ligamento ancho. El ligamento ancho o mesosalpiz, es una capa mesentérica doble que continua con el peritoneo abdominal. Puede considerarse que el peritoneo se envuelve sobre la vejiga, el útero y alrededor del mismo extendiéndose hacia las trompas uterinas, y hacia abajo por la superficie uterina posterior. Esta hoja doble del peritoneo que se extiende desde los bordes laterales del útero hacia fuera en dirección hacia la pared pélvica, encierra a las trompas de Falopio y a los ligamentos redondo y ovárico a nivel del borde superior del ligamento ancho. En su borde inferior su composición musculofacial se vuelve más densa para formar los ligamentos cardinales. Por los lados más allá de las trompas uterinas, el ligamento ancho se continúa como ligamento infundíbulo-pélvico o suspenso - rio. Entre los pliegues del ligamento ancho se encuentran grandes cantidades de tejido conectivo, cantidades pequeñas de músculo involuntario, vasos sanguíneos, conductos linfáticos y nervios. El ligamento ancho con sus áreas especializadas, conserva al útero y a las trompas en ubicación central y les brinda estabilidad dentro de la cavidad pélvica.

Ligamentos redondos. Cada uno de estos ligamentos se origina por delante y por debajo de la inserción de la trompa uterina, y corre hacia afuera en

dirección a los pliegues del ligamento ancho en un trayecto curvo y tor-
tuoso, pasa por el anillo y el conducto inguinales, se extiende en abanico
y se fusiona con el tejido conectivo de los labios mayores. Constitui-
do por músculo longitudinal involuntario que se extiende y continúa con
el del útero, el ligamento redondo se hipertrofia durante el embarazo. -
Manifiesta signos de contractilidad y tono, posiblemente no constituye el
sosten del útero.

Ligamentos ováricos. Son cordones fibromusculares redondos cortos que fi-
jan al polo inferior del ovario contra el cuerno uterino. Según su es-
trutura, los ligamentos ováricos y redondos son los mismos y son homólo-
gos del gubernáculo testicular.

La capacidad de contractilidad del ligamento ovárico le permite influir -
en la posición del ovario en cierto grado, ayuda a las fimbrias de las -
trompas uterinas a capturar al óvulo cada mes después que se libera.

Ligamentos cardinales. Conocidos como ligamentos de Mackentodt o ligamen-
tos cervicales transversos, se originan en las paredes laterales y termi-
nan en inserciones sobre los fondos de saco vaginales y laterales y la -
parte supravaginal del cuello uterino. Esta base engrosada del ligamento
ancho se continúa con el tejido conectivo del suelo de la pelvis, y está-
constituido por fibras musculares lisas longitudinales. Es la banda más-
potente del suelo pélvico y el principal apoyo uterino y suspende el úte-
ro desde las paredes laterales de la pelvis verdadera y previene su pro-
lapso. Sostiene también la parte superior de la vagina.

Ligamento infundibulopélvico. El tercio exterior del ligamento ancho, que se extiende desde el extremo fimbriado de la capa uterina hacia la pared pélvica lateral, constituye el ligamento infundibulopélvico o susensorio. Contiene los vasos y nervios ováricos y sirve para suspender y sostener los ovarios.

Ligamentos uterosacros. Se originan a cada lado de la pelvis desde la pared posterior del útero a nivel de la boca interna, se deslizan hacia atrás alrededor del tercio inferior del recto, y se insertan sobre los bordes laterales de las vértebras sacras primera y segunda.

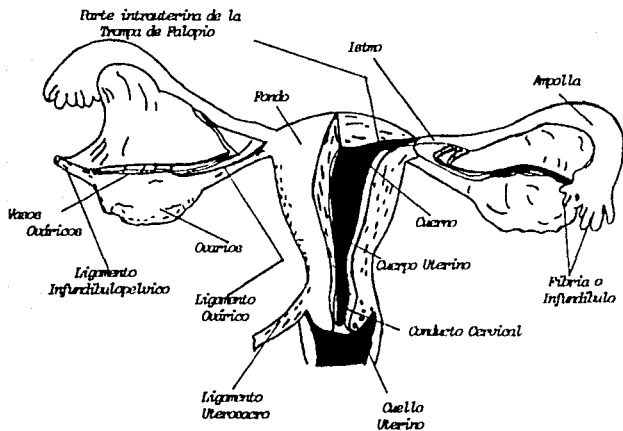
Los pliegues peritoneales y el fondo de saco de Douglas, constituyen los límites laterales. Con los ligamentos cardinales y pubovesicales, los ligamentos uterosacros constituyen un sistema de sostén de tejido fibromuscular que se extiende desde la pared pélvica hacia el útero, cerca de la boca interna.

Contienen fibras de músculo liso, tejido conectivo, vasos sanguíneos y linfáticos y nervios; brindan apoyo al útero y al cuello uterino, además contienen fibras nerviosas sensoriales que contribuyen a la dismenorrea.

THOMPAS DE FALOPPIO (UTERINAS).

Derivadas embriológicamente de los conductos paramesonefricos, conocidas como oviductos, se originan a los lados desde los cuernos del útero y progresan casi hasta las paredes laterales de la pelvis, sitio en que se

vuelven hacia atrás y hacia adentro en dirección a los ovarios.



TROMPAS DE FALLOPIO Y OVARIOS. (FIGURA 9).

Cada trompa mide de 8 a 13.5 cm. de longitud y se encuentra en el borde superior del ligamento ancho (mesosalpinx). Esas trompas no son estructuras rígidas e inertes, son dinámicas y se mueven incesantemente buscando el óvulo que va a liberar el ovario. Su abertura hacia el útero (boca -

uterina) mide 1 mm. de diámetro.

Cada trompa se puede dividir en tres partes: istmo, ampolla e infundíbulo (fimbrias). El istmo es recto y estrecho, con una pared muscular gruesa y una luz de 2 a 3mm. de diámetro. Es el sitio de la ligadura tubaria. - Junto al istmo se encuentra la ampolla tubaria distal curva, que comprende dos tercios externos de la trompa, aquí se da la fecundación del óvulo por el espermatozoide. La ampolla tiene la luz más amplia y su pared muscular es delgada y distensible. termina en el infundíbulo, ensanchamiento a manera de embudo con muchas proyecciones digitiformes que se mueven (fimbrias) y llegan al ovario.

La pared de la trompa de Falopio está constituida por cuatro capas: peritoneal (serosa), subserosa (adventicia), muscular y mucosa. El peritoneo del ligamento ancho cubre las trompas y se continúa con la mucosa que reviste a ésta en la región infundibular.

La capa subserosa contiene el riego sanguíneo y la inervación, la capa muscular se encarga de los movimientos peristálticos, creados por las fibras musculares involuntarias lisas longitudinales externas y circulares - internas.

La capa mucosa, se continúa con el endometrio uterino, esta capa está constituida en pliegues longitudinales que son escasos en el istmo, pero se incrementan en número y complejidad en la ampolla. La capa mucosa está compuesta por epitelio cilíndrico y ciliado y no ciliado, con incre-

mento de las células ciliadas en la fimbrias. Las células no ciliadas - son células caliciformes que secretan un líquido seroso rico en proteínas que nutre al óvulo.

Los cilios tubarios en actividad constante crean corriente que se dirigen hacia el útero. El óvulo es una célula de gran tamaño que requiere de - actividad ciliar para aumentar el peristaltismo tubario de la capa muscular.

"Cada oviducto cuenta con un riego sanguíneo doble, las ramas de las arterias uterinas y ováricas se anastomosan y crean una redcilla rica en el mesosálpinx. El drenaje venoso se produce por el plexo pampiniforme y - las venas ováricas y uterinas, el drenaje linfático por los vasos cercanos al uréter hacia los ganglios lumbares a lo largo de la aorta.

Las trompas uterinas están inervadas por nervios parasimpáticos y simpáticos motores y sensoriales provenientes del plexo pélvico ovárico. La ampolla está inervada por ramas ováricas, y el istmo lo está por ramas uterinas." (9)

Las funciones de trompas uterinas consisten en brindar transporte al óvulo desde el ovario hacia el útero, actuar como sitio para la fecundación y servir como ambiente tibio, húmedo y nutritivo para el huevo o cigoto.-

(9). Ibid, p. 94

El tiempo que se requiere para el transporte del huevo por las trompas uterinas varía entre tres y cuatro días.

OVARIOS.

Los ovarios son dos estructuras glandulares en forma de almendra que se encuentra en la superficie posterior del ligamento ancho, justamente por debajo del reborde pélvico y cerca del infundíbulo. Los ovarios izquierdo y derecho tienen tamaño variable, pesan de 6 a 10 g y miden 1.5 a 3 cm. de ancho, 2 a 5 cm. de longitud y 1 a 1.5 cm. de espesor.

Durante la vida fetal, se desarrollan a partir del epitelio germinal del reborde urogenital de la pared abdominal posterior, descendiendo hacia la pelvis del mismo modo que lo hacen los testículos. Los ovarios varían de tamaño según las etapas de crecimiento, cambian de aspecto; de órganos de superficie lisa y color blanco mate se transforman en órganos de color gris puntado a causa de la retracción cicatricial que ocurre después de cada ovulación.

La ubicación típica de cada ovario es la parte alta de la cavidad pélvica, a nivel de la pared lateral en una fosa creada en la región por la que pasa la vena iliaca externa y en la que se encuentra la unión uretral.

El ovario está conectado con el útero por medio del ligamento ovárico, con el dorso del ligamento ancho por el mesovario y con la pared pélvica lateral por medio del ligamento infundíbulo-pélvico. A través del hilio-

del ovario entran vasos sanguíneos, nervios y vasos linfáticos. Carecen de cubierta peritoneal, pero si por una capa única de células epiteliales cuboides, que en conjunto se llama epitelio germinal. Hay otras tres capas constituyentes de los ovarios: la túnica albugínea, la corteza y la médula.

La túnica albugínea es densa y de color blanco mate, sirve como capa protectora. La corteza es la parte funcional principal porque contiene folículos de De Graaf, cuerpos lúteos, folículos atrésicos y cuerpos blancos, todos conservados juntos por el estroma ovárico. La médula está rodeada por la corteza y contiene los nervios, los vasos sanguíneos y linfáticos.

El ovario es un componente básico de la reproducción. Hay cerca de un millón de oocitos detenidos en la primera división meiótica al nacer. A causa de los procesos atrésicos foliculares quedan aproximadamente 300 000 oocitos en la niña de siete años y hay cerca de 30 000 durante la pubertad.

La función vital de los ovarios es liberar un óvulo maduro cada vez para la fecundación, además de sus hormonas.

MAMAS.

Según su embriología las mamas se desarrollan a partir del ectodermo, hacen su aparición cerca de la sexta semana de vida, y del mesodermo. Se producen cordones sólidos que evolucionan en la mama pectoral hacia el

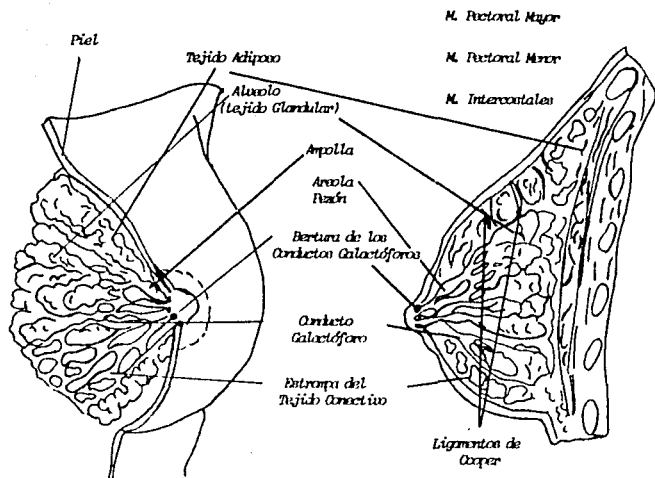
quinto mes, durante el último trimestre los cordones desarrollan una luz interior que se convierten en los conductos principales de la mama.

Las mamas se consideran accesorios del sistema de la reproducción, se trata de glándulas sebáceas especializadas conocidas como glándulas racemosas o compuestas. Aparecen por pares y están ubicadas de manera simétrica a los lados del tórax entre la segunda y sexta costillas y entre el borde del esternón y la línea axilar media. Son de forma cónica. Su peso es de 200 g aproximadamente. Por lo general el tejido mamario se extiende hacia la axila desde el borde externo del tejido mamario normal y se llama cola de Spence.

En el centro de cada mama madura se encuentra el pezón, saliente tisular de 0.5 a 1.3 cm. de diámetro, compuesto principalmente por tejido eréctil, y se vuelve más rígido y prominente durante ciclo menstrual, excitación sexual, embarazo y lactancia.

El pezón está rodeado por la areola, zona densamente pigmentada de 2.5 a 10 cm. de diámetro. Tanto pezón como areola están arrugadas por pequeñas papilas llamadas tubérculos de Montgomery, las cuales secretan un material lipóide durante el amamantamiento que ayudan a lubricar y proteger las mamas.

Las mamas están cubiertas por tejido glandular, fibroso y adiposo. El tejido glandular está constituido por acinos y alveolos, distribuidos por cantidades variables de tejidos adiposo y fibroso entre sí. Las láminas



ANATOMIA DE LA MAMA. (FIGURA 10).

de tejido fibroso, llamadas Ligamentos de Cooper, se extienden desde la -
 fascia profunda que cubre los músculos de la pared torácica a través del-
 tejido alveolar y por último se fusionan con la capa fascial superficial-
 precisamente por debajo de la piel. Suspenden las mamas.

Cada lóbulo mamario está constituido por varios lobulillos, que a su vez -
lo están por grandes números de alveolos en cúmulos a manera de racimos de
uva alrededor de conductos minúsculos. Están revestidos por una sola capa
de epitelio cuboide, que secreta los diversos componentes de la leche. -
Los conductos de diversos lobulillos se combinan para formar los conductos
o senos galactóforos, cada conducto galactóforo se abre por separado sobre
la superficie del pezón y puede observarse que su salida es un orificio -
aislado minúsculo. El músculo liso del pezón produce erección del mismo -
al contraerse.

Es complejo el control hormonal cíclico de la mama madura. En esencia, -
los estrógenos estimulan el crecimiento y el desarrollo del epitelio de -
los conductos. La progesterona en combinación con los estrógenos, es la -
encargada del desarrollo acinar y lobular durante la fase lútea de la
menstruación. Además, se requiere corticosteroides suprarrenales, prolac-
tina, somatotropina y tirixina para que actúen estrógenos y progesterona.

El sistema arterial, venoso y linfático se comunican en el sentido medial-
con los vasos mamarios internos y en sentido lateral con los vasos axila-
res.

La inervación cutánea de la parte alta de la mama proviene de las ramas -
tercera y cuarta del plexo cervical, y de la parte inferior proviene de los
nervios intercostales.

La función biológica de las mamas consiste en brindar nutrición y anticuer

*pos maternos protectores a los lactantes, además son fuente de sensación -
sexual placentera.*

RESPUESTA SEXUAL HUMANA

EL CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA

CONCEPTO.

Es una serie de cambios fisiológicos que ocurren en el organismo humano, - cuando el individuo está bajo la influencia de cierto tipo de estímulos - que provocan modificaciones específicas (respuestas) que tienen la potencialidad de desencadenar el organismo.

La Respuesta Sexual Humana tiene funciones reproductivas y placenteras. A los estímulos que provocan esta respuesta se les llama estímulos sexuales. La eficacia de estos depende de innumerables circunstancias, la mayoría de ellas subjetivas.

La Respuesta Sexual Humana se considera como un ciclo, el individuo se encuentra en un estadio basal previo del que pasa a una serie de estadios o fases, que una vez completados los cambios el individuo regresa al estadio basal.

GENERALIDADES SOBRE EL ESTIMULO SEXUAL.

Desde el punto de vista fisiológico, los estímulos sexuales pueden ser clasificados en dos grupos: los estímulos reflexogénicos y los estímulos psicogénicos.

ESTIMULOS REFLEXOGENICOS:

Son los que producen la respuesta sexual integrando un arco reflejo relativamente corto, se clasifican aquí todos los estímulos que activan las terminaciones nerviosas del área genital, las zonas que le rodean así como las vísceras cercanas como la vejiga o el recto.

La mayor parte de estos estímulos son de tipo táctil y producen respuesta al activar las terminaciones nerviosas táctiles; la información (activación de la fibra nerviosa) viaja hacia médula sacra donde al integrarse al arco reflejo, la información viaja de regreso al área genital donde aparecen los eventos. El arco reflejo de la Respuesta Sexual en el individuo es de naturaleza polisináptica (posee neuronas internunciales), por lo que al llegar la información a médula sacra es enviada hacia centros cerebrales superiores haciendo posible la precepción consciente y placentera del estímulo y la respuesta.

ESTIMULOS PSICOGENICOS:

Son recibidos por todos los otros órganos de los sentidos (vista, oído, olfato, gusto y zonas cutáneas alejadas del área genital) y en la corteza cerebral son "interpretados" como estímulos sexuales; ahí se generan nuevos impulsos que son enviados a la zona genital y el resto del organismo a través de la médula espinal y la respuesta que se produce. En este caso se encuentran las imágenes, sonidos, textos, etc., que producen los cambios de la respuesta sexual. También los estímulos psicogénicos pue-

den ser generados en la misma corteza sin necesidad de provenir del exterior (recuerdos, fantasías y sueños).

A pesar de la variedad de estímulos sexuales y que fisiológicamente existen diferencias en la forma en que actúan, la respuesta observada es siempre la misma, es decir, un individuo puede expresar respuesta sexual en diversas circunstancias: en el coito, en la masturbación, durante el sueño o por medio de fantasías.

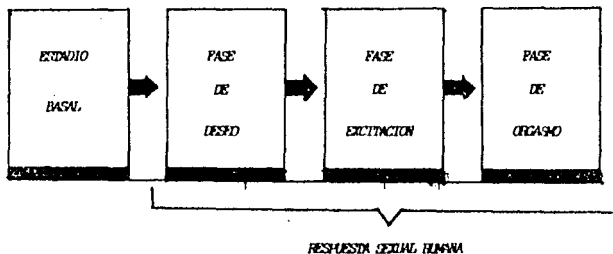
MODELOS DE ESTUDIO DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA.

El modelo Trifásico de la Dra. Helen S. Kaplan.

La Dra. Helen S. Kaplan clasifica cada una de estas fases por reacciones fisiológicas propias que son: la fase de deseo, la fase de excitación y la fase de orgasmo.

El individuo encontrándose en estado basal, experimenta cambios en su estado de ánimo y busca tener satisfacción sexual, es decir, entran en la fase de deseo, luego el individuo facilita la efectividad de los estímulos que ha creado o que le rodean y empiezan a tener cambios específicos (erección del pene) o lubricación vaginal, según el caso, entrando en la fase de excitación, una vez que estos cambios se establecen completamente, El individuo llega a un momento en que la acumulación de estímulos precipita una respuesta breve, intensamente placentera y ocasionando que los cambios de la fase de excitación lleven a que el deseo de más estímu-

lación disminuya la fase del orgasmo.



MODELOS DE MASTERS Y JOHNSON.

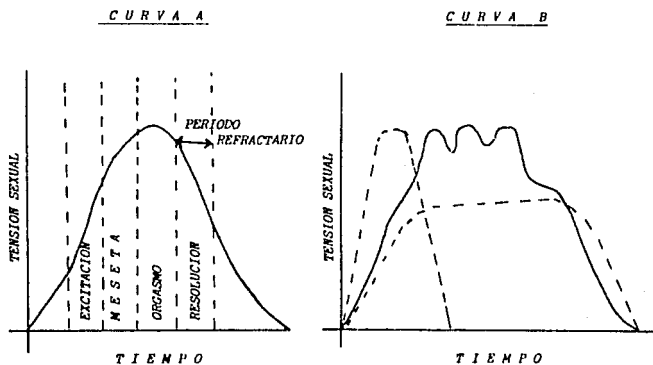
Antes de la década de 1960 se sabía relativamente poco sobre la forma en que responde el cuerpo a la excitación se desconocía por completo el mecanismo que reguló la erección y la eyaculación, la respuesta sexual se investigaba en los animales, no en el ser humano. En aquel contexto se dieron a conocer los resultados de una investigación de la fisiología sexual basada en la observación directa en el laboratorio de más de 10 000 secuencias de actividad sexual en 382 mujeres y 312 hombres. (Masters y Johnson 1966). De acuerdo con los resultados de dicho estudio hallaron conveniente dividir la respuesta sexual en 4 fases: excitación, meseta, orgasmo y -

resolución, se refieren a las respuestas características del individuo durante el desempeño sexual, no siempre están claramente diferenciadas entre sí y pueden presentar variaciones tanto en el caso del mismo individuo examinado en distintos momentos, como en la relación de pareja. Aunque por regla general el ciclo de la respuesta sexual humana sigue una pauta de progresión estable, los rasgos esquemáticos simplificados de dicha respuesta varían notablemente. A veces la excitación es rápida y desemboca en el orgasmo, en otras ocasiones la excitación va creciendo durante un período de horas. El estado de meseta no siempre lleva al orgasmo, ya que los altos niveles de excitación propios de esta fase pueden disiparse y un individuo puede retroceder a la fase de excitación. Además si cesa la estimulación sexual, la persona retornará posiblemente a un estado normal.

REPRESENTACION GRAFICA.

Si se hace una abstracción de todos los cambios observados y se valora en función de la intensidad de los mismos se observa así el primer parámetro de la curva, denominada tensión sexual, el segundo parámetro es el tiempo, existen algunas diferencias entre las curvas de la respuesta sexual, que se observa en hombres y mujeres, quizá las más importantes se dan en el ciclo masculino, de llamado período refractario, cierto lapso después de la fase orgásmica masculina en la que la aplicación de estímulos que habían resultado efectivos dejan de serlo, y los cambios de la tensión sexual no se vuelven a presentar sino hasta terminar este período, el cual se modifica con la edad del individuo. En la mujer no existe esta condición, por lo que la aplicación de estímulos después de la fase orgásmica pueda preci

pitar una nueva respuesta orgásmica, ésta es la llamada capacidad multi-orgásmica (curva B).



Cuando se emplea la estimulación sexual, el receptor penetra la primera - fase o fase de excitación, la cual varía en tiempo de algunos minutos a ho- ras. La duración depende de la eficacia, intensidad y continuación de la- técnica usada y del grado de libertad de estímulos adversos físicos o psi- cológicos.

La segunda fase, la fase de meseta, es intensa pero de cierta duración. Y- la fase orgásmica es extremadamente corta durando de 3 a 10 segundos. Du-

rante la fase de resolución o final, el sistema sexual regresa a su estado normal, la duración de esta fase es directamente proporcional con la duración de la fase de excitación.

Durante la respuesta sexual del ser humano se dan dos reacciones fisiológicas básicas, la primera es la vasoconstricción, que supone un aumento del volumen de sangre concentrada en los tejidos corporales de los genitales y los senos de la mujer. La segunda es el aumento de la tensión neuromuscular o miotonia que corresponde a una acumulación de energía en los nervios y los músculos, acontece en todo el cuerpo en respuesta a la activación sexual.

Si bien existen algunas diferencias entre la respuesta sexual del hombre y la mujer, hay coincidencia en múltiples aspectos. Así mismo la fisiología de la respuesta sexual es idéntica en los heterosexuales y los homosexuales.

FASE DE EXCITACION.

La fase de excitación es consecuencia de la estimulación sexual, que puede ser física, psicológica o una combinación de ambas.

En la Mujer.

La primera respuesta anatómica de la mujer ante la estimulación sexual es una lubricación o "sudación" en el conducto vaginal, que empieza de 10 a 30 segundos después de la estimulación sexual.

La causa de la lubricación vaginal está en el vasoconstricción de las paredes vaginales. La secreción vaginal se presenta primero en formas de gotitas aisladas que fluyen y que acaban por humedecer la superficie interna de la vagina.

En la fase inicial de la excitación sexual la cantidad de fluido es a veces escasa que ni la mujer ni su compañero lo advierten. Conforme aumenta la lubricación vaginal, puede salirse del conducto y humedecer los labios y la abertura vaginal, pero esto depende de la postura de la mujer y de la clase de juego sexual. La densidad, cantidad y olor de la lubricación vaginal varían de una mujer a otra y en una misma mujer de un tiempo a otro. La lubricación de este órgano facilita la inserción del pene y la suavidad del movimiento de empuje, a la vez que impide que la mujer sienta incomodidad o molestias durante el acto. A medida que continua la excitación, ocurre la dilatación y alargamiento de la vagina dos terceras partes. La superficie arrugada se alisa y la mucosa se adelgaza con la expansión haciendo 25% más grande la vagina en relación con sus dimensiones que tenía antes de la estimulación. Su coloración adquiere un tinte púrpura intenso conforme continua la excitación.

En el útero empiezan contracciones rápidas e irregulares llamadas fibrilaciones en la parte temprana de la fase. La vasoconstricción provoca un aumento en el tamaño, si la estimulación persiste por un período prolongado a través de esta fase y la siguiente, puede haber un aumento doble o triple de tamaño.

A medida que emergen las fases de excitación y de meseta todo el útero es jalado hacia arriba al interior de la parte baja del abdomen, produciendo una dilatación o efecto de cópula en las 2 terceras partes superiores de la vagina. En la mujer que no ha tenido hijos los labios mayores se adelgazan y se aplanan, se elevan ligeramente hacia arriba y afuera, retirándose de la abertura vaginal. Por el contrario en la mujer que ha tenido hijos los labios mayores se congestionan con sangre, aumentando el doble o triple de su tamaño normal. Los labios menores también aumentan de tamaño al doble o triple de su espesor normal. A medida que la tensión sexual aumenta, los pezones de las mujeres paran. La sangre venosa es atrapada en las glándulas mamarias, haciendo que aumente de tamaño aproximadamente 25% al final de la fase.

Las areolas (zonas oscuras pigmentadas que rodean los pezones) se hinchan en forma considerable, las venas de la mama se vuelven visibles.

El 75% de las mujeres sexualmente estimuladas desarrollan un enrojecimiento de la piel, que comienza con la región del estómago y garganta, diseminándose hacia las glándulas mamarias, la intensidad, por lo general, empieza a disminuir, tensión de los músculos voluntarios e involuntarios, empieza y crece durante esta fase. A medida que la tensión crece, sus movimientos se vuelven más inquietos, potentes y rápidos. Durante esta fase y las siguientes los músculos de las nalgas y del ano pueden aumentar su tensión en forma involuntaria.

A medida que la tensión sexual aumenta, la presión arterial aumenta de lo -

normal, elevándose también la frecuencia cardíaca. El clítoris crece, - aunque la tumefacción (hinchazón o congestión) puede no ser descubierta a simple vista y continua aumentando durante la estimulación sexual.

Al final las glándulas de Bartholin producen una secreción muy escasa de moco, sólo algunas y luego generalmente se suspende para reanudarse hasta el final de esta fase o la siguiente etapa.

En el hombre.

La mayoría de los hombres experimentan erección de los pezones durante el coito, generalmente durante la fase de excitación sexual tardía y continuando a través de las demás fases del ciclo de la respuesta sexual.

El enrojecimiento que aparece posteriormente en la fase de excitación o - en la fase de meseta, se observa primero sobre el estómago luego se disemina al pecho, después al cuello y a la cara.

La tensión muscular es clínicamente observable en la última parte de la - fase de excitación, aunque es más pronunciada en la fase de meseta.

En este momento la contracción involucra principalmente los músculos voluntarios. Las contracciones musculares involuntarias son más típicas durante la última parte de esta fase y son responsables de la elevación de los testículos hacia el perineo.

La pierna, el brazo y los músculos abdominales tienden a tensarse en forma voluntaria o involuntaria. A medida que aumenta la tensión sexual, - hay un aumento en la frecuencia cardiaca y en la presión sanguínea.

En el hombre, el signo físico más destacado de excitación sexual es la erección del pene, que se produce por lo general, a los pocos segundos de iniciada la estimulación. La erección ocurre cuando la sangre fluye rápidamente y llena los tejidos esponjosos del pene. Por el momento no está claro si la constricción se debe a que las venas que drenan el pene no absorben en la misma proporción el rápido flujo sanguíneo, o si las estructuras especiales denominadas "polsters" (), que existen en los vasos sanguíneos del pene limitan el caudal vertido. Sea cual fuere el mecanismo exacto que interviene en el endurecimiento y agrandamiento del pene se deben al aumento de la presión del fluido. La erección del pene puede desaparecer o puede recuperarse muchas veces durante una fase prolongada de excitación. También puede alterarse en las fases de excitación y de meseta, por estímulos adversos con ruidos intensos súbitos, cambios notables en la iluminación o en la temperatura: temor, dolor y ansiedad.

La abertura de la uretra o del meato se ensancha a medida que la fase progresa.

Con el aumento de la tensión, aparece la contracción del músculo liso y la vasocongestión del tejido escrotal, jalando al saco del escroto hacia el cuerpo y restringiendo notoriamente el movimiento de los testículos.

El músculo cremaster (cordón espermático) se acorta elevando los testículos. A pesar de la erección del pene, una fase de excitación prolongada que dura más de 5 a 10 minutos, puede provocar que el saco escrotal y el cremaster se relajen varias veces regresando los testículos a su posición original baja en el escroto, antes de que la tensión sexual de la fase de meseta establezca la elevación completa.

FASE DE MESETA.

En la mujer.

Los senos y las areolas se expanden al máximo, sobre todo en mujeres que nunca han amamantado a un hijo.

La tensión muscular se observa desde la cabeza a los dedos de los pies. - Una mujer con frecuencia reacciona con gestos, fosas nasales dilatadas y tensión notoria en las comisuras labiales, los tendones del cuello se ponen rígidos y sobresalen, especialmente con la proximidad del orgasmo. - La espalda se arquea y los músculos de ésta se ponen muy tensos. Posteriormente en la misma fase se observan contracciones espásticas de los músculos de las manos y de los pies, demostrables mediante movimientos de presión adquiriendo los pies y las manos la forma de garras. Los músculos de las nalgas se tensan a menudo al aproximarse al orgasmo.

Ya avanzada la fase de excitación o bien al principio de la fase de meseta, se produce un cambio cutáneo que provoca la aparición de manchas rojas semejantes a las del sarampión, este rubor sexual suele principiar de

bajo del esternón en la zona superior del abdomen y después se extiende rápidamente por los senos y la parte delantera del pecho. Puede aparecer en otras zonas del cuerpo, como el cuello, las nalgas, la espalda, brazos, piernas y rostro.

El rubor sexual está causado por alteraciones en el flujo sanguíneo. La frecuencia cardíaca puede llegar a 110/175 latidos por minuto, la cifra de presión sistólica puede ascender 20 a 60 mmHg sobre el valor normal, y la diastólica 10-20 mmHg. El aumento de la frecuencia respiratoria es notoria desde el principio de esta fase.

En esta fase el clítoris se retrae contra el hueso púbico, este cambio, junto con la vasoconstricción que sobreviene en los labios vaginales, oculta el clítoris y protege parcialmente su cabeza del contacto directo.

El tercio exterior de la vagina, incluyendo su musculatura circualante se distiende con sangre venosa en forma tan intensa que el conducto vaginal reduce su diámetro. El músculo distendido se contrae con el orgasmo que se aproxima, provocando que la vagina congestionada y los labios menores han recibido el nombre de plataforma orgásmica otorgada por Masters y Johnson.

Los dos tercios interiores de la vagina se expanden un poco más, al tiempo que el útero se eleva. Con frecuencia en esta fase disminuye la producción de lubricación vaginal en relación con la fase de excitación.

Como resultado del aflujo de sangre, los labios menores internos se agrandan, doblando e incluso triplicando su grosor, lo que origina la separación de los labios mayores. Al producirse esta separación la coloración de los labios menores en las múltiparas progresa de un color rosa cenizo a un rosa brillante y finalmente a una tonalidad escarlata.

Los labios menores de las múltiparas pueden adquirir un color de vino oscuro. La intensidad de cambio de color en ambas circunstancias está directamente relacionada con el grado de excitación sexual y un cambio notorio de color constituye evidencia de orgasmo inminente.

En el hombre.

Aumenta la tensión volitiva como la que no depende de la voluntad. Ocurren contracciones musculares intensas de la cara (en especial alrededor de la boca) cuello y abdomen. También puede haber espasmo carpopedal, y a medida que el orgasmo se acerca, puede haber movimientos de prensión, movimientos de los pies, movimientos de la mano, ondulación del arco del pie con arqueo del mismo.

La frecuencia cardíaca aumenta entre 100 y 175 latidos por minuto, la presión arterial se eleva a quizá 180/110, ambas van en relación con el aumento de la tensión sexual. La corona del glande se pone turgente y aumenta en intensidad la coloración de la zona por abajo de ella. El bulbo uretral (base de la uretra) aumenta hasta el triple su tamaño normal. Los testículos se elevan y empiezan a rotar hacia adelante de forma tal -

que la superficie posterior permanece en firme contacto con el pene - (la zona entre el escroto y el ano). La elevación total de los testículos indica la inminencia del orgasmo. La elevación parcial resultará en una eyaculación pero habrá una reducción significativa de la fuerza del eyaculado. Los dos testículos reaccionan a menudo ante la estimulación sexual en forma independiente uno del otro. El derecho puede elevarse por completo en la excitación tardía o en la fase temprana, mientras que el izquierdo puede no hacerlo sino un poco antes de la eyaculación. Una reacción vasocongestiva en los testículos aumenta su tamaño en relación con el tamaño que tienen en estado normal sin estimulación por aproximadamente 50%.

El aumento es hasta de 100% en algunos hombres. Más prolongada en la fase de meseta, más marcado es la vasocongestión y el aumento del tamaño testicular.

Las glándulas de Cowper secretan dos a tres gotas de líquido mucoso previo a la eyaculación durante esta fase.

FASE DE ORGASMO.

Si avanzada la fase de meseta continúa la estimulación sexual efectiva, se llega a un punto en que el cuerpo libera de golpe la tensión sexual acumulada, en lo que constituye el apogeo de la excitación sexual, a este momento culminante se le denomina orgasmo o clímax. Desde un punto de vista biológico, el orgasmo es la fase más corta del ciclo de la respuesta.

ta sexual, normalmente dura solo unos segundos, lapso durante el cual las rítmicas contracciones musculares que desencadenan producen una intensa sensación física seguida de un rápido relajamiento.

Desde el punto psicológico el orgasmo es un instante de goce y de suspensión de la actividad mental.

Los orgasmos varían no solo de cada hombre o mujer en particular, sino en distintos momentos de un mismo individuo. La diferente intensidad de los orgasmos deriva de factores físicos (como la fatiga y el tiempo transcurrido desde el último orgasmo) y de una amplia gama de factores psicosociales en torno al hecho sexual.

En la mujer.

La intensidad del enrojecimiento sexual y las reacciones miotónicas resulta estar paralelo con la intensidad del orgasmo, que se caracteriza por contracciones involuntarias, simultáneas y rítmicas del útero, el tercio externo de la vagina (plataforma orgásmica) y el esfínter anal.

Las primeras contracciones son intensas y muy seguidas (a intervalos de 0.8 segundos). Hay cuando menos 3 ó 4 contracciones y puede haber hasta 15, las contracciones uterinas empiezan 2 ó 4 segundos después de las primeras sensaciones de orgasmo y no son diferentes a las contracciones iniciales del trabajo de parto. En forma típica empiezan en la cima del útero y van descendiendo hasta llegar a la cérvix. Mientras prosigue el orgasmo, las contracciones disminuyen su intensidad y duración y sobrevie -

nen en lapsos menos regulares.

El orgasmo es una respuesta global de todo el organismo, no solo de la pelvis. La frecuencia cardíaca se eleva aún más la presión arterial continúa ascendiendo, quizá hasta alcanzar cifras como 200/120 aunque la elevación es menor que la observada en el hombre durante esta fase. La frecuencia respiratoria normal puede duplicarse hasta 40 respiraciones por minuto.

El clítoris permanece retraído y no es visible, quedando situado abajo de su capuchón durante esta fase.

Diversos investigadores manifiestan que algunas mujeres expulsan por la uretra al producirse el orgasmo, un líquido parecido al semen.

Según las hipótesis avanzadas, podría tratarse de un fluido segregado por una especie de "próstata femenina" constituida por glándulas rudimentarias (glándulas de Skene) localizadas en torno a la uretra, cerca del cuello de la vejiga, que desde un punto de vista embrionario derivan de los mismos tejidos que en el varón desarrollan para constituir la próstata, pero esta teoría aún no ha sido probada científicamente.

Si bien es innegable que solo unas pocas mujeres presentan este tipo de respuesta parecida a la eyaculación conviene tener presente que varios de los casos conocidos son reflejo de una anomalía conocida como incontinencia de esfuerzo urinario, según la cual la orina fluye por la uretra a consecuencia de una contracción física, como el acto de toser, estornudar, o por efecto de la excitación sexual.

En el hombre.

Los orgasmos del varón se dan en dos etapas diferenciadas. En la primera fase del orgasmo, los vasos deferentes (los dos conductos que portan espermias, van del testículo al epidídimo), así como la próstata y las vesículas seminales inician una serie de contracciones que impulsan al semen dentro del bulbo de la uretra. El hombre experimenta una sensación de inevitabilidad eyaculatoria, es decir, la sensación de haber llegado al límite de su control. Durante el segundo estadio del orgasmo masculino, las contracciones de la uretra y del pene se conciertan con las contracciones de la próstata y provocan la eyaculación o expulsión del semen por la punta del pene. La aparición externa del líquido seminal no sobreviene hasta varios segundos después del punto de inevitabilidad eyaculatoria.

Durante la eyaculación, el cuello de la vejiga urinaria se cierra herméticamente para que el semen fluya y no se produzca una mezcla de orina y semen. En un primer momento las contracciones rítmicas de la próstata, músculos del perineo y cuerpo del pene se producen a intervalos de 0.8 segundos y son las que facilitan la salida del semen durante la eyaculación. Después de las primeras 3 ó 4 contracciones penales, se espacian las contracciones y su intensidad disminuye gradualmente.

El orgasmo se refiere de manera específica a las súbitas contracciones musculares rítmicas de la región pélvica y otras zonas del cuerpo, que liberan la tensión sexual acumulada y las sensaciones mentales que acompañan a este suceso. La eyaculación, en cambio, hace referencia a la expulsión,

lo que a veces acontece sin que se produzca orgasmo. En los adolescentes -
impúberes, es común que sobrevenga orgasmo sin eyaculación y el fenómeno -
puede repetirse en caso de afección de la próstata o por la ingesta de -
ciertas drogas.

Menos corriente es la eyaculación sin orgasmo. El rubor sexual presente -
corre paralelo con la intensidad del orgasmo. Hay pérdida del control mus-
cular voluntario, más tensión muscular involuntaria a través de todo el -
cuerpo.

La frecuencia cardiaca aumenta a 110/180 latidos por minuto, la frecuencia
respiratoria aumenta a 40 respiraciones por minuto, la presión arterial -
puede ascender a cifras mayores que las alcanzadas en la fase previa, en -
algunos individuos hasta 220/130 o más.

FASE DE RESOLUCION.

El período de retorno al estado normal de no estimulación se conoce como -
la fase de resolución. En esta fase casi todos los órganos y tejidos de -
la mujer regresan con rapidez a su estado no estimulado después del orgas-
mo. El rubor sexual desaparece en orden opuesto a como apareció durante -
las fases de excitación y de meseta. Hay pérdida de la erección de los pe-
zones, los senos regresan con mayor lentitud al tamaño normal, en la nulí-
para permanece a menudo crecidos durante 5- 10 minutos después de que ha -
terminado el orgasmo. Si la estimulación sexual no se continua o se empie-
za de nuevo, la tensión muscular habitualmente desaparece por completo 5 -

minutos después del orgasmo. La frecuencia cardiaca, la presión arterial y la respiración regresan también a lo normal.

Aproximadamente la tercera parte de todas las mujeres desarrollan una peli- cula delgada de sudor sobre el pecho, espalda, muslos y tobillos durante esta fase a medida que el enrojecimiento 10 segundos después de las con- tracciones orgásmicas de la vagina han cesado, el clítoris regresa a su po- sición normal.

La vasocongestión del glande del clítoris y de la diáfisis puede permane- cer durante 5 ó 10 minutos después del orgasmo persistiendo ocasionalmen- te, hasta por 30 segundos. La vasocongestión que produjo la plataforma - orgásmica durante la fase de meseta desaparece y el diámetro del tercio - externo de la vagina regresa a su tamaño normal. El conducto vaginal - adquiere de nuevo su superficie arrugada y el tejido pierde su tonalidad - oscura, ésto dura de 10 a 15 minutos.

Las contracciones uterinas cesan y el órgano elevado reanuda con rapidez - su posición habitual. A medida que desaparece la vasocongestión, el útero regresa a su tamaño normal, aunque permanece alargado durante 10 minutos - en las mujeres nulíparas y por 20 minutos en las múltiparas. Si el organo no ocurre, el aumento del tamaño del útero puede persistir hasta por 60 minutos o más. Inmediatamente después del orgasmo hay una leve dilatación a la abertura cervical que continúa por 5 a 10 minutos. Los labios mayo- res regresan a su tamaño normal con mayor rapidez en la nulípara. En la -

multípara por 2 ó 3 horas antes de que ocurra la pérdida de la tumefacción por completo. Los labios menores regresan en menos de dos minutos, (a menudo en 10 ó 20 segundos) al color rosa claro del estado previo de excitación. Luego desaparece las reacciones durante la respiración sexual de ovarios y trompas de falopio. Sin embargo, se considera que los ovarios crecen durante las primeras dos fases de la vasocongestión, luego regresan a su tamaño normal después del orgasmo.

Por lo general, las mujeres tienen una aptitud multiorgásmica, es decir, la posibilidad de alcanzar uno o más orgasmos sucesivos en un breve lapso, sin deslizarse por debajo del nivel de maseta de la última fase de la excitación sexual. El estado multiorgásmico depende tanto de una estimulación sexual continuada y efectiva, como del interés sexual, ninguno de los dos factores se da de manera estable en la mayoría de las mujeres, por este motivo hay mujeres que nunca experimentan orgasmos múltiples, en tanto que otras sólo son multiorgásmicas en un contado número de contactos sexuales. Es muy raro que una mujer alcance orgasmos múltiples durante la mayor parte de su vida sexual. Es interesante resaltar que al parecer, los orgasmos múltiples en la mujer se dan con más frecuencia durante la masturbación que durante el coito.

En el hombre.

Si no ocurre estimulación sexual subsiguiente, el rubor sexual y la tensión muscular casi siempre desaparece en el transcurso de 5 minutos. La frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la presión arterial re -

gresan rápidamente a lo normal. Sin embargo, la erección de los pezones puede no desaparecer sino hasta una hora después de la eyaculación. También suelen tener una reacción perirrespiratoria inmediatamente después de la eyaculación principalmente en manos y pies. La respuesta no está relacionada con el ejercicio físico intenso ni con el enrojecimiento sexual de las fases previas.

La pérdida de la erección del pene ocurre en dos etapas. La pérdida primaria de la erección ocurre temprano durante el período refractario en cuyo momento el pene en erección completa se reduce al 50% de la erección total. La etapa secundaria de destumecimiento persiste por mayor tiempo, es especial cuando hay tensión residual.

En general, la manera y la duración de la estimulación sexual experimentada durante las fases de excitación y de meseta determinan el tiempo requerido para que el pene regrese a sus dimensiones normales de flacidez.

La uretra y su ensanchamiento regresan a su dimensión habitual poco después de la eyaculación.

En 25% de los hombres el escroto regresa con lentitud a su estado previo a la estimulación. En el restante 75% la pérdida de la congestión es rápida y la regresión a lo normal, o sea el escroto con la piel arrugada y laxa es igualmente rápida. Los testículos sufren la pérdida de la vascongestión y la reducción en el tamaño y en el patrón de involución semejante al escroto. El proceso puede ser rápido o prolongado. En forma general,

mientras mayor duración tenga la fase de meseta, mayor será el tiempo que tardan los testículos para reducirse a su tamaño normal durante la fase de resolución.

La capacidad sexual o una relación satisfactoria depende de que el organismo acompañe a cada coito. La respuesta sexual hasta el orgasmo es muy deseable al gran placer físico y emocional y a la liberación de tensión acumulada. Y porque proporciona alivio a la tensión y de la ansiedad, también puede llamarse terapéutico al orgasmo.

CICLO REPRODUCTOR FEMENINO

CICLO REPRODUCTOR

REGULACION HORMONAL DE LA FUNCION Y LA CONDUCTA SEXUAL.

Los procesos fisiológicos del sexo no son solo de orden vascular y neuro-muscular. Una parte importante de la fisiología sexual se haya regulada por el sistema endocrino, constituido por glándulas de secreción interna-productoras de sustancias llamadas hormonas.

Las hormonas son secretadas directamente al torrente circulatorio; que las lleva a los tejidos en que desempeñan su acción. Algunas hormonas como el cortisol (producido por las glándulas suprarrenales, situadas encima mismo de los riñones), son vitales para la existencia e influyen en una amplia gama de funciones corporales. En la reproducción y el crecimiento intervienen otras hormonas que repercuten en el desempeño sexual.

Las gónadas son los órganos productores de las células ovdíricas (huevos) o las células espermáticas de un organismo. En la mujer las gónadas se llaman ovarios y se hallan localizadas en el abdomen, mientras que en el hombre, las gónadas son los testículos contenidos en el escroto. Además de su función reproductora, las gónadas son glándulas endocrinas importantes.

LAS HORMONAS SEXUALES.

La hormona que desempeña un papel importante en la función sexual es la testosterona. Aunque llamada a veces la hormona sexual del varón, está -

presente en los dos sexos. En el varón normal, la producción diaria de -
testosterona es de 6 a 8 miligramos; más del 95% se elabora en los testicu-
los y el resto en las suprarrenales. En cuanto a la mujer, los ovarios y-
las suprarrenales, producen aproximadamente 0.5 miligramos de dicha sustan-
cia. La testosterona es el principal determinante biológico del impulso -
sexual tanto en el hombre como en la mujer. La deficiencia de testostero-
na pueden provocar una caída de deseo sexual y el exceso de ésta puede -
realzar el interés sexual. En el varón, los estados carenciales de testos-
rona dificultan la obtención o el mantenimiento de la erección, pero no -
está probado que las deficiencias de esta hormona alteren el desempeño se-
xual de la mujer, ya que es más sensible a cantidades mínimas de testoste-
rona en el torrente circulatorio.

Los ovarios producen hormonas esteroideas, predominantemente estrógenos y -
progesterona. Los estrógenos, llamados a veces hormonas femeninas, tam-
bién están presentes en los dos sexos y se elaboran en los ovarios de la -
mujer como se había mencionado y en los testículos del varón.

El folículo ovárico, que consta del huevo en desarrollo y sus células cir-
cundantes producen diversos estrógenos diferentes de los cuales el más im-
portante es el estradiol. De los estrógenos depende el desarrollo y con-
servación de los órganos reproductores femeninos, así como las caracterís-
ticas sexuales secundarias propias de la mujer adulta. Los estrógenos de-
sempeñan también un papel importante en el desarrollo de las mamas y en -
los cambios cíclicos del útero que tienen lugar mensualmente. En los hom-

brea que se sepa, los estrógenos no tienen ninguna función específica. No parece que los estrógenos sean factores determinantes del interés o capacidad sexual de la mujer, puesto que la extirpación de los ovarios no disminuye el impulso sexual ni la calidad de su respuesta. No obstante, un exceso de estrógenos en el varón reduce el apetito sexual o provoca el agrandamiento de los pechos.

La progesterona, hormona relacionada estructuralmente tanto con los estrógenos como con la testosterona, se halla también en ambos sexos. En investigaciones realizadas se ha observado que administrada en grandes cantidades, suprime el interés sexual.

También es importante en la regulación de los cambios producidos en el útero durante el ciclo menstrual. Es secretada por el cuerpo lúteo o amarillo, que consta del folículo ovárico después de la liberación del huevo. La progesterona es la hormona más importante para condicionar el revestimiento del útero (endometrio) durante la preparación para la implantación del huevo fecundado. Si ocurre embarazo, la secreción de progesterona se convierte en gran medida en una función de la placenta. Esta secreción es importante para el mantenimiento del embarazo normal. Además, la progesterona actuando junto con los estrógenos, prepara las mamas para la producción y secreción de leche.

FISIOLOGIA DE LA REPRODUCCION.

El hipotálamo desempeña un control básico sobre la mayoría de las vías en-

doctrinas. El hipotálamo regula la secreción de la adenohipófisis mediante hormonas que, a través del sistema porta se acumulan en el lóbulo posterior de la hipófisis y estimulan o inhiben la secreción de hormonas gonadotrópicas.

La adenohipófisis, mediante un tipo de pequeñas células basófilas en el lóbulo anterior, produce las hormonas gonadotrópicas: Hormona estimulante del folículo (HEF o FSH), Hormona luteinizante (HL), o estimulante de células intersticiales (HECI), glucoproteínas solubles y otras glucoproteínas de peso molecular elevado, cuya secreción es controlada por hormonas hipotalámicas y ováricas, así como por las mismas gonadotropinas.

La estimulación de la secreción de estrógenos depende principalmente de la hormona foliculostimulante (FSH), mientras que la hormona luteinizante (HL), depende de la estimulación para la producción de progesterona, esta misma hormona estimula las células de Leydig, del intersticio testicular, para la producción de testosterona; en la mujer la HL, desencadena la ovulación (liberación de un óvulo del ovario). La hormona FSH, impulsa la espermatogénesis en los testículos. En la mujer, esta hormona prepara el ovario para la ovulación.

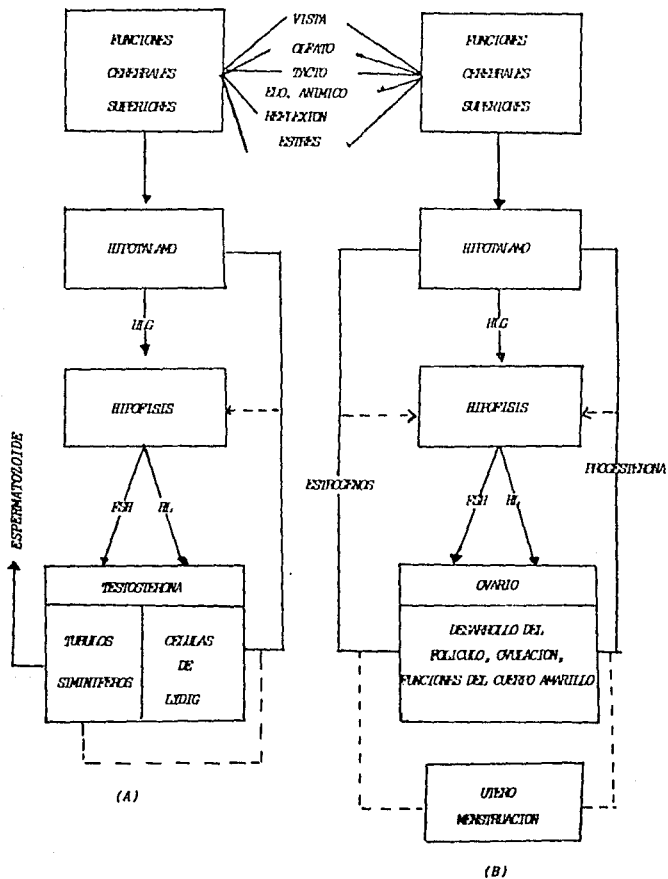
El hipotálamo actúa de manera parecida a un termostato en la regulación de la función hormonal. En el varón adulto el hipotálamo registra el contenido de testosterona. Si el nivel es alto, se detiene la producción de la hormona liberada de gonadotropina (HLG), lo que tiene por efecto un descenso

so de la hormona luteinizante que segrega la hipófisis. La disminución de HL en la circulación orgánica origina muy pronto una reducción en la producción de testosterona en los testículos y, por tanto, es menor el aporte de testosterona que llega al torrente circulatorio. Cuando el nivel de testosterona que llega al hipotálamo se sitúa por debajo de unos mínimos, provoca la secreción de HIG en la hipófisis, la cual responde a esta señal enviando un mayor aporte de HL a la circulación orgánica por donde muy pronto llegará a los testículos y causará un aumento del índice de elaboración de testosterona.

Las relaciones entre gonadotropinas hipofisarias y esteroides ováricos se observan desde la vida intrauterina hasta después de la menopausia. La FSH y HL de la hipófisis fetal aumentan hasta concentraciones importantes hacia las 20 semanas de la gestación y posteriormente disminuyen hasta los valores más bajos a término.

Se piensa que esta retroalimentación negativa depende de la producción fetoplacentaria de estrógeno, ya que después del nacimiento las recién nacidas muestran valores circulantes muy altos de FSH y HL. Con el tiempo (meses para HL y años para FSH), estas gonadotropinas disminuyen y persisten en valores muy bajos durante la niñez. Se piensa que el complejo sistema nervioso central-hipófisis anterior es muy sensible a la retroalimentación negativa de las cantidades pequeñas de estrógeno gonadal producidas durante estos años. Esta sensibilidad disminuye en la pubertad; la FSH aumenta

REGULACION ENDOCRINA EN EL HOMBRE (A) Y LA MUJER (B) ADULTOS.



y la III muestra brotes periódicos de secreción relacionados con el sueño.-
Aumenta la secreción de esteroides por la corteza suprarrenal y el folículo ovárico originando el crecimiento, la telarquía, pubarquía y menarquía, y ciclo ovulatorios. A medida que terminan los años de reproducción disminuye la producción de estrógeno por los ovarios originando una falta de retroalimentación negativa y en la menopausia, la secreción hipofisaria sin restricción de gonadotropinas.

CICLO MENSTRUAL.

Es el intervalo entre el primer día de flujo menstrual y el día que precede a la siguiente menstruación. (10)

Menstruación: Es un flujo sanguíneo que sobreviene aproximadamente una vez al mes en la mayoría de las mujeres comprendidas poco más o menos entre los 12 y 48 años. Por más que la menstruación es una fase normal del ciclo reproductor de la mujer, ha sido objeto de muchas tergiversaciones. En la antigüedad, la mujer que menstruaba era considerada como una persona impura que podía contaminar los alimentos que portaba e incluso conta-

(10) *Monroy Castro Héctor. "Ginecología Básica Ilustrada", Editorial Trillas, 2ª. Ed., México, 1967, pág. 24.*

giar y causar enfermedades o producir la muerte de otros individuos. (11)

Al inicio de esta fase, los niveles de estrógenos y progesterona son muy bajos y el útero expulsa la capa de tejido mucoso que reviste su cara anterior, dando lugar a un período de 3 a 6 días de flujo menstrual. Este se compone de una pequeña cantidad de sangre mezclada con trocitos de endometrio; el total de sangre menstrual es por lo general de solo noventa centímetros cúbicos.

Mediada la fase folicular (entre los días siete a diez del ciclo, poco más o menos) aumenta la producción de estrógenos de los ovarios, que se conjuga con la acción de la FSH y prepara para la ovulación al folículo en germinación. Los estrógenos también hacen que se regenere el endometrio en virtud del crecimiento de las glándulas, tejido conjuntivo y vasos sanguíneos. Poco antes de la ovulación, el aporte de estrógenos se incrementa marcadamente, lo que repercute en el hipotálamo y la fuerza a desencadenar la secreción de LH y de FSH que libera la hipófisis al cabo de uno o dos días.

La OVULACION, es decir, la liberación de un óvulo desde un folículo de Graff, acontece en la mayoría de los periodos de 28 días hacia el 14º, día del ciclo.

(11) William H. Masters, Virginia E. Johnson, "La Sexualidad Humana", Ed. Grijalbo, Vol. 2; 1ª Edición. México, 1967, pág. 111.

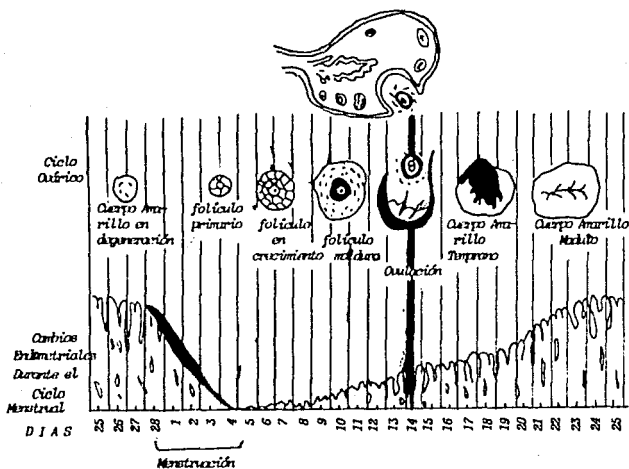
Entre 12 y 24 horas después de que el aporte de hormona luteínica haya alcanzado su apogeo, suele producirse la ovulación. Durante esta fase al aumentar la producción de HL, es estimulada la secreción de progesterona, siendo éste el momento en que ocurre la ovulación. Con el aumento brusco de HL, se elevan los valores en plasma de FSH y progesterona y disminuye en forma rápida el estradiol en plasma.

El tercer tramo del ciclo es la FASE LUTEINICA (o posovulatoria), que abarca el tiempo que sigue inmediatamente a la ovulación, hasta el comienzo del siguiente período. Esta fase debe su nombre al cuerpo lúteo, glándula hormonal que se forma a continuación de la ruptura del folículo de Graaf y de la expulsión del óvulo.

El cuerpo lúteo secreta progesterona y estrógenos en abundancia que alcanzan niveles muy altos en esta etapa del ciclo menstrual. La progesterona facilita el desarrollo de los pequeños vasos sanguíneos en el endometrio regenerado y produce el enrrollamiento de las glándulas endometriales; alteraciones que preparan al útero para recubrir el huevo fecundado en caso de que se produzca el embarazo. La progesterona también se halla en el hipotálamo, donde interrumpe la excreción de la hormona liberadora de la gonadotropina, lo que provoca una rápida disminución del aporte de HL y FSH desde la hipófisis. A menos de que el huevo sea fertilizado, el cuerpo lúteo degenera al cabo de diez a doce días después de la ovulación e interrumpe drásticamente la producción de su hormona.

El siguiente flujo menstrual sobreviene al desprenderse el tejido mucoso -
 que recubre el útero e iniciarse el proceso regenerativo del endometrio co-
 rrespondiente al próximo ciclo.

Por consiguiente, la menstruación es consecuencia de la cesación repentina
 de la estimulación hormonal.



Las hormonas ováricas producidas en las dos fases del ciclo afectan todo - el sistema de la reproducción. En la fase folicular, por la estimulación del estrógeno, el endometrio responde con una proliferación y vascularización; el cuello con la formación abundante de moco elástico, líquido, - transparente, permeable a los espermatozoides que muestran un patrón cristalino cuando se seca y examina al microscopio. (imagen en helecho); en la vagina hay maduración epitelial que puede descubrirse con un frotis de la pared lateral.

En la fase lútea, bajo la estimulación del estrógeno y la progesterona, el endometrio sufre cambios secretorios y pseudodeciduals del estroma en preparación para la nidación.

El moco cervical se torna viscoso y espeso, pierde la imagen de helecho y elasticidad y se modifica la maduración del recubrimiento mucoso vaginal.- El efecto termógeno de la progesterona causa un aumento importante de la - temperatura basal del cuerpo cuando menos de 0,33°C que continua toda la - fase lútea y cesa con la menstruación.

Si no ocurre la concepción, disminuye los valores de sostén hormonal del - estrógeno y la progesterona para el endometrio, originando vasoespasmos de las arterias espirales endometriales, se necrosa el endometrio y hay desca - mación y hemorragia. Si ocurre la concepción, el trofoblasto secreta una - sustancia de tipo LH, la gonadotropina y coriónica humana, que mantiene al

cuerpo amarillo conservando la producción de estradiol y progesterona hasta las ocho semanas de la gestación, cuando la producción trofoblástica de progesterona y estrógeno ya es adecuada.

DISFUNCIONES SEXUALES

DISFUNCIONES SEXUALES o VARIACION SEXUAL.

Uno de los principales problemas en el campo de la sexualidad hoy en día - y de hecho en todo el dominio de la salud mental, se centra alrededor de - la pregunta: ¿Qué es lo normal en el comportamiento sexual y qué es lo - anormal?

Para muchas personas acostumbradas a juzgar cualquier actividad sexual que se desvía de su propio método, será aberrante o pervertido. No obstante, - en el curso de la historia humana, las prácticas sexuales y la ética con - cerniente a las mismas han variado ampliamente en las diferentes culturas. Lo que es normal en una cultura puede ser anormal en otra, aunque el com - portamiento sexual raro no es el equivalente a perversión simplemente debi - do a que está fuera de lo ordinario para una cultura determinada.

Como lo señala Judd Marmor (1971).

"Nuestras actitudes concernientes a la desnudez, virginidad, fidelidad, - amor, matrimonio y comportamiento sexual adecuado solo significativas den - tro del contexto de nuestras tradiciones culturales y religiosas."

Muchos términos son empleados para describir el comportamiento sexual que difiere de lo normal: desviación sexual, anomalías, aberración, perversión y variación. Sin embargo, los profesionales de salud mental también utili - san el término parafilias para describir alteraciones en las cuales es in -

dispensable la presencia de "imágenes o actos poco usuales o extraños para obtener placer sexual."

Hablando en forma general, si el comportamiento sexual no es nocivo para los participantes, si es llevado a cabo por adultos que consienten (adultos que desean asumir toda la responsabilidad por sus actos) sin ninguna clase de coerción y si está fuera del alcance de la visión y de la audición de observadores casuales, deberá considerarse este comportamiento como aceptable, aunque otros no acepten participar en actos similares.

A continuación trataremos algunas desviaciones sexuales o variaciones sexuales.

SADISMO.

El sadismo es una variación sexual en el que la satisfacción sexual, se obtiene provocando dolor físico o psíquico al compañero sexual.

El término sadismo deriva del nombre del autor Francés, el marqués de Sade. Este hombre escribió extensamente sus experiencias sexuales, las cuales incluían varios matrimonios, siendo arrestado por actos de crueldad, induciendo a la esposa de un tendero a una casa donde la azotó amenazándola a punto de pistola, administrando drogas afrodisíacas venenosas a sus invitadas y seccionando las venas de una mujer a la que tenía confinada también a un prostíbulo.

Las causas.

La persona alterada puede haber sido enseñada consciente o inconscientemente a tener aversión hacia todo lo concerniente con lo sexual. Debido a que la sexualidad normal no es aceptable, sus actos de crueldad constituyen un castigo a su compañero, por enfrascarse en algo tan denigrante.

En el hombre otra causa del sadismo lo constituye el temor de la castración (sentimiento de inferioridad), en donde los actos sádicos le confirman el sádico que él es más poderoso que su compañero y por lo tanto no necesita tener temor, además, la televisión, el cine, los periódicos, y otros medios de comunicación masiva vinculan la violencia y el sexo como su paquete de placer primario.

El asesinato por lujuria constituye el extremo de la anomalía sexual llamada sadismo. En él, la víctima es asesinada y mutilada con el fin de proporcionar el ejecutante gratificación sexual, en este asesinato no ocurre el coito, el orgasmo se alcanza con el acto del asesinato y de la mutilación.

Masoquismo.

El masoquismo constituye la imagen en el espejo del sadismo, el individuo trastornado recibe placer o gratificación sexual por el hecho de ser lastimado físicamente o en forma mental por su compañero sexual.

El trastorno deriva su nombre de la figura histórica del novelista Austria

co Leopold Von Sanche Masoch (1836 a 1895). Doctor en leyes a los 19 años de edad, experimentó una larga carrera de involucraciones masoquistas. Su primer amor, una mujer de mayor edad, lo insultaba y lo hacia víctima de su desprecio cada vez que era factible, finalmente lo abandonó por un aventurero rufo. Posteriormente conoció a una princesa la cual lo indujo a servirle como criado y secretario hasta que se cansó de él; posteriormente se casó con una mujer extremadamente fea, la cual satisfacía sus ansias de castigo, pero que finalmente lo abandonó. (12)

El masoquismo es un fenómeno mucho más común que el sadismo, tal vez en virtud de que nuestra sociedad y religión no sancionan el daño producido a otra persona, o quizá debido a que el masoquismo implica alivio del sentimiento de culpa generado por el sexo (el placer erótico debe ser castigado).

El dolor en sí no es lo que el masoquista busca, así como tampoco lo que el sádico generalmente desea. Para el masoquista, el dolor accidental no tiene carácter sexual ni placentero, debe ser "dolor planeado", el masoquismo, al igual que el sadismo, se desarrolla de una actitud de vengüenza y de disgusto hacia las relaciones heterosexuales normales; el masoquista emplea el dolor el castigo infligidos en él para lavar la culpa que asocia con sus deseos sexuales.

(12) Mc Cary, Leslie James, *Sexualidad Humana, el Manual Moderno*. 1983, p. 240.

Muchos psicólogos consideran que el masoquista en realidad no desea ser golpeado ni sufrir dolor físico, sino que solamente desea significar su resignación hacia su compañero y su sumisión hacia el maltrato tanto físico como mental. En todos los acontecimientos parece ser que el masoquista está tan temeroso del rechazo que él desea sujetarse a casi cualquier humillación o castigo que pudiera agradar a su compañero y obtener para él, aceptación y afecto. (13)

Exhibicionismo.

El exhibicionismo constituye una variación sexual en la cual la gratificación sexual proviene de exhibir los genitales a la presa sexual, el público tiene una actitud más tolerante hacia los cuerpos femeninos expuestos que hacia los cuerpos masculinos, y las mujeres exhibicionistas probablemente no serían ni son reportadas a las autoridades, así como el porcentaje en mujeres exhibicionistas es menor al del hombre.

Típicamente el exhibicionista masculino es una persona tímida, quieta, sumisa, que carece de la agresividad normal y que está plagada con sentimientos de incapacidad y de inseguridad. Por lo general, es descrito como un individuo "agradable" pero inmaduro, característicamente fue crea

(13) Op. Cit. 240-241.

do y educado en una atmósfera cultural de actitudes puritanas y reglas muy estrictas acerca del sexo y sus años de formación fueron dominados por una madre poderosa y absorbente, la edad más común para el comienzo del exhibicionismo es durante los principios o mediados de los años veintes del hombre.

Algunos psicoanalistas consideran que esta desviación proviene del temor a la castración; la exposición de uno mismo explicaría el intento de desaparición de la castración. Otros afirman que el exhibicionismo constituye una forma extrema de autoerotismo, basado en impulsos narcistas. (14) - El exhibicionista considera que sus acciones tendrán un efecto profundo en la persona que lo ve, la mujer que responde histéricamente a su comportamiento, solamente contribuirá a alimentar su enfermedad, pero si ocurre lo contrario el exhibicionista se retirará ya que no logró su objetivo primario.

Voyeurismo y Escopofilia.

La escopofilia y el fisgoneo (Voyeurismo), constituyen trastornos en los cuales el fisgón de los coitos y actos eróticos obtiene un placer sensual y una gratificación sexual insólito.

(14) Kenneth L. Jones. Sexualidad Aberrante.
Edit. Pax-México. 1983 p. 238.

Los conductistas definen la escopofilia como el placer sexual obtenido al observar prácticas sexuales y genitales, mientras que al voyeurismo lo definen como la observación de personas desnudas, en sus esfuerzos para observar la actividad sexual de otro, a menudo fisgonea esperanzadamente a través de ventanas y cerraduras o puede llegar a extremos de perforar agujeros en las paredes y puertas de los sanitarios, vestidores, etc., esto se desarrolla como mecanismo de defensa contra lo que el individuo considera que se trata de una amenaza contra su autoevaluación, él se protege contra una impotencia personal en el coito, gozando al mismo tiempo una sensación de superioridad sobre aquellos que secretamente está observando.

El deseo de ver el cuerpo desnudo del compañero sexual, o de observar el coito mismo, ciertamente es normal; también es normal el placer que una pareja experimenta al verse a sí mismo en espejos durante la actividad sexual. Tal práctica resulta anormal sólo cuando de manera constante es prevenida al manoseo o al coito, o cuando llega a ser un acto compulsivo.

Troilismo.

El troilismo es compartir al compañero sexual con otra persona, mientras que el tercer individuo observa el coito. También puede involucrar dos parejas que tienen relaciones sexuales al mismo tiempo, en presencia de los cuatro integrantes. (15)

(15) Mc Cary Leslie James. Sexualidad Humana. ed. Manual Moderno 1963 p. 242.

El concepto tradicional del troilismo es que constituye un inadecuado sexual que no pueda ejecutar el coito a menos que participe en la experiencia sexual de "compartir." El juego sexual entre tres personas por lo general participan dos miembros de un mismo sexo y un tercero del sexo opuesto.

Muchos sexólogos no de la opinión que el troilismo implica elementos de fagoneo y de exhibicionismo; otros consideran que constituye una expresión de homosexualidad latente o disfrazada, pero esta teoría no se comprobado hasta el momento aunque los sexólogos siguen investigando sobre el origen de esta desviación.

Transvestismo.

El transvestismo se refiere al placer o excitación ya sea emocional o sexual proveniente de vestirse con ropa del sexo opuesto.

La práctica habitualmente comienza en la niñez y a menudo es considerada como una evocación del rechazo por los progenitores del sexo al cual pertenece su hijo. El "castigo de las enaguas" mediante el cual se trata de humillar a un niño vistiéndolo con ropas de mujer puede ocasionar una inclinación marcada cuando sea adulto, ocasionando un desajuste importante en el individuo.

Los transvestistas comprueban una sensación de placer y de relajamiento

cuando portan las ropas del sexo opuesto, y al observarse en el espejo, -
también le permite expresar ese lado sensual, delicado, gracioso, fino, -
suave y tierno de su naturaleza, una parte de él mismo que en alguna forma
le ha permitido identificarse con el género femenino y que debido a ser -
hombre, la sociedad no la permite expresar.

Pedofilia.

La pedofilia es en la cual los adultos obtienen placer erótico de las rela-
ciones en una forma u otra con niños, esta práctica incluye la exposición-
de los genitales al niño y manipulación y posible penetración del niño, -
Los ofensores de niños dirigen su interés sexual en niños del sexo opuesto
50% con más frecuencia que hacia los niños del mismo sexo.

Es curioso e inquietante que los ofensores sexuales, por lo general tienen
fuertes convicciones religiosas, son habitualmente muy devotos, practican-
los rituales religiosos, leen la Biblia con regularidad y toman parte en -
largas y autocentradas oraciones que consideran pueden curar sus enfermeda-
des.

Típicamente, el ofensor de niños no es el extraño que merodea en las som-
bras como piensan muchos progenitores, los estudios demuestran en forma -
muy consistente que de 50 a 80% en todas las ofensas a los niños, son cometi-
dos por amigos de la familia, parientes o conocidos.

Esta desviación habitualmente se desarrolla en un intento por parte del pedófilo de enfrentarse al temor de su incapacidad en las relaciones heterosexuales normales, interpersonales, especialmente, o el intento de satisfacer un amor narcisista de él mismo bajo la forma de un niño.

Necrofilia.

La necrofilia constituye una desviación sexual rara, que emana de un trastorno emocional profundo casi siempre de proporciones psicóticas, implica la gratificación sexual que emana de la vista de un cadáver o el tener el coito en él, seguido en ocasiones por mutilación del cadáver, tener relaciones sexuales con él, mutilarlo y desender al grado de cometer canibalismo con su víctima. Esta rara pero obviamente forma gravísima de desviación sexual, puede explicarse como un intento del individuo para dominar a alguien, inclusive si es un cadáver, la mayoría de los profesionales en sexología consideran a la necrofilia como una de las desviaciones sexuales más graves.

Saliromanía.

La saliromanía constituye un trastorno sexual que se encuentra primordialmente en los hombres y que se caracteriza por el deseo de dañar o ensuciar el cuerpo o las prendas de vestir de una mujer o una representación de mujer. Estos hombres frecuentemente tienen complejos intensos de incapacidad sexual o se han asociado con fuertes impulsos agresivos con el sexo, siendo esto último una consecuencia de sentimientos irracionales de-

culpa que rodean los deseos sexuales normales, a menudo, la hostilidad es expresada simbólicamente mediante el acto de tirar ácido, alquitrán, tinta o algo parecido sobre una mujer extraña o una estatua, por el acto de cortar y desgarrar las ropas de las mujeres o por el acto de desfigurar una pintura. Estos actos fueron causados por individuos con dichos trastornos, los salivomaniacos habitualmente se excitan hasta el punto de erección y quizá eyaculación y orgasmo durante sus actos de destrucción.

EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y NO DESEADO.

EMBARAZO EN EL ADOLESCENTE Y NO DESEADO.

La proporción de embarazos durante la adolescencia ha seguido incrementándose durante la última década, aunque se ha incrementado el empleo de anti conceptivos entre las adolescentes, esta proporción no se ha conservado - según la frecuencia creciente de actividad sexual.

Son muchos los factores que contribuyen al incremento del embarazo en adolescentes, están disminuyendo tanto la edad de la menarquía como la edad - del primer coito, lo que contribuye a la exposición mis temprana al embarazo, se hace publicidad del sexo en todos los medios de comunicación lo que fomenta más el inicio de las relaciones sexuales, el matrimonio se está re trasando hasta años más tarde, y la cohabitación es más aceptable y practi cada por los adolentescentes.

Efectos Psicosociales de la Adolescencia.

El período de la adolescencia es tanto de sufrimiento como de éxtasis, el - sufrimiento se produce porque se deben afrentar los cambios corporales, lo mismo que los cambios de las relaciones sociales familiares; el éxtasis se encuentra en los nuevos descubrimientos, la independencia y las responsabi lidades. La lucha casi esquizofrénica de los adolescentes para convertir se en adultos, a la vez que siguen necesitando la seguridad de la infan - cia, produce una época turbulenta para toda la familia. Otro cambio crucial de la adolescente es el desarrollo cognoscitivo. Las personas jóve -

nes pasan de un pensamiento concreto y egocéntrico de la infancia hasta la conceptualización abstracta; la capacidad de la adolescente joven para con siderarse a sí misma en el futuro o para pensar en las consecuencias de su conducta es mínima, percibe que el origen de su control es externo; ésto es que su destino está controlado por otros, por sus padres y por las auto ridades escolares, en esta etapa es importante la orientación, formación y apoyo ofrecidos por la familia y la comunicación existente entre ésta y el adolescente es básico para que la integración tenga éxito. Al madurar - aprendo a resolver problemas, a conceptualizar y a tomar decisiones, y gra dualmente considerará que ya tiene control sobre la situación; como resultado aparece la capacidad para ver las consecuencias de su conducta.

La Adolescente Embarazada.

Las razones psicológicas del embarazo en adolescentes consisten en relacio nes familiares inestables, necesidad de alguien a quien orar, competencia con la madre de la adolescente, emancipación de una situación indeseable - en el hogar, y vehículo para llamar la atención, el embarazo puede ser una forma de delincuencia de la mujer joven, porque éste es un campo que no - pueden controlar los padres.

Otra de las razones que se exponen es que el embarazo es resultado de acci dentes no motivados, la adolescente que hasta ese momento no es capaz de - pensar de manera abstracta no lo es tampoco para percibir las consecuen - cias de su actividad sexual, efectúa contacto sexual con poca frecuencia, - a menudo sin planearlo, y por lo tanto no piensa en utilizar algún método -

anticonceptivo, puede tener remordimientos en relación con el sexo y quizá no sea capaz de admitir que es sexualmente activa, no puede comprender la manera en que su embarazo afectará su futuro. Las adolescentes embarazadas sufren desequilibrios fisiológicos como pueden ser: hipertensión arterial, desproporción cefalopélvica, anemia por deficiencia de hierro, partos prematuros y productos de bajo peso; esto es a consecuencia de la inmadurez fisiológica de la adolescente. El embarazo de la adolescente no sólo la afecta a ella sino también a la sociedad. El síndrome de Fracaso.

El síndrome de Fracaso (Waters) describe la sucesión de acontecimientos a que está expuesta la adolescente, cuya carga debe llevar la sociedad. Este síndrome consiste en:

- * Fracaso para satisfacer las funciones de la adolescente.
- * Incapacidad para seguir en la escuela.
- * Incapacidad para limitar el tamaño de la familia.
- * Incapacidad para establecer familias estables.
- * Incapacidad para tener hijos sanos.

Estos elementos se interrelacionan ya que la adolescente no a madurado ni fisiológica ni psicológicamente para afrontar un embarazo.

El Padre Adolescente.

La sociedad ha ignorado sus tensiones, sus preocupaciones y sus necesidades ya que es escasa la investigación al respecto. Los padres adolescen-

ten suelen tener dos a cuatro años más que su compañera, la pareja suele tener antecedentes socioeconómicos semejantes y educación similar, los riesgos psicológicos y sociológicos para el padre adolescentes son semejantes de muchas maneras a los riesgos de la adolescente, se encuentra que los padres adolescentes alcanzan una educación menos formal y que ingresan en la fuerza de trabajo más tempranamente y como consecuencia de esta falta de educación solo pueden desempeñar labores de obreros obteniéndose una situación económica deficiente.

Las tensiones del embarazo sobre el varón adolescente se derivan de varias situaciones que vive como es el afrontar reacciones negativas de las personas como son su familia y la de su pareja, caerán sobre el sentimiento de irá, vergüenza y desacuerdo; aunque, participaron en las relaciones sexuales ambas personas, el varón suele considerarse como el responsable de toda la situación y de solventar todos los gastos adquiridos, con el embarazo de su pareja.

Reacciones de los padres al embarazo de la adolescente.

Quizá la primera crisis más intensa de la adolescente embarazada se encuentra al comunicar a sus padres que lo está; la mujer joven no habla muchas veces sobre su embarazo hasta que éste se vuelve manifiesto, su madre suele ser la primera en observarlo y a menudo intenta protegerla para que su padre no descubra que su hija está embarazada. Las reacciones iniciales de los padres suelen ser de choque, irá vergüenza, remordimiento; las ma -

dres se sienten a menudo culpables por el embarazo de su hija. Se preguntan que es lo que habrán hecho mal y creen que ha sido inadecuada la educación que le a dado a su hija.

Si la familia de la adolescente la anima a que conserve el embarazo, será poco probable que desprecie la opción de abortar, pero si no se permite a la adolescente quedarse en casa a causa de su embarazo es más probable que solicite el aborto y con ésto tendrá otros problemas tanto de salud física y mental ya que se arriesgará a realizarse un legrido por medio clandestino y por lo tanto a infecciones por las condiciones higiénicas a las que se expone, así como a los sentimientos de culpa por haber matado a un ser inocente.

Embarazo no Deseado en el Adolescente.

Las estadísticas realizadas en los últimos años demuestran la magnitud del problema de los embarazos no deseados en el grupo de las adolescentes, sin embargo, para comprender por qué esa situación constituye un problema, analizaremos algunos aspectos importantes, para empezar, los riesgos de tipo médico son mayores que en mujeres de edad óptima (25 a 30 años), ésto comparándolas con adolescentes que se encuentran entre los 13 y 16 años, muestran por lo general un peso inferior al normal, gestaciones más complicadas, mayor incidencias de abortos, toxemias, hemorragias, etc. Pero más alarmantes aún que los peligros médicos reseñados, son las repercusiones socioeconómicas del embarazo no deseado, tal es el caso de las adolescen -

tes en su gran mayoría que abandonan sus estudios al descubrirse embarazadas lo que da por resultado una imprevención académica de éstas dando así que su trabajo no sea lo suficientemente remunerado, ya que no cuentan con la suficiente preparación. Otra situación psicológicamente difícil a que se enfrenta la adolescente, es que en muchas veces no cuentan con el apoyo económico ni emocional del padre de la criatura, y que éste en ocasiones - le propone a su compañera el abortar y éstas aceptan realizarlo por miedo a enfrentarse a los problemas que conlleva el tener un hijo, otras por el contrario conlleva matrimonio apresurado por desgracia, éste tipo de matrimonio tienen muchas probabilidades de terminar en divorcio o abandono de familia.

Los muchachos adolescentes siguen pensando que la responsabilidad de buscar un método anticonceptivo es, en definitiva, asunto de su compañera, y por tanto, piensan que si se embaraza sin desearlo, éste podría haberse evitado, con lo que la culpa es de la chica; en otras palabras el incidente "no es de su incumbencia" ocasionando así una disociación importante en la pareja ya que la joven adolescente piensa que su pareja asumirá la parte de responsabilidad que le corresponda ya que la decisión de mantener relaciones sexuales fue de las dos partes; pero este comportamiento es resultado de la educación dada por los padres el machismo inculcado y sumisión.

Si bien no es fácil dar soluciones al problema del embarazo no deseado de las adolescentes, parece que el factor determinante de esta situación es -

la poca o nula información sexual. En la actualidad, solo una tercera parte de los centros de bachillerato elemental y secundaria imparten cursos de educación sexual, muchos de los cuales son muy incompletos. Teniendo en cuenta que gran número de estos cursos van dirigidos exclusivamente a los adolescentes mayores, se reduce de forma considerable la función preventiva que deberían desempeñar. Lo que afirma que la educación sexual tiene que darse en casa, convicción por los demás, muy respetables, pero los jóvenes refieren que sus padres solo en un 10% le dan información más extensa sobre este tema.

Otro paso importante es el de facilitar, tanto a los chicos como a las muchachas, una mejor comprensión sobre métodos anticonceptivos y su propia vida sexual, dar información veraz sobre sus efectos, usos y técnicas con la finalidad de que los adolescentes se consienten y tengan un panorama fidedigno sobre este tema.

A B O R T O

En México como en la gran mayoría de los países del mundo se reconoce que todos los individuos tienen el derecho para decidir el número y momento del nacimiento de sus hijos de acuerdo con sus propias decisiones y de sus convicciones sociales, éticas y religiosas.

Se considera que este derecho de planificar su familia se puede ejercer mediante el empleo de diferentes medidas anticonceptivas, sea naturales o artificiales, lo cual les permite en mayor o menor grado una eficiente regulación de su fertilidad. A la fecha los mejores métodos anticonceptivos disponibles no sobrepasan del 95% al 99% de efectividad sin tomar en consideración el tan frecuente error humano y la dificultad para mantener una motivación significativa por períodos de tiempo prolongado, lo cual conduce a una situación indeseable en que la mujer se enfrenta continuamente en el transcurso de su vida reproductiva a un posible embarazo no deseado.

El aborto se puede definir como "la expulsión o extracción de toda una parte de la placenta o de las membranas, sin un feto identificable o con un feto vivo o muerto que pese menos de 500 gramos". (16)

Cuando se desconoce el peso fetal puede usarse como medida de duración de la gestación, la cual debe ser menos de 20 semanas completas (139 días a-

(16) C.O.N.A.P.O. La Educación de la Sexualidad Humana. Vol. 2, 1º Ed. México. 1982. p. 305.

partir del primer día de la última menstruación aborto es un término que se refiere al proceso de nacimiento que se realiza antes de complementarse la 20ª semana de la gestación calculada a partir del primer día de la última menstruación.

El producto no es viable al colocarlo fuera del ambiente intrauterino y sin posibilidad de sobrevivir en el medio externo.

La primera clasificación que se puede hacer de los abortos, es la de considerarlos como espontáneos o inducidos.

Aborto Espontáneo: Es aquel que se produce sin ninguna interferencia deliberada.

Aborto Inducido: Es el que se verifica por la interrupción deliberada del embarazo por cualquier medio.

Por lo que se refiere específicamente a la inducción del aborto, podríamos hacer la clasificación del aborto de carácter inducido en la siguiente forma:

Aborto Inducido:

Por razones medicas. En relación con la madre.

En relación con el feto (sugnésico).

Por razones éticas o humanitarias.

Por razones sociales.

Por razones personales.

- . Por razones medicas en relación con la madre (terapéutico).

Es el que se refiere o efectua cuando la continuación del embarazo puede causar la muerte de la gestante a agravar cualquier enfermedad física o mental que padezca, determinando que su salud puede ser seria y - permanentemente dañada.

- . Por razones medicas en relación con el feto (eugénico).

Es el que se realiza con el fin de prevenir enfermedades congénitas de naturaleza ambiental o genética.

- . Por razones éticas o humanitarias.

Es el que se realiza por ser embarazo producto de una violación, incesto, trato sexual con menores o personas en enfermedad o deficiencia - mental.

- . Por razones sociales.

El que se realiza por motivos sociales (comunidad, familiares, planificación familiar, ilegitimidad).

- . Por razones personales.

El que se realiza por motivos personales o por voluntad propia y sin - necesidad de dar pruebas de cualquier indicación.

Otra clasificación es cuando se toma en cuenta su carácter de legalidad, - dividida en legales e ilegales.

Los abortos legales son aquellos que están autorizados por las leyes del-

pais y los ilegales aquellos que no están autorizados por las leyes del mismo.

ETAPAS O FASES DEL ABORTO.

- *Amenaza de aborto:* Se caracteriza por la aparición de signos premonitores de terminación del embarazo y expulsión del producto de la concepción; los signos más frecuentes son el sangrado transcervical de origen intrauterino o no de contracciones del útero en poca intensidad, generalmente no rítmicas ni progresivas y además no se presenta borramiento, ni dilatación del cuello de la matriz.

- *Aborto en evolución:* Se caracteriza por intensos signos premonitorios de terminación del embarazo y expulsión del producto de la concepción; el sangrado transcervical de origen intrauterino es abundante, las contracciones del útero son intensas y enérgicas, generalmente rítmicas y progresivas y puede observarse un principio de borramiento y dilatación del cuello de la matriz.

- *Aborto inevitable:* Se caracteriza por sangrado transcervical de origen intrauterino, generalmente profuso, contracciones intensas del útero, rítmicas y progresivas,

salida o no de líquido amniótico, con dilatación y borramiento del cuello de la matriz de diverso grado y profusión de una parte del feto, placenta o membranas a través del canal cervical.

- **Aborto Completo:** Es en el cual se efectuó la expulsión o extracción total de la placenta, membranas y feto.
- **Aborto Incompleto:** Es en el cual no se efectúa la expulsión o extracción total de la placenta, membranas y feto y se retiene dentro del útero una parte de ellos.

FORMAS CLINICAS.

- **Aborto Esporádico:** Es el que se produce en una sola ocasión.
- **Aborto Habitual o repetido:** Es la ocurrencia de tres o más abortos espontáneos consecutivos, no debiendo intercalarse entre ellos embarazos a términos, ni aún embarazos que hayan terminado en partos prematuros.
- **Aborto Infectado:** Es un aborto asociado con una infección de los órganos genitales.
- **Aborto séptico:** Es un aborto infectado en el que haya diseminador de microorganismos y sus productos en el sistema circulatorio materno.

- **Aborto temprano:** Es aquel que se verifica antes de concluir la 10ª semana o sea antes de 69 días contados a partir del primer día de la última menstruación.
- **Aborto Tardío:** Es el que se verifica de la 10ª semana y antes de concluir la 20ª semana de gestación.
- **Aborto Diferido Retenido u óbito inútero:** Es aquel en el que el embrión o feto muere en el útero, pero el producto de la concepción es retenido en el útero por 8 o más semanas.
- **Aborto inaparente o dudoso:** Es aquel cuya evolución ha sido desconocida, no apreciada por regla general solamente se presenta un ligero sangrado transcervical de origen intrauterino sin ningún otro síntoma o signo.
- **Aborto franco o demostrable:** Son aquellos cuya existencia es indudable.
- **Aborto complicado:** Es en que se presenta patología como consecuencia del mismo, principalmente de tipo traumático, hemorrágico e infeccioso.
- **Aborto no complicado:** Es en el cual no se presenta patología como consecuencia del mismo.
- **Aborto Inducido repetido:** Es aquel que supone la reincidencia en las acciones abortivas.

Complicaciones del aborto inducido.

Las complicaciones del aborto inducido se pueden clasificar en tempranas y tardías.

Dentro de las complicaciones tempranas están: La hemorragia profusa, infección, perforación del útero y en ocasiones de otros órganos como el intestino y la intoxicación por ingestión de hierbas.

Las complicaciones tardías pueden ser: la esterilidad posterior por infección de los órganos genitales, una insuficiencia en el cuello uterino y psicológicas, debido a que la mujer puede quedar con sentimientos de culpa. La más grande de las complicaciones es la muerte de la mujer.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL ABORTO.

La actitud de médicos y del público en general es de negar o soslayar - el tema o de reprobarlo severamente y verlo como algo ajeno y distante - a toda persona responsable.

Correlaciones con los abortos, espontáneos y provocados.

El aborto voluntario es consecuencia de un embarazo no deseado por lo - menos por uno de los integrantes de la pareja.

Motivos aducidos para la práctica del aborto:

- Situación social.
- Desamparo de la madre soltera.
- Problemas económicos.
- Poca estabilidad en la pareja.
- Dificultades por falta de vivienda adecuada.
- Interferencia con otros proyectos de la pareja.
- Muchos hijos.
- Problemas de salud.

Son razones que esconden sus verdaderos motivos inconscientes, son operantes en la medida en que estas motivaciones inconscientes los refuerzan y como resultado final prosecución del embarazo o aborto.

Conflictos inconscientes que pueden llevar al aborto

(voluntario o espontáneo).

En todo embarazo se reactivan fantasías inconscientes y situaciones conflictivas de origen infantil. En algunos casos el embarazo mismo es producto de estas fantasías inconscientes. Por su potencialidad abortiva, es necesario hacer mención de las más importantes:

- El embarazo puede ser vivido por la mujer como una realización edípica incestuosa (tener un hijo con el padre) y reactivar sentimientos de culpa y de persecución por la imagen materna (la madre internalizada).
- Mucho más conflictiva es la reacción de fantasía infantiles de haber robado a la madre los contenidos valiosos de su vientro y envidiados por la niña. La acción retaliativa de la madre interna es siempre una amenaza pendiente sobre la femineidad de la mujer y la integridad de sus órganos genitales y funciones, especialmente la procreativa.
- La realización simbólica de la ecuación que plantea Freud: feto, pene, generalmente es el camino adecuado en muchas mujeres para compensar su falta de pene, pero si la envidia fálica es intensa se puede vivir el embarazo como una castración del hombre, con la consiguiente culpa persecutoria.

- El hombre puede embarazar a una mujer impulsado inconscientemente - por su envidia a la maternidad, haciendo depositario a la mujer de sus aspectos femeninos y procurando identificarse con ella. El proceso de esta identificación el incremento de la envidia, llevarían al hombre a procrear el aborto.
- El embarazo puede resultar de un coito de fondo sádico cuya motivación inconsciente es destruir el interior de la mujer representante de la madre. Esa agresión inconsciente se continua con el embarazo y también puede llevar a que el hombre induzca al aborto a la mujer.
- Cualquiera de los integrantes de la pareja pueda vivir en su fantasía al feto como heces o heridas peligrosas de las que es necesario desprenderse.
- Es bastante común vivir el embarazo como se vivió el de la madre - reactivándose entonces todos los celos e impulsos fratricidas que - inspirara el hermanito esperado.
Julio Aray ha señalado que cuando menor es la diferencia de edad - del hombre con su hermano menor, mayor es la tendencia a hacer abortar a sus compañeras.
- En todo el embarazo aún normal, se produce un cierto grado de regresión, sobre todo en la mujer que la lleva a identificarse con el - feto. Si esta identificación es muy acentada, la mujer puede sentir a su hijo como un monstruo que la ataca vorazmente por dentro - como ella siente que vació o devoró a su madre cuando niña.

- Otras veces el embarazo se vive como una tentativa de regresión fetal, de volver al claustro intrauterino identificándose con el feto para recrear el propio embarazo, el feto se convierte en un doble - del Yo, cargado de todos los aspectos siniestros inherentes a la posición fetal.
- También se ven embarazos al servicio de una reparación omnipotente frente a un duelo (una pérdida) patológico, es decir, no elaborado, intentando recrear el objetivo perdido. Es común observar embarazos en mujeres, poco después de la pérdida de un ser querido. Se corre el riesgo que se incrementen ansiedades persecutorias frente al objeto muerto o perdido con el que se identifica el feto, motivándose un aborto para liberarse de él.
- También se ven embarazos reiterados en el caso de mujeres o de hombres que buscan compulsivamente reasegurarse de su fertilidad, amenazada interiormente a causa de sus respectivos complejos de castración. Pasado el alivio momentáneo se decide el aborto, pero el hijo no es deseado o no es posible, pero el aborto intensifica nuevamente la angustia de castración y se requiere de un nuevo embarazo para comprobar la integridad de órganos y funciones genitales.
- El motivo inconsciente que impulsa más a menudo al aborto es la identificación yoica o superyoica con imagen de madres y/o padres filicias. (16a).

REPERCUSION PSICOLOGICA DEL ABORTO.

El aborto como toda pérdida es un duelo, pero un duelo agravado, porque no se trata solo de una pérdida de objeto sino también de importantes partes del Yo corporal y psicológico.

El aborto es siempre una castración y un filicidio. Además el duelo del aborto es a menudo un duelo patológico debido a que predomina defensas maniacas, sobre todo la negación que evita enfrentarse con las profundas ansiedades persecutorias y depresivas que despierta.

La respuesta emocional de la mujer depende en gran medida de su personalidad previa, de sus sentimientos conscientes o inconscientes hacia el embarazo, hacia el hombre y hacia sí misma, de los motivos conscientes o inconscientes que la llevaron al embarazo o al aborto y en general con todo el contexto familiar, social en que esté inmersa.

De acuerdo con la práctica psicoanalítica, los trastornos más frecuentes que pueden observarse son:

- Hipocondría (temores de esterilidad, frigidez, eyaculación precoz en el hombre).
- Neurosis de fracaso.
- Disminución de procesos sublimatorios.
- Deterioro del vínculo de pareja y fracaso en general de todas las relaciones objetales. (17)

(17) Calandra del Valle. Ob. Cit. p. 250.

ARGUMENTOS ETICOS CONTRA EL ABORTO.

El ser que es producto de la concepción humana es desde el primer momento una persona, un hombre y por lo tanto el aborto no puede calificarse como de un auténtico homicidio.

Con base en lo anterior, es lógica y fundamental consecuencia el que el ser humano concebido y aún no nacido, al ser desde el primer instante de su concepción no una persona en potencia, sino ya un ser humano y por tanto ya un ser o sujeto personal, él es actual sujeto de derechos y merecedor así de protección jurídica. Y por consecuencia, le corresponde antes que cualquier otro, este "derecho a la vida", que es el presupuesto de todos los demás derechos, en analogía respecto a lo que sucede para el ya nacido.

Los deberes y las responsabilidades correspondientes a tal derecho (por la vida ya concebida y por su futuro) trascienden la esfera de lo privado o de lo familiar, para extenderse a toda la sociedad, pues está en juego el valor primero, universal y fundamental de toda persona humana - un valor directamente derivado de la dignidad propia de su naturaleza - y por tanto la base de toda convivencia social; está en juego el bien común de la sociedad, (valores humanos comunes a todos los individuos del mundo). Se trata, por tanto, de un objetivo derecho humano y universal que conforma la garantía de los derechos y deberes fundamentales del hombre, los cuales tienen su raíz en el hombre mismo, en la naturaleza humana y su dignidad, que constituyen por tanto el fundamento ético

co, metahistórico y transcultural.

Son dos justificaciones generales que condenan la legalidad del aborto: el respeto al derecho a la vida que corresponde a todo ser humano por el mero hecho de serlo y desde el primer momento de su concepción; y el interés generalísimo de la colectividad por conservar incólumes los valores, principios y derechos que hagan posible la vida del hombre en sociedad.

Una ley que solo "permite" sin castigar, no obliga, no menos verdad que una ley que consciente el aborto tiene graves repercusiones negativas - sobre las costumbres y sobre la consciencia social y de los individuos, al generar la persuasión de que un comportamiento deja de ser inmoral, - o al menos grave, si la ley civil lo tolera.

Por ello la ley no puede jamás limitarse a ser espejo reflector de lo factual renunciando así a su función pedagógica. Preocupada de proteger y promover el bien común, así como no está obligada ni a imponer el máximo bien, ni a castigar todo aquello que está mal, sí debe expresar una explícita tensión hacia los valores, indicando claramente en dónde está el bien y el mal y prohibiendo y castigando al menos cuando dañe gravemente la convivencia civil, el bien común de la sociedad y de los fundamentos del hombre. (18)

(18) Dra. Mercedes Cirault. EL UNIVERSAL. (Universo Joven).
9 de enero de 1991. p. 3.

ASPECTOS LEGALES Y SOCIALES DEL ABORTO.

El Código Penal del Distrito Federal, sanciona con prisión a quien induce el aborto, y a la madre que lo provoca voluntariamente o consciente, la sanción no es aplicable cuando el embarazo es resultado de una violación o cuando la mujer embarazada corre el peligro de muerte de no provocarse el aborto.

Actualmente no existe en nuestra sociedad consenso sobre la aceptabilidad o reprobación ética del aborto inducido. Hay sectores importantes de la población que lo consideran como un atentado contra el principio de que se debe respeto absoluto a la vida humana.

Por otra parte hay quienes consideran que la mujer puede libremente optar por el aborto, ya que antes de la 20ª semana de gestación el feto es incapaz de vida independiente de la madre y por tanto no es todavía una persona humana.

Nuestra Legislación lo sigue considerando como una acción punible salvo en casos de violación o de peligro de muerte para la madre y por ello se practica la mayor parte de las veces en condiciones poco adecuadas, sobre todo cuando se trata de mujeres de escasos recursos económicos que recurren a personas no calificadas, ya que las instituciones de salud pública no pueden legalmente permitir a su personal médico la realización de prácticas abortivas.

Este desfaseamiento entre las normas legales y la práctica de la población ha llevado a una situación de particular gravedad social pues un alto número de mujeres mueren como consecuencia de abortos practicados en condiciones inadecuadas. (19)

En su Artículo 333 dice: "No es punible el aborto causado sólo por imprudencia de la mujer embarazada o cuando el embarazo sea resultado de una violación".

En el Artículo 334 dice: "No se aplicará sanción cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que ésto fuera posible y no sea peligrosa la demora."

El aborto inducido ilegal es el más frecuente. En el medio socioeconómico más bajos las personas que inducen los abortos son inexpertas, usan hierbas como el azafrán, el orégano, la ruda, el ajonjolino, el apio y el zoapatle, que solamente pueden provocar el aborto cuando se ingieren en cantidades tóxicas para el organismo.

En el medio socioeconómico un poco más alto las mujeres se introducen objetos en el útero como son las agujas de tejer o sondas. Como se tiene

(19) C.O.N.A.F.O. Op. Cit. p. 440. Vol. I

la idea de que la presencia de sangrado por vía vaginal es señal de aborto, muchas personas se introducen pastillas de permanganato o de aspirina, que les producen quemaduras o úlceras que llegan a sangrar, pero que no provocan el aborto. Otras personas introducen sustancias tóxicas al producto de la concepción dentro de la cavidad uterina, maniobra que resulta sumamente peligrosa.

Finalmente en los niveles superiores se recurre al abortado que puede ser un médico o una enfermera, para que practique un logrado.

ASPECTOS SOCIALES.

El Código Penal para el Distrito Federal permite el aborto, con las excepciones ya mencionadas en los Artículos 333 y 334.

Los Artículos 329 a 332 consideran:

Artículo 329: Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la proñez.

Artículo 330: A quien hiciere abortar a una mujer se le aplicará de uno a tres de prisión, sea cual fuere el medio que emplease, siempre que lo haga con el consentimiento de ella. Cuando faltare el consentimiento, la prisión será de tres a seis años y si mediare la violencia física o moral, se impondrán al delincuente de seis a ocho años de prisión.

Artículo 331: Si el aborto lo causare un médico cirujano, comadrón o partera, además de las sanciones que le corresponden conforme al anterior Artículo, se les suspenderá de dos a cinco años en el ejercicio de su profesión.

Artículo 332: Se impondrán de seis meses a un año de prisión a la madre que voluntariamente procure su aborto o concienta que otro la haga abortar, si concurren estas tres circunstancias: I) que no tenga mala fama, II) que haya-

logrado ocultar su embarazo y III) que éste sea fruto-
de una unión ilegítima.

Faltando alguna de las circunstancias mencionadas, se-
les aplicarán de uno a cinco años de prisión. (20)

(20) Bigashida, Bertha. CIENCIAS DE LA SALUD. 2ª .ed. Tipografía Barea, S.A.
México. 1969. p. 414.

ASPECTO RELIGIOSO.

En lo que respecta al aborto, la jerarquía de la Iglesia Católica mantiene sin modificaciones su posición tradicional.

Opiniones que da el Episcopado con respecto al aborto:

"Nadie puede tocar nuestra existencia, don recibido de Dios y sólo El tiene derecho sobre nosotros."

"El Don Supremo de la vida es de quien la da, no de quien la trasmite".

"El aborto es inhumano porque es la injusticia más radical que pueda ser cometida contra el hombre. Al provocar el aborto se viola el derecho humano natural".

"Si el aborto es un crimen, no puede ser aceptado por ninguna ley".

"El aborto directo, definitivamente no. Respecto a ésto, la doctrina de la Iglesia no cambiará nunca".

Según estadísticas, establecen que el 90% de las mujeres que abortan son católicas.

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.

Las enfermedades sexualmente transmisibles son aquellos padecimientos que se adquieren por contacto sexual, a éstas también se les llaman venéreas por derivarse de la palabra Venus, Diosa del Amor y la Belleza; y se dice que son las enfermedades del amor o más exactamente de las relaciones sexuales.

En la actualidad existe una preocupación cada día más de las autoridades sanitarias mundiales por la persistencia y en algunos casos, el incremento de este tipo de enfermedades, aunque en nuestro medio no parece tan alarmante como en otros países como Estados Unidos; al parecer, el incremento de enfermedades sexualmente transmisibles que parece observarse entre los adolescentes, podría deberse a un aumento de las relaciones indiscriminadas en razón de que un número mayor de jóvenes viven lejos de su familia o también, con el aumento de la población y el control de los jóvenes se dificulta más. En el terreno psicológico revelan que las personas infectadas, son individuos con conflictos psicológicos manifiestos, con baja autoestima y controles internos poco desarrollados que les lleva a no poder tener relaciones sexuales estables, estas personas generalmente provienen de hogares desintegrados o con conflictos que les orillan a buscar amor indiscriminadamente y en cualquier mujer.

A continuación trataremos algunas de las enfermedades de transmisión sexual más comunes.

Sífilis.

Se trata de una enfermedad infecciosa producida por un microbio llamado *Treponema pallidum*, en la que podemos observar una evolución aguda que -
tiende a la cronicidad.

Todavía es debatido el asunto si Colón y su tripulación trajeron la sífilis al continente Americano proveniente de Europa o si ellos contrajeron la enfermedad de las mujeres de las Antillas y la llevaron a Europa, pero cualquier dirección hacia la cual se haya diseminado, la sífilis alcanzó proporciones epidémicas a lo largo del mundo conocido pocos años después que Colón.

La causa de la sífilis se encontró en una espiroqueta, organismo semejante a un sacacorchos, denominado *Treponema Pallidum*, con cuerpo cilíndrico y de 8 a 14 espirales rígidos, que se observa mejor con la ayuda del microscopio de campo oscuro. Subsiguientemente, en 1913 los científicos - Noguichi y Moore encontraron esta misma espiroqueta en la corteza cerebral de pacientes que fallecían de parálisis general progresiva y que tuvieron antecedentes de haber padecido sífilis en su estado crónico.

La dosis recomendada para hombre es de 2.4 millones de unidades intramuscularmente durante una sola visita, un paciente sensible a la penicilina puede ser tratado con tetraciclinas o eritromicina. (21)

(21) Higashida Hiroo. Ciencias de la Salud. edit. Mc. Graw Hill 1963. p. 417.

A continuación daremos algunos rasgos importantes de la evolución de esta enfermedad.

Etapa Primaria.

Se identifica fácilmente mediante una lesión o un chancro que habitualmente aparece en la zona anogenital, 10 a 40 días después del coito con una persona infectada. El chancro comienza como una pequeña pápula roja que se ulcera y se humedece, en esta etapa el único signo de infección lo constituye un ganglio indoloro tumefacto en el sitio del desagüe linfático regional: por ejemplo, si el chancro está en el pene o labios menores, la tumefacción ganglionar se localizará en la ingle.

Si la enfermedad es tratada adecuadamente en su etapa primaria, se obtiene una cura con facilidad y el peligro de transmisión se elimina.

Durante la etapa primaria, un examen microscópico en campo obscuro del suero de zonas sospechadas es un medio diagnóstico valioso, en especial en los hombres, en quienes el chancro suele ser detectable con facilidad, para un diagnóstico más definitivo, deberá hacerse una prueba sanguínea para anticuerpos producidos contra espiroquetas en un lapso de 6 a 8 semanas después de la infección sospechada. (22)

(22) Qp. Cit. p. 218.

Etapas Secundaria.

Se caracteriza por una erupción no pruriginosa, dando lugar al nombre de "viruela grande" para distinguirla de la viruela habitualmente sobre el tronco del cuerpo; otros síntomas presentes son el crecimiento ganglionar, cefalea, malestar general y febrícula, también puede haber pérdida de las pestañas y cejas y alopecia; adquiriendo el paciente un aspecto como "picado por polilla."

Aunque el coito constituye la forma más común de transmisión de la sífilis, no es el único medio, el progreso de la infección sífilítica en la etapa secundaria de la infección puede inducir erupciones en la mucosa de la boca, causando que la saliva pulule en espiroquetas.

Sífilis Tardía.

Puede manifestarse en cualquier órgano o tejido, en el sistema nervioso central y en el sistema cardiovascular y particularmente en la piel; estos síntomas pueden aparecer tardíamente, 30 años después de la infección inicial, las lesiones tardías pueden aparecer en la boca y garganta y sobre la lengua, acompañadas habitualmente por engrosamiento del tejido o la aparición de úlceras destructivas; estas lesiones tardías son las responsables de los efectos invalidantes, desfigurantes y mutilantes de la sífilis, puede desarrollarse un proceso inflamatorio crónico en esta etapa tardía, involucrando huesos, articulaciones, ojos y otros órganos y especialmente, el sistema cardiovascular.

La sífilis no tratada puede producir ciertos trastornos invalidantes como es la neurosífilis, que ocurre en un 10 a 20% de los casos no tratados de sífilis y que afecta principalmente el sistema cerebro espinal de múltiples maneras: meningitis sífilítica, neurosífilis meningovascular, neurosífilis parenquimatosa. Los signos clínicos de la neurosífilis son múltiples el que puedan ser leves o graves, agudos o crónicos, dependerá de las circunstancias como, al principio, velocidad de desarrollo y diseminación del padecimiento. Podrá existir dolor de cabeza, mareo, náusea, entumecimiento, convulsiones. También se incluyen trastornos de la personalidad como son la inquietud, retardo mental, irritabilidad, depresión y éstos llegar a la muerte, si no es tratado oportunamente el paciente.

Gonorrea.

La palabra gonorrea fue empleada primero por el médico griego Galeno en el año 130 a. de C., para describir la enfermedad, sin embargo el organismo causal no fue indentificado sino hasta 1839, en cuyo tiempo se le dió el nombre de gonococo. (23)

Primordialmente una enfermedad de jóvenes, la ocurrencia más elevada de gonorrea, actualmente se encuentra en hombres de 20 a 24 años de edad.

La gonorrea en el hombre habitualmente se manifiesta por una uretritis -

(23) Mc Cary Leslie Jane. Sexualidad Humana, Edit. El Manual Mexicano, 1963. p. 326.

aguda, empieza con secreción acuosa al principio drenando del pene, de 2 a 7 días después de la fecha del contagio, volviéndose más espesa y de un color amarillo-verdoso en uno o dos días más, el paciente siente en forma típica urgencia y frecuencia para orinar, el acto de la micción va acompañado de una sensación de ardor en la punta del pene, el cual puede estar inflamado, comúnmente resultan complicaciones dolorosas, las cuales a veces son graves, una de las más dolorosas es la epididimitis, - púrdicimiento caracterizado por una hinchazón de la cavidad de maduración que conecta los testículos con el conducto deferente, los testículos en ocasiones adoptan el tamaño de una naranja y son sumamente dolorosos.

La infección gonorréica de la próstata puede volverse crónica, dando lugar a que el paciente conserve la infección por un período considerable, la estenosis uretral es otra de las complicaciones comunes y graves, la obstrucción producida por éste predispone al paciente a ataques de piel_o nefritis.

La mayoría de hombres y mujeres con gonorrea del recto son asintomáticos, pero pueden llegar a desarrollar síntomas moderados a graves, los síntomas relacionados con la gonorrea del recto varían desde: comezón anal, - malestar o irritación hasta la sensación de quemadura intensa, secreciones anales o la presencia de moco, pus y sangre en heces. Los estudios de laboratorio revelan al cuello uterino como el sitio más común de infección en las mujeres, los cultivos de la cérvix y la uretra son posit_i

vos en cerca del 75% de los pacientes gonorreicos.

Cuando la enfermedad se manifiesta en forma distintiva en las mujeres, - la primera evidencia aparece 2 a 7 días después del contagio, la vulva - se torna enrojecida, áspera e irritada, hay una necesidad urgente y frecuente para orinar, y la micción se acompaña de dolor y sensación de que madura. (24)

Las dos principales complicaciones que las mujeres pueden desarrollar de bido a esta enfermedad son la inflamación de las glándulas de Bartholin- (bartholinitis) y la inflamación de las trompas de falopio (salpingitis). En la bartholinitis las glándulas de la vulva se hinchan y se vuelven - tumefactas y muy dolorosas, formándose un absceso o quiste que requiere- desagüe quirúrgico además de tratamiento médico.

La salpingitis aguda produce a menudo dolor abdominal, acompañándose de- fiebre y malestar general, se puede formar un absceso tubario en cual - quiera de las trompas pudiendo ocasionar esterilidad por no haberse tra- tado oportunamente.

El tratamiento de elección para los hombres es la aplicación de una sola inyección intramuscular de 2.4 millones de unidades de penicilina, la do- sis recomendada para las mujeres es el doble de la dosis que se da para- el hombre, es decir, de 4.8 millones, la ampicilina o tetraciclina puede substituir a la penicilina cuando la paciente es alérgica a ésta.

(24). Op. Cit. p. 327.

Chancroide.

Este padecimiento es producido por el estreptobacilo de Ducrey; es una enfermedad altamente contagiosa que se disemina típicamente por el coito, se caracteriza por ulceraciones, habitualmente en los puntos de contacto físico y por tumefacción ganglionar local. El primer signo de Chancroide aparece alrededor de 12 a 16 horas después del coito con la persona infectada, por lo general se manifiesta con una pápula o pústula inflamada, la cual pronto se revienta, transformándose en una úlcera de bordes engrosados y llena de tejido necrótico.

Ordinariamente la superación de úlcera infectada se propagará a las zonas cercanas al prepucio del glande.

En la mujer, la úlcera habitualmente se forma sobre los labios mayores, vestibulo o clitoris, ocasionalmente los ganglios linfáticos de la ingle, los ganglios fistulizados si no son tratados pueden drenar durante meses ocasionando así una septicemia y la muerte si no es tratada adecuadamente.

Las sulfonamidas son los medicamentos elegidos para combatir el chancroide, produce la cura, por lo general, en un tiempo corto de 3 a 8 días, siempre y cuando sea detectada la enfermedad oportunamente.

Linfogranuloma Venéreo.

El linfogranuloma venéreo es un padecimiento general que invade los tejidos en las zonas inguinal y anogenital. La *Chlamydia trachomatis* es el agente causal, el linfogranuloma venéreo se observa clínicamente con mayor frecuencia en hombre que en mujeres.

La lesión primaria se manifiesta unos cuantos días después del coito infectante, bajo la forma de una pequeña vesícula que pronto se revienta, formando una ulceración superficial, de bordes bien definidos, rodeados por piel enrojecida, la vesícula es indolora y rápidamente cura sin dejar tejido cicatrizal, la vesícula puede aparecer sobre el glande, prepucio, vulva, paredes vaginales o cérvix, o en la uretra o región anal.

Aproximadamente 2 semanas después de la aparición de la lesión primaria, la invasión viral progresa a una etapa secundaria, caracterizada por dolor en la región inguinal, y acompañada por tumefacción visible de los ganglios linfáticos. Además de las complicaciones, como elefantiasis del pene, escroto o vulva se puede desarrollar con el progreso de la enfermedad.

Herpes Genital.

El herpes es una enfermedad aguda de la piel ocasionada por el virus herpético simple.

El herpes genital, suele encontrarse debajo de la línea de la cintura, - los sitios que son afectados con más frecuencia en los hombres son el -

pene y la uretra, y en mujeres la órviz, la vagina y la vulva.

Las llagas del herpes genital, que tienen aspecto de vesículas pequeñas-elevaciones, pueden romperse y formar úlceras abiertas, las cuales suelen ser bastante dolorosas, otros síntomas son fiebre, ganglios linfáticos crecidos y síntomas generalizados de infección. El dolor durante la micción es el síntoma más molesto, para aliviar la sensación dolorosa de quemadura se recomienda la aplicación de lidocaina.

Ha sido difícil encontrar y ensayar tratamientos eficaces contra las infecciones herpéticas, algunos médicos han tenido éxito pintando con colorante las lesiones herpéticas estos colorantes absorben la luz y luego aplicándoles luz fluorescente, el virus se vuelve hipersensible a la luz y puede ser inactivado por exposición a la misma.

METODOS ANTICONCEPTIVOS

Lograr control sobre el número de hijos que concebirán y espaciarlos son dos factores de motivación con que cuenta la pareja para decidir el empleo de una medida contraceptiva. El elegir un método específico, la persistencia en su empleo supera a la confianza absoluta que se puede tener en el mismo. Es importante considerar los factores de riesgo y las contraindicaciones para el empleo de un medio contraceptivo particular.

Las mujeres que solicitan contracepción deben someterse a historia clínica y exploración física de investigación con pruebas mínimas de laboratorio, antes de elegir un método anticonceptivo. En la historia deben incluirse los casos familiares inmediatos de diabetes, problemas hemorrágicos o de la coagulación, problemas cardiacos o de la presión elevada, ca fa la lg ia s ja que co sa s o trastornos convulsivos, ne tro pa t í as o he pa to p at í as, an e m ia, tu ber cu lo si s, ac ci de nt e s va sc u la re s ce re bra le s, c á n c e r o problemas mentales. Esta información brinda una línea básica de factores de riesgo que puede influir en la prescripción de contraceptivos bucales o contraindicarla. Se obtienen los antecedentes médicos y quirúrgicos de la paciente, lo mismo que los antecedentes menstruales y obstétricos detallados. En los datos básicos debe incluirse también información sobre el empleo previo de contraceptivos y la experiencia obtenida con ellos, los antecedentes de alergia y la información sobre el tabaquismo y el consumo de fármacos recreativos.

La exploración física antes del uso de anticonceptivos debe incluir, valoración mamaria, exploración pélvica, frotis de papanicolaou, y algún tipo de investigación de la salud. Peso, edad, presión arterial, pueden ser factores de riesgo que impedirán la prescripción de ciertas medidas-

de control natal.

*Las pruebas mínimas de laboratorio consisten en análisis de los valores de hemoglobina y hematócrito, análisis general de orina en busca de glucosa y proteínas, frotis de papanicolaou, cultivo endocervical para identificar a *Neisseria gonorrhoeae*, pruebas serológicas para la sífilis, - pruebas de embarazo, cualquier otra investigación que se considere necesaria según los datos de la historia clínica o la exploración física.*

Las decisiones de la pareja sobre la contracepción deben ser voluntarias, con conocimientos completos sobre opciones, las ventajas, desventajas, - eficacia, efectos colaterales y los efectos a largo plazo, y con acceso a las alternativas, sin presión de los profesionales de la salud y con la confidencialidad más estricta. Son muchos los factores externos que influyen en la elección de una pareja, incluso influencias culturales, - creencias religiosas, personalidad, costo, eficacia, información errónea, practicabilidad del método y amor propio.

A continuación se efectúa una revisión de los métodos contraceptivos disponibles.

Los métodos anticonceptivos permiten a la pareja tener relaciones sexuales con un riesgo mínimo de embarazos y deben reunir las siguientes características:

1. *Aceptabilidad:* *Un método puede ser muy efectivo, sin embargo, debe ser aceptado por la pareja de acuerdo con sus características raciales, culturales y socioeconómicas.*
2. *Inocuidad:* *No deben atentar contra la salud, tanto de la pareja como del hijo, en caso de que se produzca el embarazo.*
3. *Reversibilidad:* *Debe permitir a la pareja tener hijos cuando lo desee.*
4. *Eficacia:* *En este caso es la capacidad para evitar el embarazo por el lapso deseado por la pareja, pueden ser desde temporales hasta definitivos e irreversibles.*
5. *Facilidad de aplicación:* *Un método difícil de aplicar no sería utilizado por la población.*
6. *Bajo costo.*

Los métodos anticonceptivos se pueden clasificar de varias maneras, una de éstas es:

	<i>Métodos Naturales</i>	<i>Ritmo</i>
		<i>Temperatura basal</i>
		<i>Método de Billings</i>
		<i>Método sintotérmico</i>
		<i>Ducha Vaginal</i>
		<i>Coito interrumpido</i>
TEMPORALES	<i>Métodos Mecánicos</i>	<i>Preservativo o condón</i>
		<i>Dispositivos intrauterinos</i>
		<i>Diafragma</i>
	<i>Métodos Químicos</i>	<i>Hormonales</i>
		<i>Barreras Químicas</i>
DEFINITIVOS O QUIRURGICOS		<i>Salpinglocasia</i>
		<i>Vasectomía</i>

RITMO.

Antes de 1929 se dió información falsa respecto a la existencia de un período seguro para las relaciones sexuales, un tiempo en el cual había pocas posibilidades de embarazo.

Durante el mismo año, dos investigadores que trabajaban independientemente propusieron para evaluar este supuesto método "seguro" un método que se dió a conocer como la teoría de Ogino-Knaus pero ahora se conoce comúnmente como ritmo, método del calendario o continencia periódica.

La idea básica en la que se apoya la práctica del ritmo es una variable: la ovulación ocurre 14 a 16 días antes del último día del ciclo uterino, pero como cualquier fenómeno biológico, frecuentemente varía.

Los otros dos factores a considerar son: 1) el óvulo generalmente puede ser fecundado de 12 a 24 horas después de salir del folículo y 2) el espermatozoide depositado en la vagina puede mantener una capacidad fecundante de 48 a 72 horas.

Estas tres variables en conjunto muestran que teóricamente, sólo hay un corto tiempo en cualquier ciclo en el cual existe un gran riesgo de embarazo.

Todo coito realizado en un espacio de tres días antes de la ovulación puede fecundar ese óvulo y como el óvulo tiene capacidad de ser fecundado 24 horas, una relación sexual efectuada un día después de la ovula -

ción puede dar lugar a un embarazo

No es posible predecir la duración de ningún ciclo futuro, sólo podría intentarse conociendo la historia menstrual de la persona, incluyendo la información de un año, tomando en cuenta la ovulación no siempre es el mismo día, pudiéndose adelantar uno o dos días.

Tomando en cuenta estos conceptos se harán los siguientes cálculos: Como la segunda mitad del ciclo siempre dura 14 días y la ovulación se presentó 14 días antes de la regla, la abstinencia debe ser de 5 días antes (72 horas de viabilidad del espermatozoide y 48 horas de seguridad) y 3 después (24 horas de viabilidad del óvulo y dos de seguridad).

Si el ciclo es corto por ejemplo de 26 días, el cálculo se hace: $26-14 = 12$ días, menos 5 días = (7º día) y $26-14=12$ días, más 3 días = (15º día). Es decir, no debe haber relaciones sexuales del 8º al 16º día del ciclo.

En las mujeres con ciclos irregulares, en ocasiones largos y otros cortos es complicado el uso del método y el índice de falla es mayor.

Este método puede completarse por medio de la curva de temperatura basal, en la cual puede saberse el día de la ovulación de acuerdo a el alza de la temperatura a partir de la segunda fase del ciclo.

Desventajas del ritmo.

Al envejecer, es probable que la mujer ocasionalmente no ovule durante -

un ciclo, y cuando ésto sucede, la ovulación puede tomar lugar en cualquier fecha del ciclo siguiente invalidándose el ritmo establecido, hasta que la ovulación se restablezca. Una mujer puede menstruar aún cuando no ovule, pero no hay manera de saber que la ovulación se suprimió y que puede ocurrir en cualquier fecha, es por eso que el ritmo presenta serias desventajas.

Hacia el final de la vida reproductiva de la mujer es cuando menos se puede confiar en la efectividad del ritmo y es precisamente cuando menos se desea un hijo.

Por lo tanto, no es recomendable para una mujer que se acerca a la menopausia, ni tampoco para las que tienen ciclo de menos de 20 días o cuya duración sería por más de 10 días.

TEMPERATURA BASAL.

La hormona del cuerpo amarillo (progesterona) ocasiona reacciones químicas que aumentan la energía corporal. Esta disposición se refleja en la temperatura basal del cuerpo que es la que se obtiene cuando una persona ha dormido (o descansado) por lo menos 6 horas, con un termómetro oral o rectal. La mujer tiene que tomarse la temperatura inmediatamente después de despertar y antes de incorporarse, fumar, tomar agua o ir al baño.

Es importante saber porque la temperatura basal aumenta, porque la progesterona, que es la que hace que la temperatura del cuerpo aumente, sólo está presente cuando ha habido ovulación. Tomando en cuenta esta información es seguro que al día siguiente no hay peligro de embarazo, prolongándose otra garantía, hasta la próxima ovulación, ya que el óvulo tiene una vida de 24 horas. Así tomando la temperatura diariamente, se sabrá exactamente cuando ocurre la ovulación.

Durante el ciclo menstrual, la temperatura basal varía al desarrollarse un folículo, cuando éste solo secreta estrógeno o cuando no secreta nada, la temperatura basal es casi constante y baja más que cuando se produce progesterona, la producción de ésta empieza cuando se libera un óvulo, e inmediatamente después la temperatura sube. Evitando la relación sexual hasta que la temperatura suba por lo menos 3 décimas de grado, y se mantenga así por lo menos 12 horas y también interrumpiendo la relación cuando el sangrado comienza.

Desventajas:

Hay varias anomalías que pueden interferir con el uso de este método cualquier proceso infeccioso puede elevar la temperatura durante 72 horas y provocar descontrol, aún gozando de salud la temperatura puede variar.

Además si la mujer no ovula, su temperatura no subirá ese ciclo (ciclo - ovulatorio), y las relaciones sexuales tendrán que interrumpirse durante todo ese lapso.

Ventajas:

El ritmo de la temperatura modifica el ritmo del calendario si no hay - ovulación, la temperatura lo mostrará. A pesar de la gran manipulación - que exige, una vez aceptado, este método puede ser muy efectivo.

De acuerdo con la OMS la mujer que practica el ritmo a partir de la temperatura basal tiene un margen de embarazo de 1.1% al año.

METODO DE BILLINGS.

Llamado a veces método de la ovulación, requiere valoración de los cambios del moco cervical que ocurre durante el ciclo menstrual. Cantidad y carácter del moco cervical cambian como resultado de las influencias de estrógenos y progesterona.

El moco de tipo E predominante en el momento de la ovulación es resultado del efecto de los estrógenos sobre las aproximadamente las 100 secretorias de moco que se encuentran en el cuello.

El moco tipo G predomina durante la fase luteínica y es resultado de los efectos de progesterona.

Al aproximarse la ovulación se incrementa la cantidad de moco cervical y se vuelve más claro y más filante.

"El moco del tipo E está constituido por 96.7% de agua, 1% de proteínas, 0.8% de NaCl, 1.5% de mucina y unas cuantas células". (25) El moco tipo E manifiesta un patrón de cristalización del tipo de hoja de helecho, que se vuelve manifiesto cuando se coloca sobre una laminilla de vidrio y se deja secar.

La filantes o elasticidad del moco cervical es mayor en el momento de la ovulación y puede variar entre cinco y veinte cm. Se puede valorar me -

(25). S.B. Olds. *Op. Cit.* p. 139.

diante la obtención del moco de la ropa interior, los labios vulvares o la vagina y, a continuación, haciéndolo formar filamentos entre dos lami nillas o entre dos dedos.

El moco tipo E es más permeable a los espermatozoides y les permite pa -
sar por cuello uterino, porque las fibras de mucina presentes se encuen -
tran paralelas entre sí. Durante la ovulación el moco tipo E es más -
abundante y más filante. La mujer percibe una sensación de humedad alre dedor de la vagina.

Durante la fase luteínica cambian las características del moco cervical. Se vuelve más denso y más pegajoso y forma una redcilla en el conducto -
cervical que atrapa a los espermatozoides y les hace más difícil el pa -
so.

Este moco del tipo G consiste en " 90.2% de agua, 3% de proteína, 0.8% -
de NaCl. 6% de mucina y abundancia de células". (26)

Para emplear el método de la ovulación, la mujer debe abstenerse del coi to durante el primer ciclo menstrual. Se valorará el moco cervical en -
cuanto a cantidad y filantez todos los días para que la mujer se familia rice con las características variables. Establecido el patrón, se requ erirá abstinencia del coito cuando predomine el moco tipo E y durante cua tro días después de la ovulación.

(26). Ibid. p. 139.

METODO SINTOTERMICO.

Consiste en diversas valoraciones que efectúan y anotan los dos miembros de la pareja. Emplean una gráfica para registrar la información en cuanto a días del ciclo, coito, cambios del moco cervical y signos secundarios como aumento de la libido, flatulencia, dolor intermenstrual y temperatura corporal basal.

Mediante las diversas valoraciones la pareja aprende a reconocer los signos que indican ovulación.

COITUS INTERRUPTUS.

Consiste en la retirada del pene de la vagina cuando el hombre siente la inminencia de la eyaculación, con el objeto de depositar el semen fuera de la vagina.

Es uno de los métodos más conocidos, que es fácil aprender y sencillo. - Puede ser de uso habitual o esporádico. Es un método eficaz en aproximadamente el 50% de las parejas que lo utilizan y falla en la otra mitad - ya que no se practica correctamente por diferentes causas, tales como: - cansancio excesivo, intoxicación alcohólica o excitación sexual intensa. Es también inadecuado para aquellos sujetos que eyaculan en forma rápida o prematura, en sujetos de edad avanzada en los que la salida de la primera porción del eyaculado no se percibe, en aquellos en que la sensación de orgasmo inminente está disminuida o en jóvenes inexpertos que no han logrado todavía el control de su eyaculación.

Según Kinsey, aproximadamente la mitad de los varones alcanza el orgasmo en el término de dos a cinco minutos o sufre eyaculación prematura. Este grupo tiene más dificultad para practicar el "coitus interruptus" que aquellos sujetos cuyos coitos duran normalmente entre 5 a 10 minutos. Este mismo autor señala que ante la inminencia del orgasmo, tanto en varones como en mujeres, se experimenta un estado de inconsciencia en el que todos los movimientos copulatorios pierden su carácter voluntario y se convierten en involuntarios. Este estado puede durar varios segundos y salvo que el coito se interrumpa antes de que el varón alcance el orgasmo, la oportunidad de llevar a cabo el acto consciente, como es la extracción del pene se pierde.

Desventajas.

En algunos individuos la eyaculación se hace en forma de una corriente lenta de semen que impide que el sujeto se percate y retire en el momento oportuno.

Por otro lado es imposible evitar que se deposite en la vagina líquido uretral y prostático al inicio del acto sexual y esta secreción puede contener espermatozoides viables en número variable de un sujeto a otro.

Efectos Secundarios:

Físicos: Durante el coito el sujeto está tenso y ansioso por el temor de ser incapaz de retirarse en el momento adecuado, lo cual puede llevarlo a una disminución de su potencial sexual y aún a la impotencia.

Psíquicas: Eyaculación precoz, insatisfacción sexual, etc.

Por otra parte, la mayoría de las mujeres tiende a desarrollar un sentimiento de rechazo hacia el método, ya que el estado de tensión y temor a que están cometidos durante el acto sexual les impide disfrutar plenamente y en ocasiones pretender un orgasmo temprano para dejarle libertad al esposo de retirarse lo más pronto posible y así disminuir el tiempo de embarazo. Le puede causar a la mujer congestión pélvica, insatisfacción sexual y frigidez.

Puede llevar a la pareja a una reducción prematura de la frecuencia coital.

DUCHA VAGINAL.

Un método ineficaz de contracepción es la ducha vaginal después del coito. En realidad puede facilitar la concepción al empujar a los espermatozoides más hacia el interior del conducto del parto. Más aún se han identificado espermatozoides en la trompa de falopio 90 segundos después de la eyaculación.

LACTANCIA.

La lactancia es uno de los métodos más usados por la población. Se sabe que mientras una madre amamanta a su hijo es poco probable que exista ovulación y menstruación, pero éste dependerá de la cantidad de leche y del número de tetadas. Mientras más leche exista en el seno materno menos probabilidades de ovulación existen, por lo que el método va perdiendo

do seguridad a través de los meses que va disminuyendo la lactancia. -
Es un método de buena aceptación, pero poco seguro.

MÉTODOS MECÁNICOS.

Preservativo.

También conocido como condón. Es uno de los anticonceptivos mecánicos -
de mayor empleo en el mundo, estimándose que de 19 a 25 millones de pare-
jas en el mundo lo utilizan para controlar su fertilidad, ya sea solo o -
en combinación con otros métodos. Interpone una barrera física que impi-
de la unión del óvulo y el espermatozoide.

Los primeros preservativos aparecieron en Inglaterra durante el siglo -
XVIII y se fabricaban de intestino de cordero y otros animales. Poste-
riormente, han sido desplazados por los preservativos hechos de látex o -
nylon. Los más eficaces parecen ser aquellos que tienen un anillo elás-
tico para evitar su desplazamiento durante el coito, de aproximadamente -
3 cm de diámetro y un receptáculo en la punta para coleccionar el semen.

Los condones son aproximadamente de 18 cm. de largo, se fabrican de un -
material tan delgado que pesan solamente unos 2 grs.

Manera de usarse.

Los condones se aplican al pene erecto y se desenrollan desde la punta -
del extremo del cuerpo del mismo antes del contacto vulvar o vaginal. -
Debe dejarse un pequeño espacio en el extremo del condón para permitir -

que se acumule el semen eyaculado, de modo que el condón no se rompa en el momento de la eyaculación. Deberá usarse jalea vaginal si el condón, la vagina o ambos están secos para prevenir la irritación y las posibles roturas del dispositivo. Se tendrá cuidado al retirarse el condón después del coito. Para que su eficacia sea óptima, deberá retirarse el pene de la vagina mientras está aún erecto, y se conservará el anillo inferior del condón sujeto contra el cuerpo del pene para prevenir los escurrimientos. Si después de la eyaculación el pene se vuelve flácido mientras está aún en la vagina, el varón debe sujetar el borde del condón mientras lo retira de la vagina para evitar que escurra semen y prevenir que el condón se deslice.

La eficacia de los condones depende en gran medida del empleo.

Indicaciones para su uso.

Como método anticonceptivo.

Cuando hay riesgo de transmisión de enfermedades sexuales o infestación por tricomonas vaginales.

En parejas en que la mujer no puede utilizar el diafragma por alteraciones anatómicas de la vagina, útero o piso pélvico; en aquellos casos en que el uso del dispositivo esté contraindicado, o en aquellos en que por razones médicas, sociales o psicológicas no sea factible usar un método oral o un dispositivo vaginal o intrauterino.

Ventajas.

El condón es pequeño, ligero, desechable y barato, carece de efectos laterales, no requiere exploración o supervisión médica, ofrece pruebas visuales de su eficacia y protege contra las E.T.S.

Desventajas.

Disminución de la sensación táctil en ambos conyuges y la necesidad de interrupción del juego sexual preliminar con el propósito de colocarlo.

Se citan a menudo roturas, desplazamientos, posible irritación perineal o vaginal y sensación amortiguadora.

DIAPHRAGMA.

Ofrece un buen nivel de protección contra la concepción, en especial cuando se emplea con cremas o jaleas espermicidas. La paciente debe recibir uno de estos dispositivos ajustado a sus medidas con instrucciones de personal capacitado. El diafragma debe revisarse para confirmar su tamaño correcto después de cada parto, lo mismo que si la paciente ha ganado o perdido 10 kg. de peso o más.

El diafragma debe insertarse antes del coito, con aproximadamente una cucharadita de jalea espermicida alrededor de su reborde y en el fondo. Esta servirá como barrera química para complementar la barrera mecánica del propio dispositivo.

El diafragma se inserta a través de la vagina y cubre el cuello uterino. La última etapa de la inserción consiste en empujar el borde del diafragma bajo la sínfisis del pubis. Cuando se ajusta de manera adecuada y correcta en su sitio, el diafragma no debe producir malestar a la mujer ni a su compañero sexual.

Si han pasado más de cuatro horas entre la inserción del diafragma y el coito deberá aplicarse crema espermicida adicional.

Es necesario dejar el diafragma colocado durante seis horas después del coito.

Si se desea efectuar el coito de nuevo durante las seis horas siguientes, deberá emplearse algún otro tipo de contracepción o se aplicará la jalea espermicida adicional en la vagina con un aplicador, teniendo cuidado de no alterar la colocación del diafragma. Este debe exponerse periódicamente contra la luz para investigar la presencia de desgarros o agujeros en el mismo.

Los diafragmas son medios contraceptivos excelentes para mujeres que no pueden emplear la "píldora" o no desean tomarla, que desean evitar la exposición al aumento del riesgo de enfermedad inflamatoria, o que quieren ser sexualmente activas durante varios años antes de iniciar su propia familia.

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS.

Son de muchos tipos y formas, pero funcionan primordialmente al producir una reacción local en el endometrio.

El DIU se inserta en el útero con el hilo o cola colgando por fuera del cuello uterino hacia la vagina.

Se emplean actualmente cuatro tipos: asa de Lippes, doble espiral, 7 de cobre y T que libera progesterona. Los dispositivos 7 de cobre y T son más pequeños, y es menos frecuente con ellos el dolor después de la inserción, y por tanto se emplean más a menudo en mujeres nulíparas.

El 7 Cu libera continuamente una pequeña cantidad de cobre y tiene que cambiarse cada tres años.

Los DIU liberadores de progesterona reponer cada año, Quizá sea necesario reponer de manera regular los DIU de plástico. Cuando han estado colocados más de un año, se pueden depositar sales de calcio en el plástico. Estas forman una superficie áspera que irrita el endometrio y puede producirle ulceración y hemorragia. Si sobrevienen estos síntomas debe cambiarse el DIU.

Estos dispositivos se pueden insertar durante la revisión que se efectúa entre la cuarta y sexta semana del puerperio, o durante el período menstrual. Después de la inserción se instruirá a la usuaria para que verifique la presencia del hilo una vez a la semana durante el primer mes, y a continuación después de cada menstruación. Se le dice que puede te-

ner cólicos, hemorragia o ambas cosas, de manera intermitente durante dos a seis semanas y que sus primeras menstruaciones pueden sobrevenir de manera irregular. Se sugiere una revisión de vigilancia cuatro a ocho semanas después de la inserción.

Mecanismos de acción de los DIUs Inertes.

El único DIU inerte que permanece en uso y aún muy ampliamente es el asa de Lippes. El DIU ejerce su acción por una reacción inflamatoria inespecífica que se lleva a cabo en el endometrio y en el líquido endometrial como respuesta a la presencia del cuerpo extraño.

Los cambios más notables son: (27)

- 1) Reacción inflamatoria con presencia de numerosos polimorfonucleares, mononucleares, macrófagos y células cebadas en el líquido endometrial que fagocitan los espermatozoides.
- 2) Estos cambios del líquido endometrial lo hacen inhóspito para el blastocito.
- 3) La reacción inflamatoria impide la implantación del blastocito.
- 4) La transformación endometrial cíclica está acelerada de modo que pierde sincronía con el ciclo ovárico, en curso de fecundación, el blastocito encuentra en endometrio demasiado maduro, de tipo prematural, en el que no puede implantarse con éxito.

(27) Dr. José Antonio Ruiz Moreno. MECANISMO DE ACCION DE LOS DIUs. México, D.F. Centro para graduados. 1965. p. 326.

- 5) Aumento de las prostaglandinas liberadas del endometrio lo que aumenta la actividad contráctil del miometrio dificultando la implantación.

Uno de los más controvertidos puntos de la acción del DIU inerte, por sus implicaciones éticas, es su acción de impedir la implantación, esto es, una acción abortiva. De acuerdo a muchos autores la vida de un nuevo ser humano comienza con la implantación total del blastocito y este caso no podría hablarse de acción abortiva, para otras sin embargo la vida comienza, con la fecundación y la acción de impedir la implantación sería un aborto.

Mecanismos de acción de Los DIUs de Cobre.

El mecanismo de acción de los DIUs con cobre comprende 3 hechos: (28)

- 1) La acción de cuerpo extraño, idéntico a la de los DIUs inertes, pero aún más pronunciada.
- 2) El efecto de la reacción química por la liberación del metal y,
- 3) El efecto de los iones metálicos liberados.

La liberación del Cu ocurre permanentemente por mecanismos de ionización y quelación, a una velocidad de liberación de 50 mcg por día, incorporándose al líquido endometrial y al endometrio mismo como ión cúprico o el-ión cobre permanece localmente, sin que haya demostrado absorción.

En las células endometriales hay alteraciones enzimáticas por la presencia (28) *Ibid* p. 327.

cia del ión cobre, la alfa-amilasa está disminuida, la glucógeno-sintetasa igualmente. El aumento de cobre intercelular y con ella una baja en la actividad de la anhidrasa carbónica, ya que el zinc es un factor indispensable para la actividad de la enzima. Esta disminución de la acción de la anhidrasa carbónica disminuye la posibilidad de implantación.

La presencia de iones de cobre en el moco endocervical, en el que sus concentraciones aumenta 8 a 10 veces respecto a lo normal, la motilidad, la capacitación y la supervivencia de los espermatozoides se ven afectados como consecuencia de la presencia del metal.

Mecanismos de acción de los DIUs liberadores de Progesterona.

El más usado es la T de progesterona que libera 65 mcg diarios de la progesterona. Además de actuar como cuerpo extraño por los mecanismos que son comunes a todos los DIUs, la presencia de pequeñas cantidades de progesterona mantiene al endometrio en un estado permanente de secreción avanzada o precidual, incompatible con la implantación del blastocito.

La acción de esta hormona liberadora de los DIUs es únicamente local, de modo que no inhibe la ovulación ni afecta la función del cuerpo luteo.

Los principales beneficios del asa de Lippes como método anticonceptivo son su carencia de efectos metabólicos generales y su alta efectividad. Es más apropiado para mujeres que ya han tenido hijos que para nulíparas. Es también ideal para mujeres no promiscuas sexualmente.

Se han realizado estudios comparativos sobre la utilización de dos dispositivos intrauterinos: la TCu380A y el dispositivo Cu-Fix. Con el fin de que se pudieran tener tasa más bajas de expulsión y extracción por dolor y/o sangrado.

Está pendiente la aprobación de La TCu380A para su uso en programas nacionales de planificación familiar. Se han hecho cinco estudios multicéntricos con este dispositivo y la tasa de embarazo de cada una en los dos primeros años de uso fue de menos de 1.0/100 años mujer, y en un estudio la tasa anual de embarazo a los cuatro años de uso fue de 0.5.

Se sospecha que la mayoría de los efectos colaterales y eventos adversos del uso de DIU son causados por el armazón de plástico de los dispositivos. Numerosos dispositivos han destacado la incompatibilidad dimensional entre DIU y cavidad uterina. El sangrado, dolor y expulsión parcial o total son consecuencia de esta falta de armonía.

La TCu380A está compuesto por alambre de cobre el cual se encuentra enrollado en las ramas vertical y horizontales del dispositivo. El área de la superficie de cobre es de 380 mm cuadrados. Se presenta en un paquete pre-esterilizado y su efecto anticonceptivo dura como mínimo de cuatro a cinco años.

El Cu-Fix: Las tres características principales de este nuevo concepto son: la fijación del dispositivo al fondo uterino, la flexibilidad del dispositivo y su total ausencia de un marco de plástico.

Este dispositivo intrauterino consta de seis camisas de cobre, cada una de 5 mm de longitud y aproximadamente 2.2 mm de diámetro. El cobre se encuentra en un hilo de polipropileno que normalmente se usa como material de sutura y es un producto de Ethicon. Las camisas de cobre están cosidas al monofilamento y aseguradas con dos clips de cobre en ambos extremos de las camisas para evitar que se deslicen del monofilamento. Un nudo sencillo se encuentra en la parte superior del hilo y sirve para retenerlo al hacer la inserción en el miometrio del fondo uterino. La superficie total de cobre, incluyendo las partes externas e internas, es de aproximadamente 360 mm cuadrados.

Este nuevo dispositivo no tiene armazón de plástico, por lo que resulta flexible. El dispositivo está precargado en el insertor estéril, y por lo tanto la esterilidad está garantizada durante la inserción aún sin el uso de guantes ya que la porción distal del insertor no llega a ser tocada por el médico.

Con el uso de estos nuevos dispositivos intrauterinos se han reportado menor sangrado menstrual, una tasa muy baja de expulsión, no se presentaron embarazos durante su empleo, no se observaron complicaciones serias como perforación uterina o enfermedad inflamatoria pélvica, en una minoría se presentó dolor moderado durante su inserción en el fondo uterino y esto probablemente, porque la inserción fue cerca de la superficie serosa del útero.

La extracción del Cu-Fix es muy sencilla y casi no produce dolor.

Contraindicaciones.

Para obtener mejores resultados, no aplicar el DIU a quienes tienen contraindicaciones como:

- 1) Embarazo o sospecha de embarazo.
- 2) Enfermedad inflamatoria pélvica aguda o subaguda.
- 3) Historia de enfermedad inflamatoria pélvica recurrente.
- 4) Historia de aborto séptico en los tres meses anteriores.
- 5) Historia de endometritis posparto en los tres meses anteriores.
- 6) Anormalidades de configuración congénitas o adquiridas, del cuerpo -
uterino.
- 7) Estenosis del canal cervical
- 8) Historia de embarazo ectópico.
- 9) Sangrado vaginal de causa no explicada.
- 10) Sospecha de neoplasia maligna y
- 11) Cervicitis aguda.

MÉTODOS QUÍMICOS.

Espermicidas.

También conocidas como barreras químicas. Gran variedad de cremas, jaleas, espumas y supositorios que se introducen en la vagina antes del coito destruyen los espermatozoides o neutralizan las secreciones vaginales y por tanto inmovilizan a los espermatozoides.

Los espermicidas que hacen esfervescencia en un ambiente húmedo ofrecen protección más rápida, y el coito puede ocurrir inmediatamente después de introducirlos. Los supositorios pueden requerir hasta 30 min. para disolverse y no ofrecerán protección hasta que haya pasado ese tiempo. Debe advertirse a la mujer que aplique estos preparados espermicidas en la parte profunda de la vagina y que conserve la posición supina.

Los espermicidas tienen efectos mínimos cuando se usan aisladamente, pero se incrementa su eficacia cuando se usa con un diafragma o un condón.

Brindan un grado elevado de protección contra diversas enfermedades transmitidas por contacto sexual, en especial la gonorrea.

Contraceptivos Inyectables.

Hay inyecciones hormonales para no concebir. Se cuenta con dos contraceptivos esteroides inyectables.

El acetato de depomedroxiprogesterona (Depo-Provera) es una suspensión microcristalina de progestágenos, y el enantato de noretindrona es la

única suspensión que tiene una duración más breve que Depo-Provera.

Estos fármacos inhiben la secreción de gonadotropinas, incluso la descarga de LH a mitad del ciclo.

En general se dan cada tres meses y el método es 100% eficaz para evitar el embarazo.

Mientras que la mujer está en tratamiento, la regla generalmente es escasa o imprescindible.

Su aplicación es intramuscular. Las inyecciones intramusculares de depósito duran de 3 a 6 meses, el régimen más corriente es el de tres meses que utiliza 150 mg. inyectados.

Han ocurrido amenorrea prolongada, aumento de la hemorragia uterina, o - ambas cosas, durante el empleo de contraceptivos esteroides y después - del mismo y se ha observado también la ocurrencia de tromboembolia.

La fecundidad se retrasa hasta que han pasado los efectos del progestágeno inyectado.

PILDORA.

Las píldoras anticonceptivas ejercen su efecto anticonceptivo por cuatro acciones fisiológicas.

La acción principal es la inhibición (prevención) de la ovulación; la ausencia de un óvulo hace que la concepción sea imposible.

Funciona de la siguiente manera: cuando ambas hormonas están presentes en una concentración adecuada, impiden que el hipotálamo envíe una señal a la glándula pituitaria para que ésta movilice las dos hormonas gonadotrópicas, H. E. F. (hormona estimulante del folículo) y H. L. (hormona luteinizantes); que hace que comience la ovulación.

Una acción secundaria de la píldora impide que la mucosidad cervical entre en su fase profusa y acuosa de la parte media del ciclo, fase que origina un medio fluido perfecto para que penetren en él las células espermáticas. En lugar de eso, bajo la influencia de la píldora, la mucosidad cervical permanece escasa, viscosa y relativamente impenetrable para los espermatozoides.

Otra de sus acciones afecta la cubierta del útero, el endometrio, también puede afectar el pasaje del óvulo por las trompas de falopio.

Estas cuatro acciones se combinan para impedir el embarazo. Para lograr esto es necesario una píldora por día, durante 20 ó 21 días, sino hay hormona que estimule el folículo, el óvulo no puede madurar, consecuente no hay ovulación y las mujeres que las toman pueden considerarse sin

riesgo de embarazo.

Rutina para tomar la píldora.

Los anticonceptivos orales vienen en paquetes de 20 y 21 tomadas correctamente, éste es el número adecuado para prevenir la ovulación y aún preservar la menstruación. Cuando una mujer empieza con este método toma la primer píldora el 5º día de cualquier ciclo uterino y los restantes los días que siguen, hasta terminar el paquete. Entonces empezará su menstruación que por lo general comienza 48 horas después, o sea el día número 1, al 5º día se abre otro paquete aunque el sangrado no haya terminado. Esta rutina se cumplirá por tanto tiempo que se desee permanecer protegida del embarazo y puede prolongarse de 5 a 10 años, sin efectos secundarios aparentes. Ocasionalmente faltará un período o será tan imperceptible que la mujer no lo considere sangrado menstrual; en ese caso, empezará a tomar las píldoras del nuevo paquete el día 7º, con tanto a partir de cuando tomó la última píldora.

EFECTOS COLATERALES.

Los efectos colaterales de la píldora se clasifican en menores y mayores. Aunque los menores son bastante desagradables, no amenazan la salud o la vida.

La mayoría de las reacciones adversas menores asociadas con los anticonceptivos hormonales se relacionan con el estrógeno y son similares a las molestias comunes del principio del embarazo.

Incluyen náuseas, vómitos, hinchazón dolorosa de los senos y sangrado o manchado irregular.

Las molestias menos comunes son el aumento de peso, dolor de cabeza, mareos, a veces cloasma. Con excepción del cloasma, la mayoría de los efectos colaterales disminuyen o desaparecen hacia el segundo o tercer ciclo de píldoras.

El efecto colateral mayor de la píldora que se ha comprobado es una tendencia aumentada a formar coágulos en la sangre.

Algunas mujeres que toman la píldora muestran cambios asintomáticos en la química del cuerpo, como un aumento en los triglicéridos de la sangre y el colesterol, pruebas anormales de azúcar (tolerancia a la glucosa) y cambios en el metabolismo del agua y del sodio, a menudo estas son transitorias y por lo general vuelven a su estado normal cuando se deja de tomar las píldoras.

MÉTODOS QUIRÚRGICOS.

Antes de efectuar la esterilización operatoria en cualquier miembro de la pareja, deberá ofrecerse a ambos una explicación amplia del procedimiento. Cada uno debe comprender que la esterilización no es una decisión que se debe tomar a la ligera o a la que se debe llegar a causa de tensiones psicológicas, como separación o divorcio. Aunque en teoría son reversibles los procedimientos que se efectúan en el varón y en la mujer. Debe insistirse en la permanencia del procedimiento hasta que se comprenda.

La esterilización del hombre se lleva a cabo por un procedimiento relativamente menor llamado vasectomía. Bajo anestesia local se efectúa una incisión de 2 a 3 cm sobre el vaso deferente a cada lado del escroto. Se aíslan los conductos, se seccionan y se ocluyen mediante ligadura de los extremos, coagulación de la luz, sepultamiento de los extremos ligados y cortados o empleo de grapas o tubería de polietileno con una llave de paso cuando se quiere efectuar un procedimiento reversible en potencia. Se aplican puntos absorbibles para cerrar la piel, y se recomienda al paciente que se aplique hielo cuando ocurran inflamación o dolor y que emplee un suspensorio escrotal durante una semana. Se requieren cuatro a seis semanas y seis a 36 eyaculaciones para eliminar los espermatozoides restantes del vaso deferente. Se valorará a intervalos de seis a 12 meses para garantizar que no se ha restablecido la fecundidad por recalcificación.

Entre los efectos colaterales de la vasectomía están hematomas, granuloma

mas espermáticos y reanastomosis espontánea.

La vasectomía se puede invertir mediante técnicas microquirúrgicas, pero solo con proporción de 14 a 55% de restablecimiento de fecundidad. El factor primario parece ser una reacción autoinmunitaria desarrollada por el sujeto contra sus propios espermatozoides durante el período de supresión, puesto que la vasectomía restablece la permeabilidad de los vasos deferentes en 85% de los casos.

La esterilización femenina se efectúa por diversos procedimientos abdominales y vaginales. En la mayor parte de los casos se realiza sección de la trompa de falopio.

El método más empleado es la ligadura tubaria. Se lleva a cabo laparatomía posparto, que suele efectuarse con una incisión subumbilical pequeña uno a tres días después del parto, bajo anestesia general. Se aíslan las trompas, que a continuación se pueden triturar, ligar o toponar.

La minilaparatomía de intervalo consiste en una incisión suprapúbica con técnicas semejantes para interrumpir la permeabilidad tubaria.

El cualquier parte del ciclo puede efectuarse un nuevo método, la esterilización laparoscópica. Se ejecutan una a dos incisiones en la región subumbilical, se distiende el abdomen con gas dióxido de carbono, se introduce el laparoscopio a través de un trocar, y se identifica la trompa de falopio. Se sujeta la porción istmica de la trompa y se coagula e incluso puede seccionarse en sentido transversal. Se repite el mismo pro

cedimiento en la otra trompa.

Las complicaciones de los procedimientos de esterilización femenina consisten en quemaduras por coagulación de los intestinos, perforación intestinal, infección, hemorragia y efectos adversos de la anestesia.

La inversión de la ligadura tubaria dependerá de muchos factores, incluso de la parte de trompa que se extirpó, la presencia o ausencia de fimbrias o la longitud residual de trompa. Con las técnicas microquirúrgicas es posible lograr una proporción de embarazos aproximadamente de - 70%.

En la actualidad se está investigando una forma reversible de esterilización, que incorpora el empleo de un histeroscopio para la visualización directa de las aberturas tubarias en el útero. Se inyecta en las aberturas un silicón que se endurece y ocluye la sección cornual de la trompa de falopio.

La histerosalpingografía confirma el éxito del procedimiento y se dejan hilos en la cavidad uterina para la extracción futura de los tapones.

MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS.

Los anticonceptivos producen un gran número de chistes populares que denotan una gran salida de angustia acumulada y difícilmente manejadas.

Fantasías sobre la producción de cáncer (como castigo) producidos por la píldora, el dispositivo intrauterino y los espermaticidas, conllevan una intensa angustia de la cual no escapan muchos clínicos.

Todos estos hechos nos hacen ver la tonalidad emocional que contiene la utilización de métodos anticonceptivos, lo cual lleva altas tasas de abandono de los métodos con sus graves consecuencias.

ASPECTOS SOCIALES.

Durante milenios la especie humana, para sobrevivir, necesitaba reproducirse de prisa, debido a las altas tasas de mortalidad. Los hijos fueron riqueza y seguridad, no sólo para la familia, sino para la especie en su tonalidad.

El valor dado a la reproducción se ha plasmado en la infinita variedad de rituales para la fertilidad descubiertos por los antropólogos, en todas las culturas de todas las épocas.

El cambio radical de actividad de los últimos cien años tiene que enfrentar una ruptura dialéctica del modelo milenario, para sustituirlo por otro, donde la reproducción humana sin límite, es peligrosa para la familia y para la misma sociedad.

El cambio social y adaptación a la idea de limitación de los nacimientos ha sido muy rápida, pero se puede observar la lucha interior del hombre.

Esa lucha entre razón y emoción está presente en la consulta médica, donde se maneja el tema de la anticoncepción. Por eso la consulta de la planificación familiar involucra necesariamente aspectos orgánicos, psicológicos y sociales como una unidad.

ASPECTOS ETICOS.

La infecundidad artificial.

La norma ética, sin excepciones, basada en los principios de la Ley Natural y de la naturaleza Fisiológica de Los órganos de reproducción determina que cualquier medio que se use con el fin exclusivo y directo de impedir el natural acceso del semen masculino a la matriz sin base moral ninguna, nunca se puede tolerar.

La Infecundidad natural.

Tanto el tener hijos como el no tenerlos es un elemento que ha de regirse por la razón, salvaguardando los derechos naturales de la vida conyugal.

Hay circunstancias éticas en la que los esposos de común acuerdo, sin violar los derechos, pueden buscar apoyados en razones justas, los momentos en que la misma naturaleza rehuye la concepción para tener relaciones sexuales matrimoniales.

La base de ésta parte se apoya moralmente en el punto de la Naturaleza, - la cual no siempre ofrece un terreno propicio a la generación, Los esposos, con derecho a las relaciones sexuales en línea continua, pueden - ejercer estos derechos constantemente, o tan sólo en los tiempos infecun- dos, ni tienen la debida orientación ética.

El fin es evitar la concepción, por especiales motivos y el medio ha de ser natural, es decir, sin poner los esposos nada de su parte para impedir la concepción.

Para ello se utilizan los diversos métodos llamados de "continencia pe - riodica" por ser el medio ético en que se obtiene un fin moral y se usan medios lícitos para conseguirlo.

FACTORES CULTURALES.

Los valores e ideales de la civilización a cerca de la existencia humana se encuentran arraigados en lo más íntimo de nuestro ser. Algunos valores culturales favorecen la planificación familiar y otros se oponen a - ella.

Valores culturales que favorecen la planificación familiar:

- . El deseo de los padres de procurar a los hijos una vida mejor que la que ellos tuvieron.
- . El deseo de asegurar una infancia feliz.
- . Evitar las dificultades que se tienen durante el embarazo, así como - lo difícil que resulta educar a la prole.

- . El deseo de progresar en la escala social, cuyos peldaños son las etapas de vida y la independencia económica.
- . El deseo de muchos adultos de completar su educación interrumpida por las responsabilidades del matrimonio.

Valores culturales que se oponen a la planificación familiar:

- . Considerar una familia numerosa pues ésta es fuente de seguridad para el futuro, así como una manifestación de hombría.
- . El deseo de tener hijos varones, lo cual impulsa frecuentemente a los padres con hijas a procrear más familia de la que pueden mantener y educar.

FACTORES RELIGIOSOS.

Se ha comprobado que todas las religiones aprueban el espaciar los embarazos, algunas restringen los métodos empleados; la mayoría de las sectas protestantes no se oponen a que se evite el embarazo por medio de anticonceptivos de cualquier tipo.

El punto de vista católico recalca las obligaciones del individuo de procrear y de su responsabilidad paternal, aprobando los métodos naturales para el control de la natalidad.

Necesidades que favorecen la planificación familiar:

- . La mujer puede sentir la necesidad de una relación sexual y se ve impedida a tenerla por el temor de quedar embarazada.

- . *La mujer desea limitar el número de hijos, a fin de atender mejor los que ya tiene.*
- . *La mujer tiene la necesidad de considerarse buena madre.*

Necesidades que se oponen a veces a la planificación familiar:

- . *La mujer puede sentir la necesidad de tener un hijo para agradar a su esposo o bien como último recurso para que su novio se case con ella.*
- . *La mujer puede sentir la necesidad de tener un hijo, alguien que dependa solamente de ella.*
- . *La mujer desea desquitarse de la sociedad y engendrar muchos hijos.*

Temores hacia el uso de métodos anticonceptivos.

- . *Puede ser que las personas tengan miedo e ideas erróneas a cerca de los procedimientos y de sus consecuencias de conectarse con cualquier método anticonceptivo.*
- . *Miedo a someterse a un examen de la pelvis.*
- . *Miedo a perder la capacidad para el placer sexual.*
- . *Miedo a la esterilización o a ser incapaz de procrear.*
- . *Miedo a que se produzcan enfermedades a consecuencia del uso de anticonceptivos.*
- . *Miedo de parte del varón a perder la condición de jefe de familia, la pérdida de respeto así mismo, pérdida de respeto entre las personas de su propio nivel social y cultural, pérdida de la capacidad para dar y recibir placer sexual.*

MASTURBACION

La masturbación conserva muchos de los aspectos de tabú, por lo que es de gran importancia lograr una comprensión del papel de la masturbación en el desarrollo psicosexual, así como los efectos de la misma en nuestras actitudes hacia la sexualidad en general.

Masturbación.

Manipulación de parte de los individuos de sus propios cuerpos, por lo común los órganos genitales, para placer sexual específico.

Con frecuencia a la masturbación se le llama "autoerotismo" búsqueda del placer sexual con el yo, y a veces está relacionado con alguna fantasía sexual, ya sea estando el individuo despierto o durante el sueño.

ACTITUDES SOBRE LA MASTURBACION.

El hablar sobre masturbación a menudo causa incomodidad, la cual parece tener por lo menos tres fuentes:

- La primera, es nuestro punto de vista histórico acerca de la masturbación y sus consecuencias para el individuo.*
- La segunda fuente de incomodidad es el período de vida en que la masturbación se aprende y consolida en el estilo de vida sexual de una persona.*
- Una tercera fuente de malestar sobre la masturbación la constituye la creencia de que la misma desvía la sexualidad de las relaciones sexuales aprobadas.*

En la adolescencia a partir de la pubertad, la tensión sexual se encuentra a niveles muy altos debido a la gran cantidad de hormonas que se liberan.

La sociedad trata de reprimir la urgencia de satisfacción sexual que tiene el joven utilizando diversos medios, algunos de los cuales son utilizados con frecuencia y son la causa del temor a consecuencias físicas derivadas de sus actos.

La masturbación es la estimulación de los órganos genitales para producir placer. Puede ser automasturbación, masturbación mutua, masturbación en grupo, etc.

"La masturbación adolescente, parece ser exacto, la gratificación genital autoerótica, se vuelve regulador de tensión y el portador de fantasías que acompañan en su contenido y patrón cambiantes las varias formas o fases de desarrollo adolescente". (29)

En este período de la vida, la masturbación cumple la importante función específica de elaborar el placer previo.

Las fantasías asociadas con estas formas de obtener placer, facilitan el desarrollo psicosexual ya que promueven la unión y delineación de imágenes mentales que aproximan el sujeto con el deseo del objeto.

(29) La educación de la Sexualidad Humana. Sociedad y Sexualidad. C.O.N.A.P.O. Vol. III, p. 145.

Por otra parte, existe la masturbación mental presente con más frecuencia en la mujer como una forma gratificante sin sensación erótica consciente y reconocida.

Para la mayor parte de las personas la masturbación no es la liberación-mecánica de líquido (entre los varones) o la tensión sexual (entre las mujeres) de un depósito sexual rebotante.

Debe aprenderse y practicarse como cualquier otra destreza social está influenciada por factores sociales y nuestra cultura nos proporciona un complejo de actitudes acerca de la misma.

La principal importancia de la masturbación para muchas personas es su asociación con el desarrollo y la prueba de fantasías o guiones sexuales:

DESVENTAJAS DE LA MASTURBACION.

La masturbación adolescente resulta nociva para el desarrollo sexual cuando se fija en las formas de gratificación infantil, es decir, cuando no ayuda al sujeto a adquirir las formas de gratificación sexual adulta.

Otra desventaja de la masturbación se debe al conocimiento que la sociedad tiene de ésta. El joven al hacerlo, generalmente teme un contagio, piensa que su conducta es inadecuada y busca apresurar la actividad para terminar lo más pronto posible, lo que puede originar disfunciones sexuales en su vida adulta.

Los sentimientos de los jóvenes sobre la masturbación eran que era malo o inmoral, que podía afectar su capacidad para el estudio o su salud física y mental, así como otros pensaban que era signo de inmadurez, o que podía tener efectos negativos en su capacidad sexual posterior.

Los jóvenes en la actualidad todavía bromean acerca de la masturbación - en formas que sugieren que ésta causará estigmas físicos, hablan de, crecimiento del vello en la palma de la mano, de párpados caídos, de fatiga, a su vez expresan el temor de que altere la forma de sus órganos genitales externos.

APRENDIZAJE SOBRE MASTURBACION.

Los conceptos más antiguos sobre los peligros de la masturbación se han reducido tanto en significado como en importancia, persisten las sanciones religiosas, así como los puntos de vista que subrayan los posibles peligros de la excesiva masturbación con su supuesta influencia en el ajuste social.

El clima que envuelve a la masturbación en el momento presente, es que - constituye una parte necesaria del crecimiento que muchos hombres practicarán y que mientras no sea excesiva o se practique en momentos inapropiados, no es peligroso, se considera que el proceso normal del desarrollo implica renunciar a la masturbación cuando comienza la experiencia sociosexual, en particular después de iniciada la actividad sexual regular en el matrimonio.

Todavía se considera una actividad que debe restringirse a la adolescencia pero ofrecen poca o ninguna información al respecto.

Los limitados canales de información que hacen difícil que se aprendan y aceptan otras formas de sexualidad o afectan también el aprendizaje y aceptación de la masturbación.

Se deja a los jóvenes que la descubran por sus propios medios y que aprendan de sus compañeros o de los libros que es posible hallar placer y liberación sexual por uno mismo.

Puesto que el aprendizaje sexual tiene lugar en su ambiente dominado por los amigos, generalmente secreto o pasado por alto por los padres, la información y valores del mundo de los amigos son críticos al definir el significado y la importancia de la masturbación.

Por lo común ésta comienza al principio de la adolescencia. El conocimiento acerca de las partes del cuerpo y de su potencial respecto a la actividad sexual es ocultado por los padres de una mayoría de niños y adolescentes. Como consecuencia gran parte de los jóvenes aún los que se masturban, poseen información escasa al respecto y a menudo ninguna.

Los muchachos obtienen sus primeras informaciones sobre este tema de los nombres vulgares que a la masturbación dan en la adolescencia temprana. Las jovencitas de esa edad generalmente se hallan al margen de este patrón de bromas, así como de las actitudes y la información que el mismo proporciona.

Los chicos informan que aprendieron acerca del tema por numerosos canales.

Algunos dicen que la descubrieron ellos solos, a veces como resultado de tocarse sus propios órganos genitales cuando sus penes se hallaban erectos o parcialmente erectos.

Una segunda fuente es la conversación con los amigos. Este quizá se produzca en situaciones no sexuales o en discusiones directas o indirectas sobre masturbación; que luego pueden conducir a la experimentación privada. Las mujeres pueden tener conocimiento de la masturbación, pero no saben como practicarla. Durante la adolescencia tienen a aprender sobre ella, pero no siguen inmediatamente con la práctica.

Parte del aprendizaje y la primera experiencia del hombre ocurre en la temprana y media adolescencia por lo tanto va asociada con los sentimientos y valores del hombre, durante ese período. Por lo contrario las jovencitas tienden a avanzar más lentamente, algunas comienzan al principio, otras al final de la adolescencia y otras más a la edad adulta.

En casi todos los casos las condiciones del aprendizaje de la masturbación, tanto para el hombre como para la mujer engendran culpa y ansiedad. Es una práctica secreta, a la que se responde en forma ambivalente, por parte de los compañeros y que es desaprobada en comparación con lo real que constituye el comportamiento sociosexual.

ASPECTOS RELIGIOSOS SOBRE MASTURBACION.

La masturbación se considera formativa del carácter ya que se cree representa una forma de control de uno mismo sobre un fuerte impulso sexual. Este punto procede en parte de doctrinas religiosas que indican que la actividad sexual, incluyendo la masturbación es mala y que el sexo es un poderoso instinto que pone a prueba la fuerza de voluntad de una persona para conformarse a los valores religiosos. El resistir tan imperiosa urgencia demuestra sometimiento a los principios de la religión.

Declaración del Vaticano sobre masturbación.

La doctrina tradicional católica dice que la masturbación constituye una grave transgresión moral.

Se ha dicho que la Psicología y la Sociología muestran que la misma es un fenómeno normal del desarrollo sexual, especialmente entre los jóvenes. Se ha afirmado que solo implica verdadera y grave falta en la medida que el sujeto ceda deliberadamente al placer solitario que se apodera del ser, porque en ese caso el acto estaría de manera radical en oposición con la comunicación amorosa entre personas de diferente sexo. (30)

Semejante punto de vista está en contradicción con la enseñanza y la práctica pastoral de la Iglesia Católica.

(30) *Sexualidad y Cultura*. John Geyron. p. 213.

El magisterio de la Iglesia y el sentido moral de la fe, han declarado - que la masturbación es intrínseca y seriamente un acto de perversión.

La razón principal es que, cualquiera que sea el motivo para actuar en - esta forma, el uso deliberado de la facultad sexual fuera de las relacio - nes conyugales normales contradice esencialmente la finalidad de dicha - facultad, ya que carece de la relación sexual requerida por el orden mo - ral o sea la relación que lleva a cabo "el pleno sentimiento de mutua - entrega y de procreación en el contexto del verdadero amor".

Todo ejercicio deliberado de la sexualidad debe estar reservado a una re - lación regular. Aún si no puede probarse que las escrituras condenan - este pecado de todo explícito, la tradición de la Iglesia ha interpreta - do correctamente que el mismo es condenado en el Nuevo Testamento, cuan - do habla de "impureza" y otros vicios contrarios a la castidad y la con - tinencia. (31)

(31) *De la declaración Vaticana sobre Etica Sexual.
29 de diciembre de 1976.*

RESULTADOS

C U A D R O No. 1

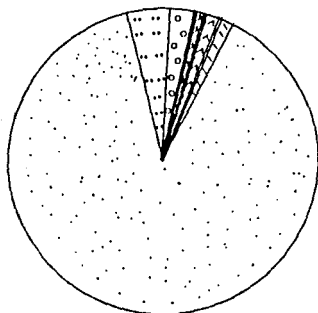
RELIGION DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS DE ENFERMERIA DEL NIVEL
MEDIO SUPERIOR DE LA U.N.A.M.

RELEGIION	Fo.	%
CATOLICA	670	92.3
EVAGELISTA	13	2.0
MORMON	3	.4
TESTIGOS DE GEOVA	3	.4
PROTESTANTES	1	.1
MUSULMANA	1	.1
ADVENTISTA DEL 7o.DIA	3	.4
ESPIRITUALISTA	1	.1
ATEOS	31	4.2
TOTAL	726	100.0 %

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

G R A F I C A No. 1

RELIGION DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS DE ENFERMERIA DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR DE LA U.N.A.M.



CATOLICA	92.3 %	
EVANGELISTA	2.0 %	
MORMON	.4 %	
TESTIGOS DE GEOVA	.4 %	
PROTESTANTES	.1 %	
MUSULMANA	.1 %	
ADVENTISTA DEL 7o.DIA	.4 %	
ESPIRITUALISTA	.1 %	
ATEOS	4.2 %	

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA, MEXICO D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

ANALISIS DEL CUADRO N° 1

De acuerdo a los resultados obtenidos se encontró que el 92.3% de la población estudiantil pertenecen a la religión católica, 4.2% dicen no pertenecer a ninguna de estas religiones, el 2% corresponde a la religión evangélica, .4% a los mormones, al igual que los testigos de Geová y Adventistas del Séptimo día; el resto de la población estudiada practican la religión Protestante, Musulmana y Espiritualista, siendo ésta el .1% respectivamente.

C U A D R O N o . 2

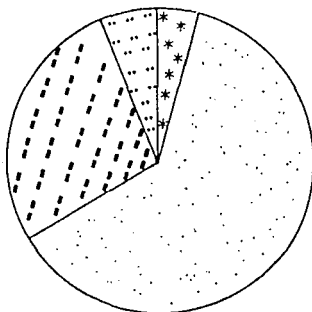
EDAD DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS DE ENFERMERIA DEL NIVEL
MEDIO SUPERIOR DE LA U.N.A.M.

EDAD	Fo.	%
14 - 17 AÑOS	450	62
18 - 21 AÑOS	219	30
22 - 25 AÑOS	33	5
26 EN ADELANTE	24	3
TOTALES	726	100 %

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA, MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

G R A F I C A No. 2

EDAD DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS DE ENFERMERIA DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR DE LA U.N.A.M.



14 - 17 AÑOS	62 %	
18 - 21 AÑOS	30 %	
22 - 25 AÑOS	5 %	
26 EN ADELANTE	3 %	

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA, MEXICO. D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 2

La edad de la población estudiantil encuestada fluctúa principalmente entre los 14 y 17 años, siendo ésta un 62% del total, la edad entre los 18 a 21 años corresponde al 30%, el 5% la constituye el grupo de 22 a 25 años de edad, el 3% lo ocupan los estudiantes de 26 años en adelante. Por lo anterior se deduce que la mayor parte de la población está constituida por adolescentes y jóvenes, cuyo comportamiento sexual es producto de los cambios biológicos, psicológicos y socioculturales de nuestra época.

Durante esta etapa buscan el establecimiento de una identidad sexual con capacidad de mantener relaciones duraderas heterosexuales, que unan las expresiones sexuales de tipo genital con las emociones de ternura y amor.

Sabemos que el adolescente hace un esfuerzo muy grande por desarrollarse y llegar a la madurez es por tanto un deber ayudarlo, orientándolo y informándolo para que disipen sus dudas e inquietudes sobre su propia sexualidad.

C U A D R O N o . 3

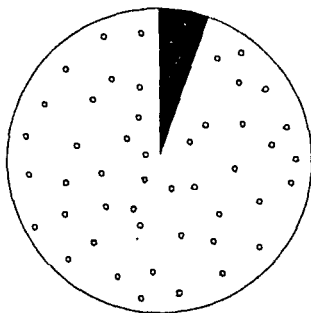
SEXO DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS DE ENFERMERIA DEL NIVEL
MEDIO SUPERIOR DE LA U.N.A.M.

S E X O	Fo.	%
FEMENINO	689	95
MASCULINO	37	5
T O T A L	726	100%

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA, MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

GRAFICA No. 3

SEXO DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS DE ENFERMERIA DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR DE LA U.N.A.M.



FEMENINO 95 % [0000000]

MASCULINO 5 % [■]

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

ANALISIS DEL CUADRO N° 3.

En el presente cuadro se puede observar que el 95% de la población - estudiantil universitaria de enfermería, pertenece al sexo femenino, - mientras que el 5%, lo ocupa el sexo masculino, que poco a poco se ha ido incorporando a la rama de enfermería, profesión que ha sido natamente del sexo femenino.

C U A D R O No. 4

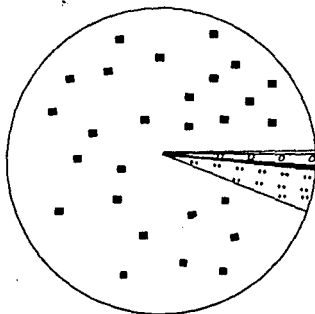
ESTADO CIVIL DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS DE ENFERMERIA DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR DE LA UNAM.

ESTADO CIVIL	Fo.	%
SOLTERA (O)	689	95.0
CASADA (O)	29	4.0
DIVORCIADA (O)	1	.1
UNION LIBRE	5	.7
NO COTESTARON	2	.2
TOTAL	726	100.0 %

FUENTE : ENCUESTA APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACAL. MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

GRAFICA No.4

ESTADO CIVIL DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS DE ENFERMERIA DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR DE LA UNAM.



SOLTERA	(O)	95.0 %	
CASADA	(O)	4.0 %	
DIVORCIADA	(O)	.1 %	
UNION LIBRE		.7 %	
NO CONTESTARON		.2 %	

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA, MEXICO, D.F. DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

ANALISIS DEL CUADRO Nº 4.

En el cuadro que corresponde al estado civil, se observa que el 95% de la población total son solteros, 4% son casados y el resto de la población que corresponde al 1% viven en unión libre o son divorciados y los que se abstuvieron de dar respuesta a esta pregunta.

Encontrándose ante una población joven y soltera, es necesario que se les proporcione Educación Sexual, ya que durante esta etapa de la adolescencia el problema sexual es el más delicado, de ahí la importancia de capacitar al adolescente para ayudarlo a crear sus propios valores y actitudes que le permitan lograr su autodeterminación y vivir su sexualidad de una manera sana, positiva, consciente, responsable y placentera.

C U A D R O N o . 5

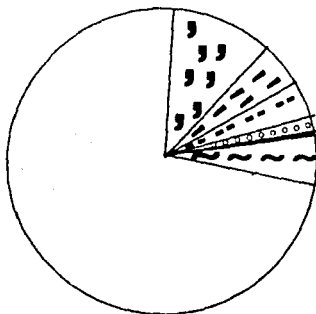
NIVEL ESCOLAR DE LOS PADRES DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR DE LA UNAM.

NIVEL ESCOLAR DE TUS PADRES	MADRE		PADRE		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
ANALFABETO (A)	53	7.3	32	4.4	85	11.7
PRIMARIA	510	70.3	440	60.6	950	130.9
SECUNDARIA	89	12.2	135	18.6	224	30.9
C. COMERCIAL	32	4.4	39	5.4	71	9.8
PREPARATORIA O EQUIVALENTE	31	4.3	34	4.7	65	8.9
LICENCIATURA	9	1.2	31	4.3	40	5.5
FINADO (A)	2	.3	15	2.0	17	2.3
TOTAL	726	100.0	726	100.0	1 452	200.0

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO, D.F. DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990, AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

G R A F I C A No. 6

NIVEL ESCOLAR DE LA MADRE DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR DE LA UNAM.

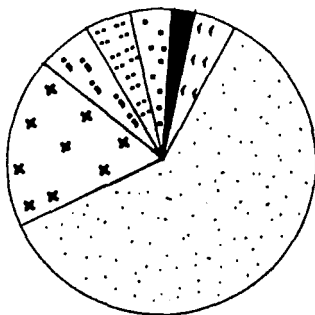


MADRE		
ANALFABETO (A)	7.3 %	
PRIMARIA	70.3 %	
SECUNDARIA	12.2 %	
C. COMERCIO	4.4 %	
PREPARATORIA O EQUIVALENTE	4.3 %	
LICENCIATURA	1.2 %	
FINADO (A)	.3 %	

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA, MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990, AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

GRAFICA No. 5 BIS

NIVEL ESCOLAR DEL PADRE DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR DE LA UNAM.



ANALFABETO	4.4 %	
PRIMARIA	60.6 %	
SECUNDARIA	18.6 %	
C. COMERCIAL	5.4 %	
PREPARATORIA O EQUIVALENTE	4.7 %	
LICENCIATURA	4.3 %	
FINADO	2.0 %	

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

ANÁLISIS DEL CUADRO N° 5 y 5 (BIS).

En relación al Nivel escolar maternos de los estudiantes encuestados - se obtuvo, que el 7.3%, son analfabetas, el 70.3% cursaron solo la primaria, el 12.2% la secundaria, el 4.4% carrera comercial y el 4.3% cursó la preparatoria o su equivalente, el 1.2% tienen una licenciatura, - por lo que respecta al padre, el 4.4% son analfabetas, el 60.6% cursó la primaria, el 18.6% secundaria, el 5.4% carrera comercial, y el 4.7% preparatoria o equivalente y el 4.3% licenciatura.

Indudablemente nos encontramos con una población que por varios motivos no tuvieron la oportunidad de alcanzar un nivel superior en sus - estudios, dandonos como consecuencia una deficiente educación, principalmente en lo que se refiere a sexualidad, la cual se reflejará en la Educación Sexual que impartieron e impartirán a sus hijos.

C U A D R O No.6

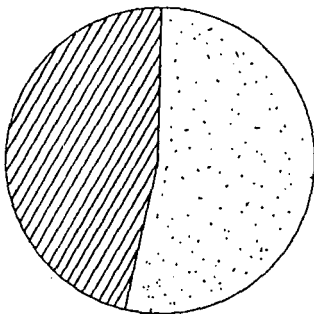
ORIENTACION SOBRE SEXUALIDAD DE PARTE DE LOS PADRES HACIA
LOS HIJOS.


¿TUS PADRES TE HAN ORIENTADO SOBRE SEXUALIDAD ?	Fo.	%
SI	383	53
NO	343	47
T O T A L	726	100 %


FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL MEDIO SUPERIOR, TURNO
MATUTINO Y VESPERTINO, DEL LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
ZARAGOZA E IZTACALA, MEXICO. D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE
1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

G R A F I C A N o. 6

ORIENTACION SOBRE SEXUALIDAD DE PARTE DE LOS PADRES HACIA
SUS HIJOS.



SI 53 % 

NO 47 % 

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO, D.F. DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

ANALISIS DEL CUADRO N° 6.

En relación a la pregunta de Orientación sobre sexualidad de parte de los padres hacia sus hijos, se obtuvo que un 53% si les proporcionan orientación y el 47% no.

C U A D R O No. 7

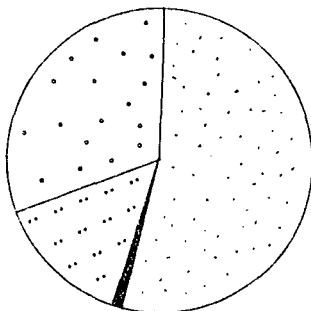
ACTITUD DE LOS PADRES ANTE SUS HIJOS CON RESPECTO A LA EDUCACION SEXUAL.





¿ QUE ACTITUD TOMAN TUS PADRES ANTE TI ?	Fo.	%
HABLAN ABIERTAMENTE SOBRE EL	381	52.5
LES CAUSA VERGUEZA O PENA	111	15.3
EVITAN HABLAR DE LOS TEMAS	227	31.2
NO CONTESTARON	7	1.0
T O T A L	726	100.0

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA, MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

G R A F I C A No. 7

ACTITUD DE LOS PADRES ANTE SUS HIJOS CON RESPECTO A LA EDUCACION SEXUAL.



HABLAN ABIERTAMENTE SOBRE EL	52.5 %	
LES CAUSA VERGUENZA O PENA	15.3 %	
EVITAN HABLAR DE LOS TEMAS	31.2 %	
NO CONTESTARON	1.0 %	

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

ANALISIS DEL CUADRO N° 7

Las respuestas dadas por los estudiantes de Enfermería, respecto a la actitud que toman sus padres ante ellos, al impartirles Educación Sexual, se obtuvo que el 52.5% hablan abiertamente, el 31.2% evitan hablar de los temas, el 15.3% les causa pena o vergüenza, el 1% de Los-estudiantes evitó dar una respuesta.

C U A D R O No. 8

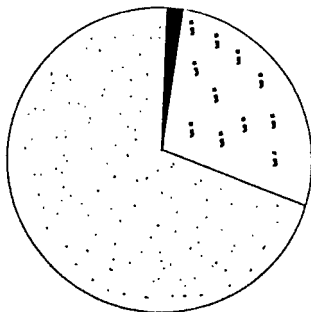
CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE SEXUALIDAD

CONOCIMIENTOS SUFICIENTES O NECESARIOS ACERCA DE TEMAS SEXUALES	Fo.	%
SI	210	28.9
NO	505	69.6
NO CONTESTARON	11	1.5
T O T A L	726	100.0 %

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA, MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

G R A F I C A N o . 8

CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE SEXUALIDAD.



SI	28.9 %	
NO	69.6 %	
NO CONTESTARON	1.5 %	

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA, MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

ANALISIS DEL CUADRO N° 8

En este cuadro los alumnos nos dicen que el 69.6% de los padres no poseen los conocimientos suficientes o necesarios acerca de temas sexuales y solo el 28.9% nos dicen tenerlos, el 1.5% se abstienen de dar respuesta.

ANALISIS DE LOS CUADROS N° 6, 7 y 8

Por los resultados obtenidos en el cuadro N° 6 nos podemos dar cuenta - que la mayoría de la población estudiantil ha sido orientada por parte de sus padres en relación a temas sexuales, siendo esta información deficiente, escasa e inexacta (datos obtenidos del cuadro N° 8), consecuencia del nivel escolar tan bajo que prevalece entre los padres, por lo que desafortunadamente hay que luchar contra tabúes, consejos, y mala información que en conjunto son causa de anormalidades y ansiedades, pues salvo excepciones la información sexual generalmente es recibida de los amigos y pocas veces de los padres y de los maestros; esto es crítico en el adolescente pues cuando recibe información acerca del sexo por parte de una persona adecuada ya ha tenido experiencias al respecto.

Para los padres la dolascencia constituye un problema en la mayoría de las veces por sus propios conflictos sexuales. Cuando no es posible la comunicación abierta y franca las actitudes de los padres pueden ser de indiferencia, vergüenza, pena, repulsión o renuncia (cuadro N° 7). La mayoría de las veces la madre se limita hablar únicamente con sus hijas y solamente de temas limitados como la menstruación, mientras que el padre hace algo equivalente con el hijo.

Tomando en cuenta la carga emocional y sexual del adolescente idealmente debe haber discusiones abiertas entre padres e hijos comentarios sinceros acerca de los problemas enfrentados por los padres durante la pubertad. Todo esto puede ser fundamental en el establecimiento de la re

lación con el adolescente, si dicha información no es posible, el consejo o pláticas con un especialista o médico pueden ser de utilidad, cuando hay tanta curiosidad e inquietud acerca de temas como la maduración sexual, relaciones sexuales, orgasmo, enfermedades de Transmisión Sexual, Planificación Familiar, etc. La educación Sexual debe empezar desde el nacimiento y formar parte de la vida familiar y de la educación integral.

La sexualidad es un potencial con que se nace, que debe desarrollarse y perfeccionar, por lo que se necesita de un medio favorable y de contactos adecuados con las personas y se debe aceptar e incorporar a la estructura de la personalidad del niño para obtener una adaptación sexual conveniente.

C U A D R O No.9

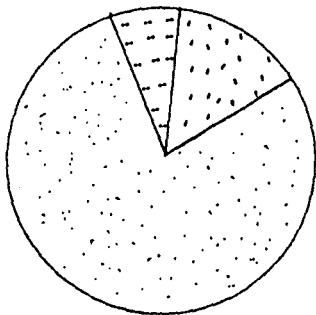
LA RELIGION ACEPTA LA EXPRESION SEXUAL EN TODOS LOS ASPECTOS.

¿ TU RELIGION PERMITE ESTA EXPRESION SEXUAL?	Po.	%
SI	112	15
NO	559	77
NO CONTESTARON	55	8
T O T A L	726	100 %

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZIACALA, MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

GRAFICA No. 9

LA RELIGION ACEPTA LA EXPRESION SEXUAL EN TODOS SUS ASPECTOS.



SI	15	%	[Horizontal Line Pattern]
NO	77	%	[Dotted Pattern]
NO CONTESTARON	8	%	[Vertical Line Pattern]

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA, MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

ANALISIS DEL CUADRO N° 9

El 77% de los estudiantes encuestados nos dicen que su religión acepta la expresión sexual en todos sus aspectos, el 15% nos dice lo contrario y el 55% no da respuesta.

Por estos datos nos podemos dar cuenta que la población estudiantil - no está informada acerca de las normas que su religión confiere, remitiéndonos al cuadro N° 1 donde se obtuvo que el 92.3% practica la religión católica, siendo éste una de las muchas religiones que prohíben el aborto, las relaciones premaritales, el uso de métodos anticonceptivos no naturales, etc.

C U A D R O No.10

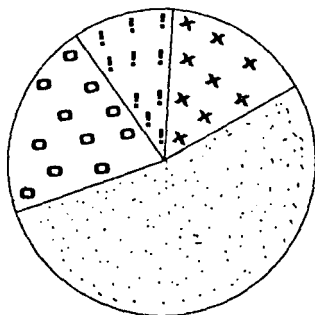
LA SOCIEDAD ACEPTA LA EXPRESION SEXUAL EN TODOS SUS ASPECTOS.

¿ TU SOCIEDAD ACEPTA LA EXPRESION SEXUAL ?	Fo.	%
SI	122	17
NO	376	51
SOLO ALGUNOS ASPECTOS	161	21
NO CONTESTO	78	11
T O T A L	726	100 %

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990, AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

GRAFICA No. 10

LA SOCIEDAD ACEPTA LA EXPRESION SEXUAL EN TODOS SUS ASPECTOS.



SI	17	%	X X X X X
NO	51	%
SOLO ALGUNOS ASPECTOS	21	%	O O O
NO CONTESTO	11	%	! ! ! !

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

ANALISIS DEL CUADRO N° 10.

La sociedad acepta la expresión sexual en todos sus aspectos. En relación a esta pregunta, se obtuvo que el 51% de las respuestas emitidas niegan tal expresión, el 21% dicen que sólo lo permite en algunos aspectos, el 17% que si aceptan la expresión sexual en todos sus aspectos y el 11% no contestó.

Los adolescentes y adultos jóvenes que conforman la población universitaria de enfermería, se encuentran ante la difícil situación de nuestra sociedad urbana, la cual es competitiva, despersonalizada y en muchas ocasiones deshumanizada y ante la disyuntiva de someterse a las reglas tradicionalmente impuestas por la sociedad en general, o de revelarse contra las normas del mundo adulto.

C U A D R O N o.11

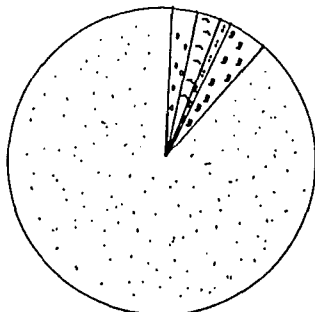
ACTITUD DE LOS PROFESORES ANTE LOS ALUMNOS CON RESPECTO A LA EDUCACION SEXUAL.

¿ QUE ACTITUD TOMAN TUS PROFESORES ANTE LA EDUCACION SEXUAL ?	Fo.	%
HABLAN CON PENA	16	2.2
HABLAN ABIERTAMENTE SIN PENA	656	90.4
REFLEJAN SUS PREJUCIOS SEXUALES	17	2.3
HABLAN CON MORBO	8	1.1
NO CONTESTARON	29	4.0
T O T A L	726	100.0 %

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990, AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

G R A F I C A No.11

ACTITUD DE LOS PROFESORES ANTE SUS ALUMNOS CON RESPECTO A LA EDUCACION SEXUAL.



HABLAN CON PENA	2.2 %	
HABLAN ABIERTAMENTE SIN PENA	90.4 %	
REFLEJAN SUS PREJUCIOS SEXUALES	2.3 %	
HABLAN CON MORBO	1.1 %	
NO CONTESTARON	4.0 %	

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA, MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 11

Por lo que se refiere a la actitud que toman los profesores ante sus alumnos con respecto a la Educación Sexual, se obtuvo que el 90.4% hablan abiertamente y sin pena, el 2.3% reflejan sus prejuicios sexuales, el 2.2% hablan con pena, el 1.1% habla con morbo y el 4% no contestó.

A pesar de que la mayoría habla abiertamente y sin pena, consideramos que muchos de éstos se sienten avergonzados y angustiados porque los sentimientos y conducta sexuales llevan tal carga emotiva que tocan facetas no exploradas y sensibles de su vida del alumno. Estos sentimientos se agravan por la sensación de falta de conocimientos que les crea un fuerte sentimiento de incompetencia e incrementa notablemente la incomodidad que se asocia con este tema.

C U A D R O No.12

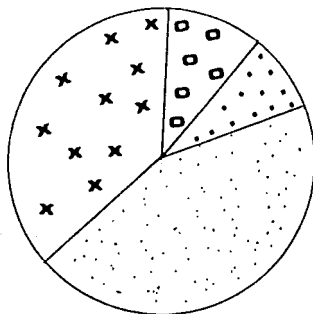
CONCEPTO QUE TIENEN LOS ALUMNOS SOBRE SEXUALIDAD

¿ QUE ES SEXUALIDAD ?	Fo.	%
TENER RELACIONES SEXUALES	73	10.1
DIFERENCIACION ANATOMO FISIOLOGICA	324	44.6
EXPRESION PSICOSOCIAL DE LOS INDIVIDUOS	269	37.0
NO CONTESTARON	60	8.3
T O T A L	726	100.0 %

FUENTE : ESMUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

G R A F I C A N o . 1 2

CONCEPTO QUE TIENEN LOS ALUMNOS SOBRE SEXUALIDAD



TENER RELACIONES SEXUALES	10.1 %	□ □ □ □
DIFERENCIACION ANATOMOFISIOLOGICAS	44.6 %	••••••••••
EXPRESION PSICOSOCIAL DE LOS INDIVIDUOS.	37.0 %	x x x x x x
NO CONTESTARON	8.3 %	* * * * *

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

Con respecto al concepto que tienen los alumnos sobre sexualidad el 44.4% de los alumnos responden en términos de diferenciación anatómica y fisiológica entre una mujer y un hombre el 37.0% optaron por dar la respuesta de ser la expresión psicosocial de los individuos.

El 10% dice que es el tener relaciones sexuales, y el 8.3% omitieron su respuesta; como nos podemos dar cuenta que la mayoría de los estudiantes tienen un concepto erróneo sobre que es la sexualidad, ya que no consideran a la sexualidad como algo que es inherente e implícito desde el momento de la concepción hasta la muerte, o como las características físicas que diferencian al ser humano como hombre o mujer.

Nos referimos a esta pregunta al sexo en un sentido de desarrollo individual, psicológico y biológico, con alusiones a las repercusiones sociales. En nuestra sociedad se ha ido modificando la actitud de ocultar los aspectos sexuales o radicalmente eliminarlos, aunque los criterios individuales siguen siendo muy variados, actualmente la tendencia es considerar al sexo como parte fundamental de la naturaleza humana y como tal debemos de esforzarnos en conocerla y comprenderla mejor, hay que considerar que una mejor y más adecuada Educación Sexual, será parte fundamental en la maduración de las generaciones que formarán nuestra sociedad del futuro.

C U A D R O No.13

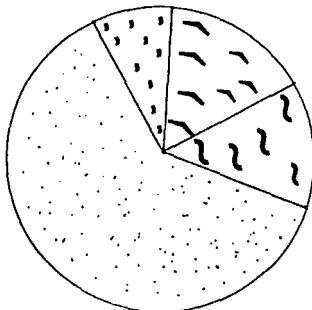
CONOCIMIENTO SOBRE LA ANATOMIA DEL APARATO REPRODUCTOR MASCULINO.





SOM PARTE DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES MASCULINOS	Fo.	%
VESICULA SEMINAL PENE, CLITORIS	118	16.3
VEJIGA, CONDUCTOS DEFERENTES, TESTICULOS	106	14.6
CONDUCTOS DEFERENTES, TESTICULOS, ESCROTO	438	60.3
NO CONTESTARON	54	8.8
T O T A L	726	100.0 %

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA, E IZTACALA. MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

G R A F I C A No. 13

CONOCIMIENTO SOBRE LA ANATOMIA DEL APARATO REPRODUCTOR MASCULINO.



VESICULA SEMINAL, PENE CLITORIS	16.3 %	
VEJIGA, CONDUCTOS DEFERENTES, TESTICULOS	14.6 %	
CONDUCTOS DEFERENTES, TESTICULOS ESCROTO	60.3 %	
NO CONTESTARON	8.8 %	

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

ANALISIS DEL CUADRO Nº 13

Con respecto al conocimiento de los órganos reproductores masculinos, - encontramos que el 60.3% de la población tiene el conocimiento exacto - al respecto, el 30.9% confunden las partes de otros sistemas con el - reproductor, el 8.8% restante omitió respuesta.

Reflejando así que la mayoría de los alumnos conocen como está conformado su sistema reproductor. Cabe señalar que un porcentaje considerable requiere de un reforzamiento en este tema.

C U A D R O No.14

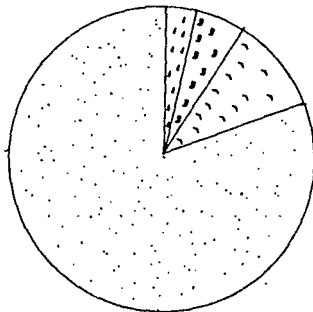
CONOCIMIENTO SOBRE LA ANATOMIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.

SON PARTE DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES FEMENINOS	Fo.	%
OVULO, MAMAS, RIÑON	19	3.0
TROMPAS DE FALOPIO, UTERO, CLITORIS	590	81.0
LABIOS MAYORES, PUBIS, URETRA,	79	11.0
NO CONTESTARON	38	5.0
T O T A L	726	100.0 %

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

G R A F I C A No.14

CONOCIMIENTO SOBRE LA ANATOMIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.



OVULO, MAMAS, RIÑON	3 %	
TROMPAS DE FALOPPIO, UTERO, CLITORIS	81 %	
LABIOS MAYORES, PUBIS URETRA.	11 %	
NO CONTESTARON	5 %	

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DEL LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 14

Tomando en cuenta el conocimiento que posee la población estudiantil - con respecto al aparato reproductor femenino, nos da que el 81% identifica dichas partes, el 14.4% confunde partes del sistema reproductivo y el 5% restante no da respuesta.

Dando por resultado que la mayor parte de la población posee los conocimientos necesarios al respecto. Sin descartar la implementación de cursos que reafirmen estos conocimientos.

A pesar que estas disciplinas son tratadas ~~comeramente~~ durante los años básicos de enseñanza y tomando en cuenta al maestro como principal - fuente de información.

C U A D R O N o.15

EDAD SUFICIENTE DEL ADOLECENTE PARA INICIAR SU VIDA SEXUAL.

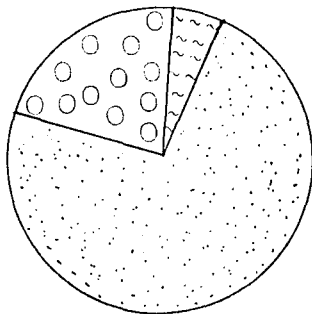
¿ TIENE LA EDAD SUFICIENTE
PARA TENER RELACIONES
SEXUALES ?

	Fo.	%
SI	163	22.6
NO	518	71.3
NO CONTESTARON	45	6.2
T O T A L	726	100.0 %

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO,D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

G R A F I C A N o.15

EDAD SUFICIENTE DEL ADOLESCENTE PARA INICIAR SU VIDA SEXUAL.



SI	22.5 %	⊙ ⊙ ⊙ ⊙ ⊙
NO	71.3 %
NO CONTESTO	6.2 %	~~~~~

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSIARIOS DE ENFERMERIA NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA, MEXICO. D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 15

Como se observa en el presente cuadro, el 71.3% de la población opina -
ron que el adolescente no tiene la edad suficiente para iniciar su vida
sexual activa, y el 22.5% consideró que sí tiene la edad suficiente -
para dicha relación.

Las razones que dieron a favor de las relaciones sexuales son: se en -
cuentra en la edad que siente atracción por el sexo opuesto, porque hay
un aumento de la libido? porque tiene la suficiente madurez física, son
útiles para que haya una buena relación con la pareja y demostrarle -
amor, para conocer qué es el sexo.

De las opiniones encontra fueron: les falta madurez psicológica, física
y emocional, por lo que solo las realizan por juego o por instinto, así -
como falta de responsabilidad sobre el tema, no sabe lo que quiere.

Dadas las características del período de desarrollo que los jóvenes -
están pasando muchas veces no están preparados emocionalmente para una
relación de este tipo en la cual un ser humano puede comprometerse inte -
gramente con otro, por ello algunas veces surgen sentimientos de culpa -
y depresión emocional, al terminar la relación sobre todo en la joven -
a la que la sociedad todavía presiona para que llegue virgen al matrimo -
nio.

Además este tipo de relaciones tiene muchas complicaciones sociales - como matrimonios precipitados por embarazos no planeados, madres solteras por la falta de responsabilidad de sus parejas para compartir este aspecto tan importante producto de dicha relación.

C U A D R O No.16

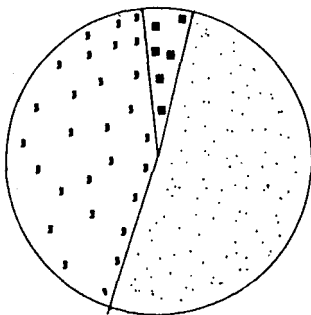
OPINION SOBRE LAS RELACIONES SEXUALES PREMARITALES

¿ ESTAS A FAVOR DE LAS RELACIONES PREMARITALES ?	Fo.	%
SI	311	42.8
NO	368	50.7
NO CONTESTARON	47	6.5
T O T A L	726	100.0 %

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA, MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

G R A F I C A No.16

OPINION SOBRE LAS RELACIONES SEXUALES PREMARITALES



SI	42.8 %	
NO	50.7 %	
NO CONTESTARON	6.5 %	

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO. D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

ANALISIS DEL CUADRO N° 16

Con respecto a las relaciones sexuales premaritales el 50.7% dió respuesta negativa, el 42.8% la dió afirmativa y el 6.5% no dió respuesta.

Entre las razones afirmativas dadas por los estudiantes, se encuentran: sólo si la pareja piensa casarse enseguida, para conocer un poco más del acto sexual y por placer, para saber que reacción se va a tener con la pareja en el momento del matrimonio y las razones en contra fueron: que debe haber respeto entre la pareja, no porque se da la irresponsabilidad paterna, o porque la mujer se desprestigia ante la sociedad y ya no se podría casar.

Las relaciones sexuales premaritales son el área más difícil de manejar por toda la problemática que encierran los jóvenes deben estar conscientes de las consecuencias y responsabilidades que se pueden adquirir, con el objeto que se tome la decisión más conveniente para un individuo.

El peligro de Enfermedades de Transmisión Sexual, el desajuste emocional, los sentimientos de culpa, la posibilidad de embarazos con todas sus consecuencias, son sólo algunas de las consideraciones que se deben hacer antes de tener relaciones premaritales.

También enumeraron los preceptos religiosos o morales como una de las razones principales para la restricción del coito antes del matrimonio, otras razones dadas fueron la pérdida del autorespeto, temor de poner-

*en peligro las razones matrimoniales futuras y temor de la pérdida del -
conyuge.*

C U A D R O N o . 1 7

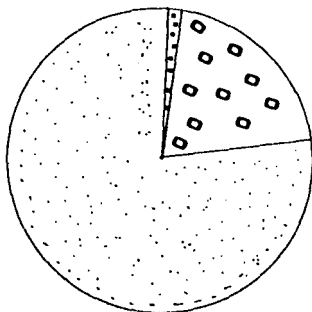
ALUMNOS QUE HAN INICIADO SUS RELACIONES SEXUALES

¿ HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES ?	Fo.	%
SI	152	20.9
NO	565	77.8
NO CONTESTARON	9	1.3
T O T A L	726	100.0 %

FUENTE : ENCUESTA APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, ESCUELA SUPERIOR DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

GRAFICA No. 17

ALUMNOS QUE HAN INICIADO SUS RELACIONES SEXUALES



SI	20.9 %	■ ■ ■ ■ ■
NO	77.8 %
NO CONTESTARON	1.3 %	● ● ● ● ●

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES, ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

ANALISIS DEL CUADRO N° 17

Sobre la pregunta si han tenido relaciones sexuales, 77.8% respondió negativamente y 20.9% afirmativamente, el 1.3% no contestó, hay que recordar que el 95% de nuestros encuestados son solteros.

Considerando que nuestra población de enfermería en su gran mayoría es del sexo femenino, podemos fundamentar que en nuestra sociedad no tener relaciones sexuales es prácticamente obligatorio para las mujeres, ya que así garantizan su valor como persona.

Concretamente se sostiene que ha aumentado la probabilidad entre los jóvenes de tener relaciones sexuales antes del matrimonio, que los estudiantes comienzan a practicarlas desde una edad temprana y consecuentemente se han incrementado las tasas de embarazos en solteras, de abortos provocados, de enfermedades en órganos genitales y de problemas del desarrollo psicosocial del individuo. Al respecto sería importante hacer reflexionar a las jóvenes para que se valoren como tales, simplemente por ser seres humanos, por su capacidad de dar, por características de su personalidad y no por la presencia o ausencia de la virginidad.

C U A D R O N o . 1 8

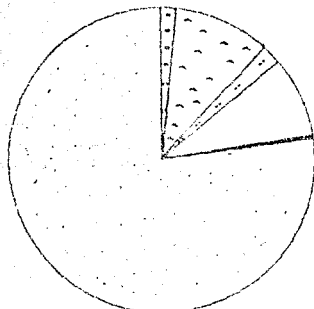
EDAD EN LA QUE INICIAN SU VIDA COITAL







¿ A QUE EDAD INICIASTE TUS RELACIONES SEXUALES ?		Fo.	%
15 - 17	AÑOS	76	10.5
18 - 20	AÑOS	61	8.4
21 - 25	AÑOS	14	1.9
26	EN ADALANTE	1	.1
ALUMNOS QUE NO HAN INICIADO SU VIDA COITAL		565	77.8
NO CONTESTARON		9	1.3
T O T A L		726	100.0 %

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES, ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBERRO DE 1991.

GRÁFICO No. 18

EDAD EN LA QUE INICIARON SU VIDA COITAL.



15 - 17	10.5 %	
18 - 20	6.4 %	
21 - 25	1.9 %	
26 EN ADELANTE	.1 %	
ALUMNOS QUE NO HAN INICIADO SU VIDA COITAL	77.8 %	
NO CONTESTARON	1.3 %	

YUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES SARAGOZA E IZAGALA, MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

ANALISIS DEL CUADRO N° 18

El 77.8% de los estudiantes aún no han iniciado su vida coital, el 10.5% las inicio entre la edad de 15 a 17 años, 8.4% de los 18 a 20 años, 1.9% entre 21 a 25 años y .1% de los 26 años en adelante.

En la actualidad se observa que las relaciones sexuales se realizan más precocemente que en épocas anteriores, lo que puede atribuirse a varios factores, entre los cuales está la maduración más temprana de los aparatos y sistemas anatomofisiológicos de los adolescentes y la influencia de factores socioculturales de nuestra época, como son los cambios relativos a la moral, religión, familia, los valores personales, la liberación femenina, la superación de los tabúes sexuales, etc., que no solo influyen en esta iniciación temprana, sino en mayor frecuencia y en condiciones poco saludables. Por otro lado la falta de información oportuna adecuada en el hogar y la escuela trae como consecuencia una serie de problemas psicosociales que se manifiestan de distintas maneras, dependiendo de la edad y el sexo. De aquí la necesidad de proporcionar educación sexual adecuada en forma dinámica acorde a la época en que se vive para lograr un equilibrio emocional.

C U A D R O No. 19

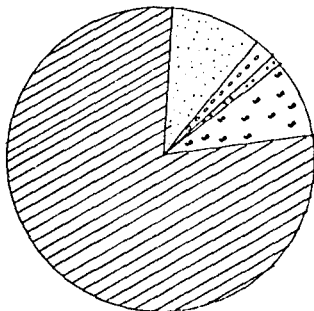
RELACIONES SEXUALES SATISFACTORIAS






¿ TUS RELACIONES SEXUALES SON SATISFACTORIAS ?	Fo	%
SI	74	10.0
NO	12	2.0
A VECES	66	9.0
ALUMNOS QUE NO HAN INICIADO SU VIDA COITAL	565	77.8
NO CONTESTARON	9	1.2
TOTAL	726	100.0 %

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA, MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

G R A F I C A No. 19

RELACIONES SEXUALES SATISFATORIAS



SI	10.0 %	
NO	2.0 %	
A VECES	9.0 %	
ALUMNOS QUE NO HAN INICIADO SU VIDA COITAL	77.8 %	
NO CONTESTARON	1.2 %	

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA, MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

ANÁLISIS DEL CUADRO N° 19

En cuanto a la satisfacción que les produce la relación sexual el 10% contestó positivamente y únicamente el 10% contestó negativamente o solo en algunas ocasiones.

Del 20% de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales el 50% de éstos no han logrado satisfacción en éstas, esto puede ser ocasionado por los prejuicios prevalentes en nuestra sociedad, lo que los puede llevar a limitar la entrega libre y sin tabúes y así lograr la satisfacción plena.

C U A D R O No. 20

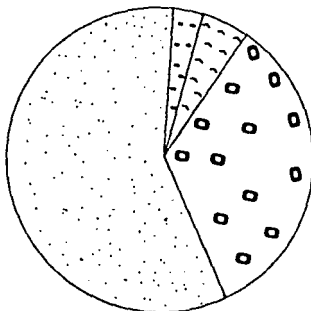
PRESION A TENER RELACIONES SEXUALES

¿ TE HAS VISTO PRESIONADA A TENER RELACIONES SEXUALES ?	Fo.	%
SI	21	3.0
NO	417	57.0
A VECES	37	5.0
NO CONTESTARON	251	35.0
T O T A L	726	100.0 %

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA, MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

GRAFICA No. 20

PRESION A TENER RELACIONES SEXUALES



SI	3.0 %	-----
NO	57.0 %
A VECES	5.0 %	~~~~~
NO CONTESTARON	35.0 %	■ ■ ■ ■

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA, MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

ANALISIS DEL CUADRO N° 20

En el presente cuadro se puede observar que el 3% de los estudiantes encuestados se han visto presionados a tener relaciones sexuales, así como el 5% algunas veces, por el contrario el 57% no, mientras el 35% se abstiene de dar alguna respuesta. Cabe señalar que de este 8% que se ha visto presionado a tener relaciones sexuales, se encuentran en una edad muy temprana en donde el adolescente no está preparado ni mental ni emocionalmente para hacerle frente a la responsabilidad que trae consigo una relación temprana de este tipo.

Las personas que presionan a los estudiantes adolescentes a tener relaciones sexuales usan como recurso el contenido erótico haciéndoles creer que con esta práctica reforzarán su masculinidad o femineidad y aumentarán su atractivo sexual tratando de demostrar que ya son adultos.

C U A D R O No. 21

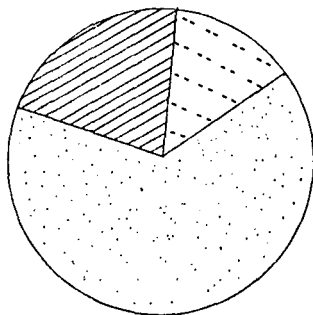
ALUMNOS QUE SE HAN MASTURBADO




¿ TE HAS MASTURBADO ?	Fo.	%
SI	102	14.0
NO	472	65.0
NO CONTESTARON	152	21.0
T O T A L	726	100.0 %

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

G R A F I C A No. 21

ALUMNOS QUE SE HAN MASTURBADO



SI	14 %	
NO	65 %	
NO CONTESTARON	21 %	

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS, DE ENFERMERIA, DE NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES, ZARAGOZA E IZTACALA, MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

ANALISIS DEL CUADRO N° 21

Por lo que se refiere a la masturbación nos encontramos con que el 14% de nuestra población encuestada se ha masturbado en alguna ocasión, el 66% niega tal práctica y el 21% no emite respuesta alguna.

El conocimiento acerca de las partes del cuerpo y de su potencial respecto a la actividad sexual es ocultado por los padres de la mayoría de los niños y adolescentes, como consecuencia gran parte de los jóvenes aún los que se masturban poseen una información escasa al respecto, dejando a los jóvenes que la descubran por sus propios medios o que aprendan de sus compañeros o de los libros, que es posible hallar placer y liberación sexual por uno mismo.

En la adolescencia se inicia la masturbación que consiste en la excitación de los genitales por medio de la mano o de cualquier objeto, esta actividad es normal y nunca se ha demostrado que haya sido perjudicial ni física ni mentalmente, aunque pueda producir sentimientos de culpabilidad.

La masturbación conserva muchos de sus aspectos de tabú por lo que es de gran importancia lograr una comprensión del papel de la masturbación en el desarrollo psicosexual; así como los efectos de la misma en nuestras actitudes hacia la sexualidad en general.

C U A D R O No.22

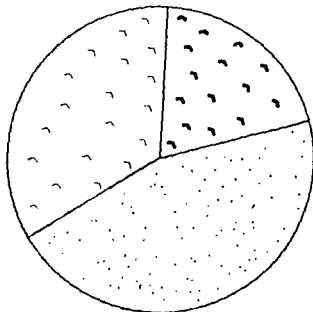
OPINION DE LOS ALUMNOS, SOBRE SI LA MASTURBACION CAUSA PROBLEMAS.

¿ CREES QUE LA MASTURBACION CAUSE PROBLEMAS ?	Fo.	%
SI	242	33.3
NO	331	46.6
NO CONTESTARON	153	21.1
T O T A L	726	100.0 %

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA, MEXICO ,D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

GRAFICA No. 22

OPINION DE LOS ALUMNOS, SOBRE SI LA MASTURBACION CAUSA PROBLEMAS.



SI	33.3 %	
NO	45.6 %	
NO CONTESTARON	21.1 %	

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, DEL TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA, MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

ANALISIS DEL CUADRO N° 22

Por lo que respecta a la opinión de los estudiantes encuestados sobre si la masturbación causa problemas, el 33.3% considera que sí las causa, - el 45.6% considera que no y el 21.1% no contestó.

En la adolescencia a partir de la pubertad la tensión sexual se encuentra en niveles muy altos debido a la gran cantidad de hormonas que libera por lo que la sociedad trata de reprimir la urgencia de satisfacción sexual que tiene el adolescente utilizando diversos medios, algunos de los cuales son utilizados con frecuencia y son la causa del temor a consecuencias físicas derivadas de sus actos.

Los problemas que mencionan los estudiantes que son causa de esta actividad son: deterioro de los órganos de la reproducción y traumatismos en los mismos, trastornos psicológicos (frustración insatisfacción sexual, - trastornos mentales, o que provoca morbosidad en quien lo practica, causa hábito.

El clima que envuelve a la masturbación en el momento presente es que constituye una parte necesaria del crecimiento que muchos jóvenes practican y que mientras no sea excesiva o se practique en momentos inapropiados, no es peligroso.

C U A D R O No. 23

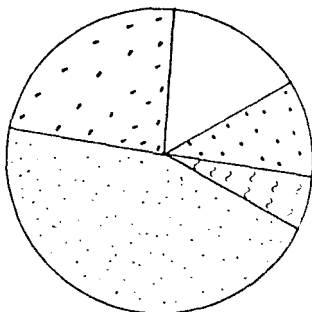
CONOCIMIENTO DE LOS ALUMNOS SOBRE LOS DIAS FERTILES DEL CICLO SEXUAL FEMENINO.

¿ CUALES SON LOS DIAS FERTILES DEL CICLO SEXUAL FEMENINO ?	Fo.	%
5 DIAS ANTES Y 5 DIAS DESPUES DE LA MENSTRUACION	328	45.2
DURANTE Y DESPUES DE LA MENSTRUACION	41	5.6
LOS PRIMEROS 10 DIAS DEL CICLO SEXUAL	74	10.2
LOS SEGUNDOS 10 DIAS DEL CICLO SEXUAL	110	15.2
NO CONTESTARON	173	23.8
T O T A L	726	100.0 %

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA, MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

G R A F I C A No. 23

CONOCIMIENTO DE LOS ALUMNOS SOBRE LOS DIAS FERTILES DEL CICLO SEXUAL FEMENINO.



5 DIAS ANTES Y 5 DIAS DESPUES DE LA MENSTRUACION

45.2 %

DURANTE Y DESPUES DE LA MENSTRUACION

5.6 %

LOS PRIMEROS 10 DIAS DEL CICLO SEXUAL FEMENINO

10.2 %

LOS SEGUNDOS 10 DIAS DEL CICLO SEXUAL FEMENINO

15.2 %

NO CONTESTARON

23.8 %

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA, MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

ANALISIS DEL CUADRO N° 23

El 61% de la población encuestada desconoce cuáles son los días fértiles del ciclo sexual femenino, el 23.8% también lo desconoce dado que no contestó y solo el 15.2% da una respuesta afirmativa.

La mayoría vincula los días después o antes de la menstruación como días fértiles, lo cual es preocupante dado que durante la secundaria y su carrera de Enfermería recibieron orientación sobre este tema, el cual requiere de reforzamiento puesto que aún los conocimientos se encuentran confusos y distorcionados.

C U A D R O No. 24

OPINION A FAVOR O ENCONTRA DEL USO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS.

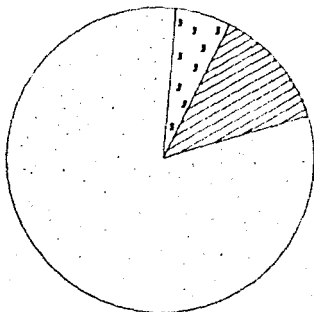
¿ ESTAS A FAVOR DEL
USO DE METODOS
ANTICONCEPTIVOS ?




	Fo.	%
SI	584	80.4
NO	100	13.8
NO CONTESTARON	42	5.8
T O T A L	726	100.0 %

YUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

G R A F I C A N o. 24

OPINION A FAVOR O ENCONTRA DEL USO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS.



SI	80.4 %	
NO	13.8 %	
NO CONTESTARON	5.8 %	

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

ANALISIS DEL CUADRO N° 24

El 80.4% está a favor del uso de los métodos anticonceptivos y el 13.8% no, el 5% no dieron respuesta.

La mayoría (80.4%) está a favor por los problemas de sobrepoblación, - evitar embarazos no deseados y ETS o porque son prácticos y seguros y - para una mayor libertad sexual.

Las opiniones en contra (13.8%) son: causan deterioro al organismo de - las personas que lo usan, no son efectivos o porque hay una gran falta - de información y orientación sobre su uso, ventajas y desventajas.

El tiempo que transcurre desde que aumenta el deseo sexual por acción - hormonal, hasta el momento en que socialmente el joven cuenta con los - elementos para tener una relación de pareja estable, es de varios años, - por lo que debe seleccionar entre varias alternativas, las cuales serán - escogidas de acuerdo a su edad, sexo y tipo de educación recibida para - la satisfacción del deseo sexual, que no puede seguir siendo negado por - el adulto, dado el sustrato biológico en el que se apoya.

C U A D R O N o. 25

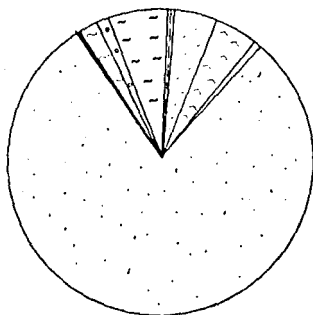
METODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS POR LOS ALUMNOS

¿ QUE METODO ANTICONCEPTIVO USAS ?	Fo.	%
PASTILLAS	10	1.4
INYECCIONES	9	1.2
D.I.U.	11	1.5
CONDON	49	6.7
RITMO	33	4.6
NINGUNO	6	.8
NO CONTESTO	34	4.7
NO HAN INICIADO VIDA COITAL	565	77.8
NO CONTESTARON	9	1.3
T O T A L	726 .	100.0 %

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA, MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

G R A F I C A No. 25

METODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS POR LOS ALUMNOS



PASTILLAS	1.4 %		RITMO	4.6 %	
INYECCIONES	1.2 %		NINGUNO	.8 %	
D.I.U.	1.5 %		NO CONTESTO	4.7 %	
CONDON	6.7 %		NO HAN INICIADO VIDA COITAL	77.8 %	
			NO CONTESTARON	1.3 %	

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

ANALISIS DEL CUADRO N° 25

Los métodos anticonceptivos más usados por los estudiantes de enfermería encuestados que ya iniciaron su vida sexual activa (20.9) son 6.7% utilizan el condón, el 4.6% el método del ritmo, el 1.5% el D.I.U., en un menor porcentaje utilizan las pastillas, inyecciones o no utilizan ningún método, y el 4.7% no contestó.

Según estos resultados los métodos que más utilizan los adolescentes son el preservativo y el método del ritmo, cuyos métodos no son muy confiables para que sean utilizados por ellos, ya que por respuestas obtenidas en el cuadro 23, desconocen los días fértiles del ciclo sexual femenino, respecto al condón puede haber falla en su utilización, dando como consecuencia embarazos no deseados y abortos, los cuales se han visto con mayor frecuencia en nuestro medio estudiantil.

C U A D R O N o. 26

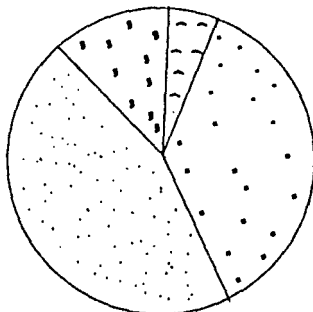
CONOCIMIENTO SOBRE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA

MENCIONA LAS ETAPAS DE LA R.S.H.	Fo.	%
MESETA, RESOLUCION ESTIMULACION, RUBOR	38	5.2
EXCITACION, MESETA, ORGANO, RESOLUCION	327	45.0
DESEO, LUBRICACION, ORGASMO, LUBRICACION	94	13.0
NO CONTESTARON	267	36.8
T O T A L	726	100.0 %

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

G R A F I C A No. 26

CONOCIMIENTO SOBRE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA



MESETA, RESOLUCION, ESTIMULACION, RUBOR	5.2 %	— — — — —
EXCITACION, MESETA ORGASMO, RESOLUCION	45.0 %	•••••
DESEO, LUBRICACION ORGASMO, LUBRICACION	13.0 %	—•—•—•—•—
NO CONTESTARON	36.8 %	•••••

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

ANALISIS DEL CUADRO N° 28

Sobre el conocimiento que tienen los estudiantes sobre la Respuesta Sexual Humana, se obtuvo que el 45% poseen esta información, el 18.2% confunden estas fases con los cambios que ocurren en el organismo durante cada fase de la R.S.H. y un 36.8% no contestó, lo que nos lleva a pensar que la desconocen.

Por ello es necesario proporcionar al adolescente, orientación e información para el reforzamiento de este tema, ya que con esta información puede haber una mayor satisfacción sexual de la pareja.

C U A D R O No. 27

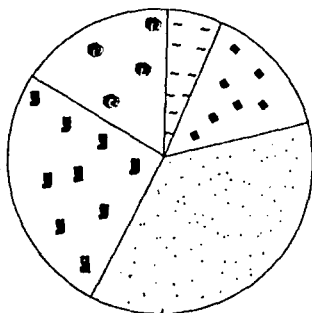
OPINION SOBRE EL CONCEPTO DE ABORTO.






¿PARA TI QUE ES EL ABORTO?	Fo.	%
MATAR A UN SER INDEFENSO	242	33.3
EXPULSION ANTES DE LA CONCEPCION	129	17.8
ASESINATO EN EL VIENTRE MATERNO	113	15.6
EXPULSION ANTES DE SER VIABLE PESO DE 500 GM.	201	27.7
NO CONTESTARON	41	5.6
T O T A L	726	100.0 %

FUENTES : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA, MEXICO, D.F. DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

G R A F I C A No. 27

OPINION SOBRE EL CONCEPTO DE ABORTO



MATAR A UN SER INDEFENSO	33.3 %	
EXPULSION ANTES DE LA CONCEPCION	17.8 %	
ASESIMATO EN EL VIENTRE MATERNO	15.6 %	
EXPULSION DEL PRODUCTO, ANTES DE SER VIABLE Y PESO MENOR DE 500 Gm	27.7 %	
NO CONTESTARON	5.6 %	

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO, D.F. DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

ANALISIS DEL CUADRO N° 27

En cuanto a la opinión que dan sobre el concepto de Aborto el 27.7% -
optó por la respuesta que dan algunas bibliografías, que es la "Expul-
sión del producto de la concepción antes de que sea viable y que pese -
menos de 550 gr.", 33.3% considera que es matar a un ser indefenso, el-
17.8% dice que es la expulsión del producto antes de la concepción, res-
puesta errónea porque el producto aún no se ha concebido, el 15.8% lo -
considera como un asesinato del producto dentro del vientre materno y -
el 5.6% no da respuesta, por lo que nos confirma que a pesar del nivel-
ecolar de los estudiantes persisten en ellos los conceptos que sus pa-
dres y la sociedad dan, dejando aún lado los conocimientos transmitidos
por los profesores a lo largo de su carrera Universitaria.

C U A D R O No. 28

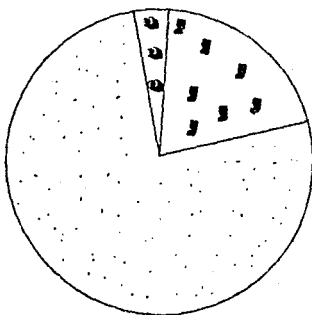
OPINIONES A FAVOR O EN CONTRA DEL ABORTO




¿ ESTAS A FAVOR DEL ABORTO ?	Fo	%
SI	147	20.2
NO	554	76.3
NO CONTESTARON	25	3.5
T O T A L	726	100.0 %

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO, D.F. A 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

G R A F I C A No. 28

OPINIONES A FAVOR Y EN CONTRA DEL ABORTO



SI	20.2 %	
NO	76.3 %	
NO CONTESTARON	3.5 %	

FUENTE _____: ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

ANÁLISIS DEL CUADRO N° 28

Las opiniones que dan los estudiantes a favor del aborto (20.2%) son: -
Lo aceptan principalmente en casos de violación, para disminuir la po -
blación, evitar embarazos no deseados. El 76.3% está en contra del -
aborto, las razones que dan son: pone en peligro la vida de la madre o -
que la pareja debe responsabilizarse de sus actos.

Consideramos que el aborto es un serio problema en la actualidad y que -
no es una cosa sencilla como mucha gente lo cree si no que se debe te -
ner en cuenta todos los riesgos que se dan al efectuarlo y que nosotras
como enfermeras tenemos la obligación de orientar a la población en ge -
neral sobre sus consecuencias.

Desgraciadamente la demanda de abortos continúa aún en los países en -
que las leyes son muy estrictas. Como resultado tenemos que muchos de -
los abortos que se practican son ilegales y son hechos por personas in -
competentes trayendo como consecuencia complicaciones en las mujeres y -
no está demás mencionar que es una de las principales causas de muerte -
en las mujeres en edad fértil.

C U A D R O N o. 29

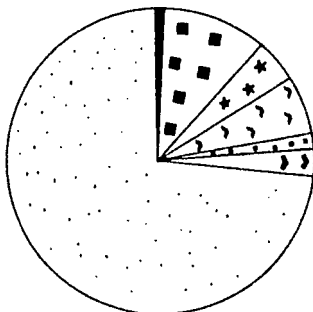
ACTITUD DE LOS ALUMNOS ANTE UN EMBARAZO NO DESEADO.








¿ QUE ACTITUD TOMARIAS ANTE UN EMBARAZO NO DESEADO ?	Fo.	%
ABORTARIA	80	11.0
TENERLO Y DARLO A UNA CASA CUNA	33	4.5
AFRONTARIA LA RESPONSABILIDAD	531	73.2
CASARCE PARA EVITAR RUMORES	20	2.8
IRSE DE SU CASA	6	8
OTRO	8	1.1
NO CONTESTARON	48	6.6
T O T A L	726	100.0 %

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

GRAFICA No. 29

ACTITUDES DE LOS ALUMNOS ANTE UN EMBARAZO NO DESEADO



ABORTARIA	11.0 %		CASARSE PARA EVITAR RUMORES.	2.8 %	
TENERLO Y DARLO A UNA CASA CUNA	4.6 %		IRSE DE CASA	.8 %	
AFRONTAR LA RESPONSABILIDAD	73.2 %		OTRO	1.1 %	
			NO CONTESTARON	6.6 %	

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA, MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 29

Con respecto a la actitud que tomarían los estudiantes ante un embarazo no deseado, encontramos que 11.0% optaría por el aborto, el 4.5% lo tendría y lo daría a una casa cuna, el 73.2% afrontaría la responsabilidad, el 2.8% se casaría para evitar rumores, el .8% se iría de su casa y 6.6% no contestó.

Son diversos los factores que influyen en la decisión de una mujer para que le sea practicado un aborto, la mayor parte relacionadas con aspectos socioeconómicos. De manera más específica entran en esta decisión el concepto que tiene la mujer de sí misma, los patrones de comunicación y relaciones de la pareja.

Cada vez son menos las mujeres jóvenes que deciden legitimar a sus hijos mediante el matrimonio y más de ellas están eligiendo conservarlos afrontando la responsabilidad y no renunciar a ellos.

Por otro lado cuando el hijo es producto de un embarazo no deseado en una adolescente que cree estar al corriente de las relaciones sexuales, pero por su misma inmadurez psicológica se olvida de las consecuencias de dicha relación, lo que le implica afrontar el hecho de que quedó embarazada adaptándose al mismo, así como la responsabilidad de éste y de la dependencia económica de su familia hasta que pueda ganarse la vida por sí misma o bien se ve obligada a contraer matrimonio para te -

ner aceptación por parte de la sociedad, lo que en ocasiones da por resultado el maltrato de estos hijos no deseados.

C U A D R O N o. 30

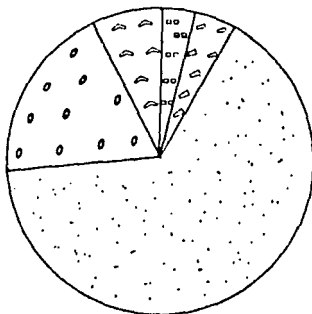
CONOCIMIENTOS ACERCA DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.






SON ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	Fo.	%
VAGINITIS, URETRITIS CONDILOMAS, SIDA	139	19.1
GONORREA, URETRITIS GONOCOCICA, ESCABIASIS	25	3.5
PEDICULOSIS PUBICA, SIFILIS MONILIASIS	30	4.1
GONORREA, URETRITIS GONOCOCICA, LINFOGRANULOMA VENEREO, SIDA	439	60.5
NO CONTESTARON	93	12.8
T O T A L E S	726	100.0 %

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA ANCIIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO,D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

G R A F I C A N o . 3 0

CONOCIMIENTO ACERCA DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL



VANIGITIS, URETRITIS CONDILOMAS, SIDA.	19.1 %	
GONORREA, URETRITIS NO GONOCOCCICA, ESCABIASIS	3.5 %	
PEDICULOSIS PUBICA, SIFILIS, MONILIASIS	4.1 %	
GONORREA, URETRITIS, GONOCOCCICA, LIMFOGRANULOMA VENEREO, SIDA	60.5 %	
NO CONTESTARON	12.8 %	

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

ANALISIS DEL CUADRO Nº 30

Con respecto al conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual encontramos que el 60.5% de la población estudiantil identificó correctamente mientras que el 39% confunde algunos padecimientos de los órganos sexuales como son: vaginitis, uretritis, pediculosis, escabiasis con enfermedades de transmisión sexual.

El estudiante universitario reúne una serie de factores que le confiere - cierto grado de riesgo de estas infecciones, como lo son el hecho de que el mecanismo de transmisión más frecuente es por lo general el sexual. - En la etapa de adolescencia y adultez joven de la cual forma parte el estudiante universitario, es donde se lleva a cabo una importante actividad sexual, aunado a una falta de conocimientos preventivos y de educación sexual. Este problema tiende a adquirir una relevancia sin precedentes, al incorporarse en la última década dentro de este grupo de padecimientos el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, cuyas características de alta - transmisibilidad y letalidad, lo han perfilado como uno de los serios problemas de salud pública que enfrentan los países en la actualidad. Por - lo que es de suma importancia dar a la población información fidedigna.

C U A D R O No. 31

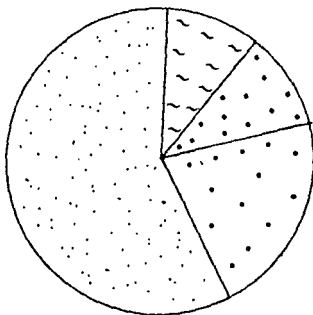
OPINIONES SOBRE LA MEDIDAS DE PREVENION DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.





¿ COMO SE PREVIENEN ?	Fo	%
LAVADOS VAGINALES DIARIOS	165	22.7
ABSTENENCIA SEXUAL, EVITAR USO DE AGUJAS CONTAMINADAS	72	10.0
USO DE PRESERVATIVOS, EVITAR LA PROMISCUIDAD SEXUAL, USO DE AGUJAS DESECHABLES.	409	56.3
NO CONTESTARON	80	11.0
TOTAL	726	100.0 %

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA, MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

G R A F I C A No. 31

OPINIONES SOBRE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.



LAVADOS VAGINALES DIARIOS	USO DE PRESERVATIVOS	22.7 %	
ASSTINENCIA SEXUAL, EVITAR	USO DE AGUJAS CONTAMINADAS BAÑO DIARIO	10.0 %	
USO DE PRESERVATIVO, EVITAR PROMESCUIDAD SEXUAL, USO DE AGUJAS Y JERINGAS DESECHABLES.		56.3 %	
NO CONTESTARON		11.0 %	

FUENTE : ENCUESTAS APLICADAS A LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERIA, DEL NIVEL MEDIO SUPERIOR, TURNO MATUTINO Y VESPERTINO, DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA, ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA E IZTACALA. MEXICO, D.F., DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1990 AL 7 DE FEBRERO DE 1991.

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 31

Respecto a las opiniones de los estudiantes sobre las medidas de prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual, se obtuvo que el 56.3% eligió la respuesta más acertada, mientras que el 32.7% considera los mitos dados por sus padres, acerca de la eficacia de los métodos de prevención como son los lavados vaginales y el baño diarios, habiéndose comprobado que estos métodos no ayudan a esta meta, mientras que el 11% no contestó.

Observándose que un alto porcentaje de los estudiantes identifican las actividades específicas que debe realizarse en la población con riesgo para prevenir la transmisión de estas enfermedades.

Para disminuir la incidencia de las Enfermedades de Transmisión Sexual en la población estudiantil universitaria es necesario llevar a cabo promoción a la salud y atención médica de los casos, con esto se pretende difundir información actualizada y veraz sobre la frecuencia y trascen-dencia de las Enfermedades de Transmisión Sexual, sus mecanismos de transmisión, sus repercusiones individuales y sociales, enfatizando en las posibles maneras de prevenirlas.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en la investigación "conocimientos y actitudes que tienen los estudiantes de enfermería con respecto a la Sexualidad", que se realizó en Las Escuelas de Enfermería, impartida por La Universidad Nacional Autónoma de México, como son la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Escuela Nacional de Estudios Profesionales "Zaragoza" e Ixtacala, son un primer intento de conocer el campo de trabajo - donde nos desenvolvemos y hacia que área específica podemos dirigirnos, áreas que sean de interés para el adolescente mismo y en donde podamos obtener una respuesta a nuestra labor.

El grupo encuestado fue 95% del sexo femenino y 5% del sexo masculino, - el cual se encuentra en edades en las cuales el promedio es de 17 años.

De Los alumnos encuestados 77.8% no ha tenido relaciones sexuales, lo - cual se explica en parte por el rango de edad y por la religión a la - que pertenecen, (92.3%) son católicos. Pero sí la mayoría sabe de uno - de otro modo que está a favor de estas relaciones, relaciona la actividad sexual a una necesidad fisiológica, conocen métodos anticonceptivos, están inquietos por el problema de sobreproducción, reconocen las - consecuencias de embarazos no deseados, su repercusión personal, familiar y social en donde tienen inquietudes, ambivalencias, conflictos en sus esquemas éticos. Son adolescentes, recordemos que es adolescente - "llegar a la sazón, crecer", están haciendo un esfuerzo muy grande -

para desarrollarse ayudándola a entrar en la "madurez" a ser adultos.

La mayoría de la población estudiada son adolescentes y jóvenes solteros, cuyos problemas en el campo de la sexualidad, son la falta de fuentes de información adecuada y el desconocimiento de la mayor parte de los aspectos sobre sexualidad con la presencia de tabúes, frustraciones, conflictos, problemas médicos-sociales y conductas que dificultan su realización en el campo sexual y ponen en peligro su salud integral y el logro de sus objetivos como estudiantes.

Se obtuvo que un alto número de estudiantes tienen conocimientos deficientes e insuficientes sobre su sexualidad, los que han adquirido fundamentalmente de sus padres, los cuales a su vez cuentan con la educación mínima (primaria) en relación a la escolaridad, pero también cuentan con información deficiente en el campo de la sexualidad, siendo que toman actitudes de pena, vergüenza, o simplemente rehusan hablar de estos temas ante las preguntas hechas por sus hijos, demostrando con ello la escasa y deficiente información y el tabú que tiene tan arraigado este tema.

Los cuadros que se presentan nos dan a conocer la ignorancia en la que se encuentran en este campo el adolescente, así como también se puede observar que las actitudes y las expresiones que se dan no son más que el reflejo de una educación de la sexualidad inadecuada, deformada que conduce a presentar trastornos de tipo psicosocial importante y que son obstáculos para lograr una salud mental a la que aspiramos todos.

Como una reflexión señalamos que no debemos de culpar al adolescente de sus fallas; si los adultos no les proporcionamos la información y formación adecuada, en forma dinámica, acorde a la época en que se vive, estableciendo la comunicación padre-hijo, maestro-alumno, en vez de mantenerlo en la misma confusión en la que se encuentra el adulto.

A menudo la enfermera se encuentra ante la necesidad de dar respuesta e información en cuanto a los papeles sexuales, las conductas sexuales, - la planificación familiar, la educación sexual, las inhibiciones sexuales y otros aspectos relacionados, por lo que quizá requiera adoptar el papel de consejera sexual. Para que las enfermeras adopten este papel deben estar seguras sobre su propia sexualidad. Aunque se ofrece este consejo a las enfermeras repetidamente, se dice muy poco sobre la manera a sentirse cómodas en su propia sexualidad. La educación continua de la enfermera que ejerce y la incorporación de la misma en cursos - apropiados de programas de educación sexual, le ayudarán a lograr este sentido de seguridad de sí misma.

Los cursos cuya finalidad es enseñar a las enfermeras sobre los valores y actitudes sexuales, los estilos de vida alternativos, los factores - culturales, los conceptos erróneos y los mitos, brindan un conocimiento más amplio sobre la conducta y el funcionamiento apropiado de su sexualidad. Es imperativo que se satisfagan las necesidades de los adolescentes, con información apropiada sin vergüenza o prejuicios.

Por todo lo anterior se concluye que la hipótesis planteada en esta investigación es aceptada en su totalidad; por lo que es indiscutible la

necesidad de implementar programas educativos sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, no solo para los jóvenes, sino a los adolescentes, padres de familia y maestros. La cual se debe proporcionar por personal bien capacitado.

Con base en estas consideraciones es necesario implementar un programa general de sexualidad cuyos objetivos principales sean el propiciar cambios de actitud en el estudiante universitario de enfermería en relación a los aspectos sexuales de su vida, entendiendo por sexualidad los elementos biológicos, psicológicos y sociales que permiten la aceptación de la identidad sexual para liberarla de la culpa y el rechazo e incrementar la salud del estudiante universitario brindando atención médica, psicológica y psiquiátrica a aquellos individuos que sean detectados como poseedores de una alteración en el área de la sexualidad, a través de proporcionar a la población de enfermería información sobre el tema, sensibilizarla sobre su importancia, orientar al estudiante sobre los servicios médicos de manera óptima, promover su participación en los programas de salud sexual y, para el personal de salud apoyar la capacitación y el adiestramiento. Crear condiciones intra y extrauniversitarias para apoyar las acciones programadas y realizar investigaciones clínico epidemiológicas sobre el área de sexualidad.

Siguiendo estos parámetros se implementaría un programa que cubra las funciones básicas de acción para el adolescente universitario. La promoción, prevención, curación, enseñanza e investigación son las metas que se pretenden alcanzar.

*Este programa general contendría varios subprogramas que por las metas-
que maneja se tendrían que estructurar de manera independiente.*

*El subprograma de anticoncepción temporal tendría como objetivo coadyu-
var a reducir la tasa de crecimiento poblacional del país aumentando la
oferta de servicios a través de la participación de los médicos genera-
les previamente capacitados, para disminuir los factores de riesgo que -
inciden en la población materno infantil, ayudar a prevenir la inciden-
cia de abortos, de embarazos no deseados y embarazos de alto riesgo, -
educar y motivar a la población estudiantil para la aceptación de meto-
dología anticonceptiva conveniente a cada caso.*

*Se trataría de ampliar la disponibilidad de los métodos anticonceptivos
temporales para el estudiante en edad fértil que asistan voluntariamen-
te a demandar la consulta en los servicios médicos de cada plantel.*

*El subprograma de atención sobre agresión sexual tendría como objetivo-
brindar atención médico-psicológica a la víctima de la agresión sexual,
ya sea hombre o mujer. Tiene carácter preventivo integrado por un equi-
po multiinterdisciplinario y tratar de llevar un seguimiento adecuado -
de las víctimas. Este surge de la necesidad de brindar atención inte-
gral para ayudar a rehabilitar al individuo y tratar de aliviar las ten-
siones que deja la agresión. Al tratar estos casos reintegraremos a la
víctima a su medio, su familia, estudios y a su sexualidad, previniendo
patologías más severas posteriores.*

El subprograma de Enfermedades de Transmisión Sexual, tendría como fin-

prevenir la diseminación de dichas enfermedades así como de los mitos - que de ella circundan y el peligro de la automedicación.

Otro de los subprogramas que se abarcarían serían el de aborto, el de - Etapas del Desarrollo Sexual, Respuesta Sexual Humana, Ciclo Reprodue - tor, Disfunciones Sexuales, Masturbación, entre otros. A la vez que se abarcaría el de control y prevención del SIDA. Sabemos hasta el momen - to que el único tratamiento posible es la prevención y ésta sólo se pue - de lograr a través de la educación para la salud. Por los tiempos que - estamos viviendo, por la importancia que esta enfermedad está adquirien - do a nivel mundial sabemos que favoreciendo el conocimiento de la sexual - idad de manera específica y veraz, sin dogmas, ni críticas morales po - demos consolidar la responsabilidad en la vida sexual dando por re - sultado individuos maduros, sanos y responsables desde el punto de vista mental, emocional y físico.

El programa abarca, las áreas médicas de: psicología y Social de la Sexualidad tratando de cubrir los rubros de la OMS que definen a la salud.

Insistimos en el hecho de que si se manejan estos programas de manera - constante, permanente y sistematizada, podremos prevenir varias altera - ciones relacionadas con la sexualidad, es decir, con uno de los pilares de la estructura de la personalidad del individuo.

A N E X O S

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 ENCUESTA DIRIGIDA A ESTUDIANTES DE ENFERMERIA

OBJETIVO.

Analizar los conocimientos y actitudes que poseen los estudiantes Universitarios de enfermería del nivel medio superior sobre sexualidad; así como factores que originan que dicha información se dé distorsionada e incompleta, con la finalidad de que en cada plantel las autoridades correspondientes estructuren y elaboren programas y cursos de educación sexual para que el estudiante reflexione sobre la importancia de conocer más acerca de este tema.

A continuación te pedimos leas cuidadosamente las preguntas siguientes y selecciones tus respuestas lo más sinceramente posible agregando las observaciones que creas necesarias en cada caso. Los datos obtenidos son de carácter confidencial y por supuesto tu respuesta es anónima.

ESCUELA: _____ RELIGION _____
 EDAD: _____ SEXO _____ EDO. CIVIL: _____

1. Nivel escolar de tus padres:

	Madre	Padre
a) Analfabeto (a)	()	()
b) Primaria	()	()
c) Secundaria	()	()
d) Preparatoria o equivalente	()	()
e) Carrera comercial	()	()
f) Licenciatura	()	()

2. Tus padres te han orientado sobre la Sexualidad?
 SI () NO ()

3. ¿Qué actitud toman tus padres ante ti cuando se tiene que hablar de un tema como: aborto, relaciones sexuales, métodos anticonceptivos, etc.?
 a) Hablan abiertamente sobre él.
 b) Les causa vergüenza o pena.
 c) Evitan hablar de los temas.

3. ¿Tus padres tienen los conocimientos suficientes o necesarios acerca de temas sexuales (relaciones sexuales, aborto, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, etc.) para orientarte acerca de ellos?
 SI () NO ()

5. ¿ Tu religión permite realizar el aborto, tener relaciones premaritales y utilizar métodos anticonceptivos no naturales?
SI () NO ()
6. ¿Consideras que la sociedad en la que te desenvuelves acepta expresar la conducta sexual en todos los aspectos?
SI () NO () Sólo algunos aspectos ()
Especifica Cudles: _____
7. ¿Qué actitud toman tus profesores ante ti cuando tratan temas relacionados con la sexualidad?
a) Hablan con pena.
b) Hablan abiertamente sin tabús.
c) Reflejan sus prejuicios sexuales.
d) Hablan con morbo.
8. ¿Para ti que es la Sexualidad?
a) Es tener relaciones sexuales.
b) Es la diferenciación anatomofisiológica entre un hombre y mujer.
c) Es la expresión psicosocial de los individuos como seres sexuales en una sociedad y cultura determinada.
9. Son partes de los órganos reproductores masculinos.
a) Vesícula seminal, pene, clitoris.
b) Vejiga, conductos deferentes, testículos.
c) Conductos deferentes, testículos, escroto.
10. Son partes de los órganos reproductores femeninos.
a) Óvulos, mamas, riñón.
b) Trompas de falopio, útero, clitoris.
c) Labios mayores, pubis, uretra.
11. ¿Consideras que el adolescente tiene edad suficiente para tener relaciones sexuales?
SI () NO () ¿por qué?
12. ¿Estas a favor de las relaciones sexuales antes del matrimonio?
SI () NO () ¿por qué?
13. ¿Has tenido relaciones sexuales?
SI () NO ()
14. ¿A qué edad iniciaste tus relaciones sexuales?
15 a 17 años () 18 a 20 años () 21 a 15 años ()
15. ¿Tus relaciones sexuales son satisfactorias?
SI () NO () A veces ()
16. ¿Te has visto presionado a tener relaciones sexuales?
SI () NO () A veces ()

17. ¿Te has masturbado?
 SI () NO ()
18. ¿Crees que la masturbación cause problemas?
 SI () NO ()
 ¿Cúales?
19. ¿Cúales son los días fértiles del ciclo sexual femenino?
 a) 5 días antes y 5 días después de la menstruación.
 b) Durante la menstruación y después de ella.
 c) Los primeros diez días del ciclo sexual femenino.
 d) Los segundos 10 días del ciclo sexual femenino.
20. ¿Estás a favor del uso de métodos anticonceptivos?
 SI () NO () ¿por qué?
21. ¿Qué método anticonceptivo usas?
 a) Pastillas
 b) Inyección
 c) DIU
 d) Ritmo
 e) Otros
22. Menciona las etapas de la Respuesta Sexual Humana.
 a) Meseta, resolución, estimulación, rubor sexual.
 b) Excitación, meseta, orgasmo, resolución.
 c) Deseo, lubricación, orgasmo, lubricación.
23. ¿Para tí qué es el aborto?
 a) Matar a un ser indefenso.
 b) Expulsión del producto antes de la concepción.
 c) Asesinato del producto dentro del vientre materno.
 d) Expulsión del producto de la concepción antes de que sea viable-
 y que pese menos de 500 gr.
24. ¿Estas a favor de la práctica del aborto?
 SI () NO () ¿por qué?
25. ¿Qué actitud tomarías ante un embarazo no deseado?
 a) Abortaría
 b) Lo tendría y lo daría a una casa cuna.
 c) Se lo daría a mis padres, afrontaría la responsabilidad y ten-
 dría a mi hijo.
 d) Me casaría, para evitar rumores.
 e) Me iría de la casa, para evitar una discusión con mis padres.
 f) Otro. Especifica cuál?

26. Son Enfermedades de Transmisión Sexual.

- a) Vaginitis, uretritis, condilomatosis, sida.
- b) Gonorrea, uretritis no gonocócica, escabiasis púbica.
- c) Pediculosis, púbica, sífilis, moniliasis.
- d) Gonorrea, uretritis gonocócica, linfogranuloma venéreo, sida.

27. ¿Cómo se previenen?

- a) Usando preservativo y lavados vaginales diarios.
- b) Abstinencia sexual, evitar el uso de agujas y jeringas contaminadas, baño diario.
- c) Uso de preservativo, evitar promiscuidad sexual, uso de agujas y jeringas desechables.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
ENCUESTA DIRIGIDA A ESTUDIANTES DE ENFERMERIA

A continuación te pedimos leas cuidadosamente las preguntas siguientes y escribas tu respuesta lo más sinceramente posible. Los datos obtenidos son de carácter confidencial y por supuesto tu respuesta es anónima.

EDAD _____ SEXO _____ EDO. CIVIL _____ SEMESTRE QUE _____
CURSAS

1. Describe para ti que es la sexualidad.
2. ¿Has recibido alguna orientación sobre este tema?
SI () NO ()
3. ¿De quién o de qué manera la recibiste?
4. ¿Consideras que la sexualidad es el tener relaciones sexuales?
SI () NO () ¿POR QUE?
5. Nombra tres partes de los órganos reproductores masculinos.
6. Nombra tres partes de los órganos reproductores femeninos.
7. ¿Consideras que el adolescente tiene edad suficiente para tener relaciones sexuales? SI () NO ()
¿Por qué?
8. ¿Estás a favor de las relaciones sexuales antes del matrimonio?
SI () NO () ¿POR QUE?
9. Has tenido relaciones sexuales?
SI () NO ()
10. ¿A qué edad iniciaste tus relaciones sexuales?
11. ¿Tus relaciones sexuales son satisfactorias?
12. ¿Te has visto presionado(a) a tener relaciones sexuales?
SI () NO ()
13. ¿Te has masturbado?
SI () NO ()
14. ¿Crees que la masturbación cause problemas?
SI () NO () ¿Cúales?
15. ¿Sabes cuáles son los días fértiles del ciclo sexual femenino?
SI () NO () Explica cuáles son:
16. ¿Estás a favor del uso de métodos anticonceptivos?
SI () NO () ¿Por qué?

17. *¿Utilizas algún método anticonceptivo?*
SI () NO () *¿cuál?*
18. *¿Sabes cómo actúan y cuáles son los efectos secundarios de ese método anticonceptivo?*
SI () NO () *¿Explica cuáles son?*
19. *¿Consideras que se les deben proporcionar al adolescentes métodos anticonceptivos?*
SI () NO () *¿Por qué?*
20. *Menciona las etapas de la respuesta sexual humana.*
21. *Explica para ti que es el aborto?*
22. *Estás a favor de la práctica del aborto?*
SI () NO () *¿Por qué?*
23. *¿Qué actitud tomarías ante un embarazo no deseado?*
24. *¿Qué enfermedad de Transmisión Sexual conoces y cómo se previenen?*
25. *¿De qué manera sugieres podría darse orientación con respecto a estos temas?*

GRACIAS.

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

- Dr. Ascárraga G., "Sexología Básica". "Guía para La Educación Sexual", México, D.F., Ed. La prensa Médica Mexicana, 1976, p.p. 520.
- Brunner Sholtis, Lillian. "Manual de Enfermería Médico Quirúrgica", 4ª edición, México, D.F., Ed. Interamericana, 1987, p.p. 835.
- Dr. Castelazo Ayala "Obstetricia", 5ª edición, México, D.F., Ed. Francisco Méndez Otero, 1978, p.p. 1070.
- Conapo. "La Educación de La Sexualidad Humana", Vol. 1 al 4, México, D.F., 1986, p.p. 2000.
- Gagnon, John. "Sexualidad y Cultura", México, D.F., Ed. Pax-Mex, 1980, p.p. 310.
- Guttmacher, Alán. "Los Hijos Cómo Tenerlos, Cómo evitarlos", México, D.F. 1979, Ed. Pax-Mex, p.p. 163.
- Milv, Virginia. "Participación de la Escuela en La Educación Sexual", México, D.F., Ed. Pax-Mex, 1974, p.p. 218.
- Dra. Higashida, Yoshiko. "Ciencias de la Salud", México, D.F., Ed. Mc Graw-Hill, 1983, p.p. 461.
- Dr. Karl Morst, Wraga. "La Vida Sexual", Barcelona España, 1981, Ed. Nauta, p.p. 336.

- Dr. Kenneth L., Jones. "Sexualidad Humana", 3ª edición, México, D.F., Ed. Pax-Mex., 1983, p.p. 291.
- Dr. Maldonado Vázquez, S. "Ensayo Sobre Orientación Sexual para México y Latinoamérica", México, D.F., 1982, Ed. Diana, p.p. 128.
- Merck. "Manual de Diagnóstico y Terapéutica", México, D.F. 1986, Ed. Interamericana, p.p. 2310.
- Mondragón Castro, Héctor. "Obstetricia Básica Ilustrada", 2ª edición, México, D.F., 1978, Ed. Trillas, p.p. 701.
- Monroy de Velasco. "Trabajo y Sexualidad Humana", México, D.F., 1980, Ed. Pax-Mex, p.p. 238.
- Olds S.B., M. Liondon. "Enfermería Materno Infantil", 2ª edición, México, D.F., 1987, Ed. Interamericana, p.p. 1283.
- Dr. Ruiz Moreno, José A. "Mecanismos de Acción de los DIUS", México, D.F. 1985, Ed. Cowdray, p.p. 542.
- Ruiz Amezcua L., Enrique. "Ética Profesional para la Enfermería", 10ª edición, México, D.F., 1973, p.p. 311.
- Dr. Stewart Taylor. "Obstetricia Básica", México, D.F., 1974, ed. Interamericana, p.p. 304.
- Tortora y Anagnostakos. "Principios de Anatomía y Fisiología", 3ª edición México, D.F., 1984, p.p. 1034.

- William M. Masters, Virginia E. Johnson. "La Sexualidad Humana", Barcelona España, 1987, Ed. Grijalbo, p.p. 798.
- Morris, Eleanor. "Nuestra Sexualidad", México, D.F., 1981, Ed. Continental, p.p. 1981.