



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

INFLUENCIA DE LOS FACTORES CULTURALES Y LA  
EDUCACION SEXUAL EN LA ACEPTACION DE LA  
PLANIFICACION FAMILIAR Y LA METODOLOGIA  
ANTICONCEPTIVA POR LA PAREJA JOVEN DE LAS  
COMUNIDADES RURALES DE LOS MODULOS:  
MORELIA III, TARIMBARO, URUETARO Y PATZCUARO  
DEL ESTADO DE MICHOACAN.

**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 :  
GARATACHEA MEJIA PAULA  
GONZALEZ CHIMAL ELBA  
HERNANDEZ RIVERA ARMANDO  
VILLANUEVA GARCIA RAQUEL PATRICIA

CON LA ASESORIA DEL PROFESOR:  
EZEQUIEL CANELA NUÑEZ



MEXICO, D. F.,

1994

FALLA 1. ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



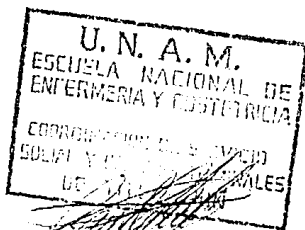
## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis 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.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN



-----  
Vc. Sr. Lic. Ezequiel Canale N. 522.

## AGRADECIMIENTOS

"La felicidad del ser humano consiste, en compartir con los demás los dones recibidos, además las experiencias y conocimientos obtenidos".

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia que nos abrió sus puertas, albergándonos en su seno durante 4 años, lo que nos permitió terminar una carrera convirtiéndonos en profesionistas aptos para desarrollarnos en nuestra sociedad cambiante.

Con respeto y admiración  
al L.E.O. Ezequiel Canela Nuñez  
que por su amable cooperación  
y brillante asesoría se logró  
la realización de esta tesis.

Elba, Paula, Raquel, y Armando.

## DEDICATORIAS

A nuestros padres con gratitud y cariño que con sus palabras de estímulo y sostén en los momentos difíciles, hicieron que en nosotros germinará la semilla de la superación profesional.

A todos los profesores que han contribuido positiva y sustancialmente a nuestra formación.

A familiares y hermanos que con su apoyo incondicional contribuyeron a la culminación de esta etapa.

Y a todas aquellas personas que desinteresadamente colaboraron en la realización de esta investigación y sin las cuales no abríamos podido salir adelante.

Elba, Paula, Raquel, y Armando.

# CONTENIDO

111

	PAGINA
INTRODUCCION . . . . .	1.
JUSTIFICACION . . . . .	2
OBJETIVOS . . . . .	3
HIPOTESIS . . . . .	4
VARIABLES . . . . .	5
METODOLOGIA . . . . .	6

## 1. MARCO TEORICO REFERENCIAL

1.1 ASPECTOS GENERALES	
1.1.1 Situación actual del Estado de Michoacán.	7
1.1.2 Situación actual de salud de los módulos - Morelia III, Tarímbaro, Uruétaro y Pátz - cuaro . . . . .	9
1.1.3 Factores condicionantes de salud por cada módulo . . . . .	11
1.1.3.1 Módulo Morelia III . . . . .	11
1.1.3.2 Módulo Tarímbaro . . . . .	15
1.1.3.3 Módulo Uruétaro . . . . .	17
1.1.3.4 Módulo Patzcuaro . . . . .	20
1.2 ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR.	23
1.2.1 FEMENINO . . . . .	23
1.2.2 MASCULINO . . . . .	33
1.2.3 Regulación de la función testicular y ovárica . . . . .	36
1.2.4 Ciclo menstrual . . . . .	40
1.2.5 Ciclo endometrial . . . . .	41
1.2.6 Ciclo cervical . . . . .	42
1.2.7 Ciclo vaginal . . . . .	42
1.3 EDUCACION SEXUAL HUMANA . . . . .	43
1.3.1 Conceptos básicos . . . . .	43
1.3.1.1 Sexo . . . . .	43
1.3.1.2 Sexualidad . . . . .	43
1.3.1.3 Educación sexual . . . . .	45
formal . . . . .	46
informal . . . . .	47
1.3.2 Componentes de la sexualidad humana . . . . .	51
1.3.2.1 Sexo biológico . . . . .	51

	PAGINA
1.3.2.2 Identidad sexual . . . . .	52
1.3.2.3 Guión sexual . . . . .	52
1.3.2.4 Rol sexual o papel sexual . . .	53
1.3.2.5 La conducta de papel de género. .	54
1.3.3 Coito . . . . .	55
1.3.4 Respuesta sexual humana . . . . .	56
1.3.4.1 Concepto . . . . .	56
1.3.4.2 Modelos de estudio de la res - puesta sexual humana . . . . .	57
1.3.4.3 Respuestas fisiológicas bási - cas de la estimulación sexual. . .	57
1.3.4.4 Fases de la respuesta sexual - humana . . . . .	56
1.3.4.5 Cambios extragenitales en la - respuesta sexual humana . . . . .	60
1.3.5 Disfunciones psicosexuales . . . . .	62
1.3.5.1 Del deseo . . . . .	62
1.3.5.2 De la excitación . . . . .	63
1.3.5.3 Del orgasmo . . . . .	66
1.3.5.4 For espasmo muscular . . . . .	69
1.3.5.5 Dispareunia . . . . .	69
1.3.5.6 Fobia al coito . . . . .	70
1.3.6 Parafilias . . . . .	76
1.3.7 Etapas del comportamiento sexual - humano . . . . .	76
1.4 PLANIFICACION FAMILIAR	
1.4.1 Antecedentes de la planificación fa - miliar . . . . .	80
1.4.2 Conceptos básicos . . . . .	82
1.4.3 Aspectos legislativos . . . . .	84
1.4.4 Aspectos normativos . . . . .	87
1.5 METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA . . . . .	95
1.5.1 Concepto . . . . .	95
1.5.2 Métodos hormonales por vía oral . . . .	95
1.5.3 Métodos hormonales inyectables . . . .	97
1.5.4 Dispositivos intrauterinos (D.I.U.) . . .	98
1.5.5 Preservativo . . . . .	101
1.5.6 Obliteración tubaria bilateral y vasesc - tomía . . . . .	102
1.5.7 Coito interrumpido y el ritmo . . . . .	103



1.6	CULTURA Y SEXUALIDAD . . . . .	105
1.6.1	Educación sexual, demografía y políti - cas de población . . . . .	106
1.6.2	Cambio sociocultural de la sexualidad . . . . .	111
1.6.3	Migración y sexualidad . . . . .	112
2.	<u>ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS</u> . . . . .	113
2.1	CUADROS . . . . .	123
3.	<u>CONCLUSIONES</u> . . . . .	158
4.	<u>ALTERNATIVAS DE SOLUCION</u> . . . . .	161
5.	<u>ANEXOS</u> . . . . .	163

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

La presente tesis se ha estructurado con el objetivo de conocer que tanto influyen los factores culturales y la educación sexual en la aceptación de la planificación familiar y la metodología anticonceptiva por la pareja joven de las comunidades rurales.

Este trabajo permite establecer una relación directa de la influencia de estos factores para una aceptación amplia de los métodos anticonceptivos, obteniéndose mejores beneficios para la población rural joven.

Por lo anterior, se considera que este trabajo es novedoso en el campo de la enfermería en virtud de que existe poca información sobre el tema.

Para realizar el análisis integral y sistematizado de este trabajo, esta tesis se ha estructurado en los siguientes capítulos:

En el primer capítulo se describe el marco teórico conceptual en donde se sustenta la teoría que apoyan las investigaciones realizadas para el desarrollo del trabajo.

En el segundo capítulo se contempla la interpretación y el análisis de los resultados obtenidos, en los que se observa que existe un bajo nivel escolar; ya que la educación primaria incompleta en el sexo femenino tiene un 29.61 % y al sexo masculino un 26.86 % repercutiendo en la aceptación de la planificación familiar y sobre todo la metodología anticonceptiva.

En el tercer y cuarto capítulo lo ocupan las conclusiones y las alternativas de solución respectivamente, entre las conclusiones la más relevante es el desinterés que existe por parte de los padres, las necesidades económicas y el nivel cultural de las poblaciones que de alguna forma impiden que se lleve a cabo correctamente el programa de planificación familiar.

En el quinto y último capítulo lo ocupan los anexos considerados de importancia para el desarrollo integral de la investigación.

## JUSTIFICACION

La presente investigación se realiza con la finalidad de conocer la importancia que ejerce la educación sexual en la formación del individuo, debido a que es un ser biopsicosocial influenciado por factores económicos, sociales y culturales; siendo estos los que condicionan su conducta respecto a su comportamiento sexual con énfasis en la relación con su pareja, especialmente en los módulos Morelia III, Tarímbaro, Uruétaro y Pátzcuaro se ha observado que las parejas jóvenes encuentran serias limitantes para la aceptación de la planificación familiar y la metodología anticonceptiva, ya que existe un grado académico bajo y el conocimiento de estos temas es muy incipiente, viéndose a los hijos como una fuerza de trabajo a futuro, las decisiones de la mujer están condicionadas por los padres o el esposo, matrimonio a temprana edad entre otros son factores que condicionan la aceptación de la metodología anticonceptiva en la vida rural.

Bajo estas circunstancias los pasantes de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia que participarán en la E.E.C. asignados a los módulos antes mencionados tienen interés en investigar más a fondo este problema que tiene gran trascendencia por las repercusiones que va a tener a corto plazo en la población por su repercusión ya que esto incrementa la morbilidad materno-infantil incrementando problemas de integración familiar que repercuten en el bienestar social de la comunidad.

## OBJETIVOS

### GENERAL:

- Analizar la influencia que tienen los factores culturales y la educación sexual en la aceptación de la planificación familiar y la metodología anticonceptiva por parte de la pareja joven.

### ESPECIFICOS:

- Identificar el grado de conocimiento de la educación sexual por la pareja joven.
- Detectar los factores que condicionan la aceptación de la planificación familiar.
- Proporcionar alternativas de solución a la problemática.

## HIPOTESIS:

A mayor educación sexual mayor será la aceptación de la planificación familiar y la metodología anticonceptiva por la pareja joven de las comunidades rurales de los módulos: Morelia III, Tarímbaro, Uruétaro y Pátzcuaro del Estado de Michoacán.

Los factores culturales repercuten directamente en la aceptación de la planificación familiar y la metodología anticonceptiva por la pareja joven de los módulos antes mencionados.

## VARIABLES

### VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Educación Sexual
- Factores Culturales

### INDICADORES:

- Edad.
- Sexo.
- Religión.
- Ocupación.
- Escolaridad.
- Datos migratorios de la pareja.
- Grado de conocimiento de la educación sexual.

### VARIABLES DEPENDIENTES:

- Aceptación de la planificación familiar por la pareja joven
- Aceptación de los métodos anticonceptivos por la pareja joven.

### INDICADORES:

- Grado de conocimiento de la planificación familiar.
- Usaria de planificación familiar.
- Conocimiento de la metodología anticonceptiva por la pareja joven.

## METODOLOGIA

La presente investigación es sociomédica porque estamos tratando de investigar un problema social que se da en la población purhepecha y además afecta a la salud sobre todo a la maternoinfantil; es retrospectiva ya que nos interesa la orientación que recibió la pareja joven durante su formación sobre la educación sexual. También es transversal porque nos abocamos al individuo adolescente hasta el adulto joven por que tiene ya características propias que nos pueden demostrar como se comporta la sociedad en la que viven y es comparativa porque investigamos si el nivel de conocimiento de la educación sexual repercute en la aceptación de la planificación familiar.

Para la integración del marco teórico se consultarán libros y revistas relacionados al problema, para recabar la información se captó en fichas de trabajo que posteriormente se analizó para después realizar la integración global del marco teórico.

La delimitación de la muestra se hizo a través de la observación directa de las comunidades y con el apoyo de las auxiliares de salud que por ser un líder de la comunidad conoce o esta enterada de la dinámica social de la región.

Una vez seleccionada la muestra se procedio a entrevistar y aplicar cuestionarios a la pareja al mismo tiempo y separadamente por dos entrevistadores con el fin de captar más veridicamente el conocimiento de cada uno de la pareja.

Para el procesamiento de datos se clasificó en tarjetas y concentrada a través de paloteo para posteriormente presentar la información en cuadros para su interpretación y así poder plantear alternativas de solución.

## 1.- MARCO TEORICO REFERENCIAL



## 1.- MARCO TEORICO REFERENCIAL

### 1.1. ASPECTOS GENERALES

#### 1.1.1. Situación actual del Estado de Michoacán

El Estado de Michoacán cuenta con una extensión territorial de 58 836 km<sup>2</sup>, en el cual se aseintan 8 236 localidades, correspondiendo el 87.8 % a la clasificación de menores de 500 a 2 499 habitantes y sólo el 2.1 % son localidades que tienen arriba de 10 000 habitantes, lo que indica que el 15.3 % de la población vive en localidades entre 500 a 2 499 habitantes y el 31.4 % en localidades mayores de 2 500 habitantes (INEGI 1990).

#### ESTADISTICAS VITALES

La población esperada para 1993 es de 3 718 943 de los cuales el 51.5 % correspondería a personas del sexo femenino es decir 1 915 255; de este número 905 789 son mujeres en edad fértil encontrándose unidas 562 602 mujeres; la población del Estado es una población inminentemente joven ya que el 26.5 % de está, corresponde a individuos de entre 0 a 19 años estos últimos datos demográficos son fundamentales ya que nos sirven para conocer el potencial de trabajo para el presente año.

Es elemental tomar en cuenta las estadísticas vitales con el propósito de orientar las actividades operativas al Programa de Planificación Familiar, así tenemos:

La tasa de natalidad por 1000 habitantes se encuentra por encima de la media nacional durante los años de 1985 a 1990 y el descenso en el Estado tomando en cuenta los cinco últimos años es de solamente del 4.86 % ya que en 1985 la tasa fue de 41.78 % y para 1990 registrará una tasa de 36.92 % por 1000 habitantes.

El comportamiento de la Mortalidad en general, en el Estado se registra un decremento del 0.95 % tomando en cuenta los mismos años señalados anteriormente ya que en 1985 la tasa fue de 5.80 % y en 1990 es de 4.85 % por 1000 habitantes, esto significa que ha disminuido la Mortalidad General en el Estado.

La Tasa de Fecundidad, registrada en los tres últimos años es la presentación de un descenso del 1.43 % ya que en 1988 la tasa fue 164.77 por 1000 habitantes. Es necesario

mencionar que esta tasa se encuentra también por encima de la media nacional.

La Tasa de Fertilidad, en 1985 existía una tasa de 180.75 habitantes, mientras que seis años después la tasa fue de 150.12 por 1000 habitantes. Lo que representa un decremento del 30.63 %.

La Tasa de Crecimiento Poblacional, ha ido en incremento en los últimos seis años, ya que, en 1985 se registra una tasa de 1.53 por 1000 habitantes, que para 1992 esa misma tasa se incrementa en un 0.6 %

La Migración Neta, en el Estado es de 17.2 % ocupando el 11 lugar a nivel nacional.

Otro aspecto fundamental es el grado de Educación de la población registrado en 1990, es de el 17.3 % de los mayores de 15 años no saben leer y escribir, ocupando en este aspecto el 8 lugar a nivel nacional.

La población económicamente activa, representa el 39.1 % de la población total del Estado, el número de hijos vivos por mujer es de 2.9 y el promedio de ocupantes por vivienda es de 5.2 individuos.

El Estado de Michoacán, es un Estado que aún no se ha descentralizado, por lo tanto, a nivel estatal cada institución maneja sus metas y actividades coordinadas por la institución rectora que es la Secretaría de Salud. \* (1)

---

(1) Programa de Planificación Familiar, Edit. DGPF, Mich., p. 1-4.

1.1.2 Situación actual de salud de los módulos: Morelia III, Tarímbaro, Uruétaro y Pátzcuaro.

Entre las causas de mortalidad encontradas en el periodo 91-92 son las siguientes por orden de incidencia.

Accidentes vehiculomotor  
Enfermedades del corazón  
Tumores malignos  
Deshidratación y gastroenteritis  
Homicidios  
Enfermedades cerebro vascular  
Perinatal  
Tuberculosis  
Insuficiencia renal.

Entre las causas de morbilidad tenemos:

Insuficiencia respiratoria agudas  
Diarreas  
Amibiasis  
Ascariasis  
Hipertensión arterial  
Traumatismos  
Fediculosis  
Dermatomycosis  
Parasitosis intestinal  
Picadura (alecrán) \* (2)

Los niños menores de 15 años y las mujeres en edad reproductiva constituyen la población más vulnerable. Entre los riesgos que puede sufrir el recién nacido: bajo peso al nacer, por deficiente nutrición, productos prematuros, alguna malformación congénita, traumatismos al nacer, aunado a esto embarazos no deseados y rechazo lo que da por resultado la esperanza de vida se vea disminuida.

Las mujeres que quedan embarazadas cuando son muy jóvenes todavía corren un riesgo mucho mayor de sufrir complicaciones durante el embarazo y el alumbramiento que las mujeres que han cumplido 20 años. Lo mismo cabe decir de las mujeres que quedan embarazadas cuando se acerca el final de la edad reproductiva. Esas complicaciones pueden perjudicar su salud

---

(2) Geratrachea M. Feala. Diagnostico de Salud del Module de Tarímbaro, 1992 p. 50.

y costarles incluso la vida. \* (3)

La tasa de natalidad varía de 3 a 5 nacidos vivos en los últimos seis meses. Es decir aproximadamente 0.75 % por 100 nacidos vivos en la población general.

La población infantil es la más afectada por las infecciones respiratorias agudas, causadas por los cambios bruscos de temperatura, características propias de la vivienda, así como la falta de una alimentación adecuada siendo más susceptibles a estas infecciones.

Así, la población infantil y la escolar la más vulnerable para las infecciones gastrointestinales como la amibiasis, salmonelosis, ascariasis y parasitosis intestinal. Por falta de higiene de los alimentos y del agua, así como las características propias de la vivienda.

Debido a que la población busca una mejor forma de vida el 40 % de la misma aproximadamente emigra al país vecino por temporadas acarreamo problemas de salud importantes.

Un porcentaje bajo de la población cuenta con atención de salud por parte del IMSS o ISSSTE, el resto de la población acude al centro de salud correspondiente de la Secretaría de Salud, o bien acuden con la auxiliar de salud para la obtención y asesoría de algún método anticonceptivo y la atención de necesidades primarias de salud.

En general la población no cuenta con las suficientes precauciones de llevar a la práctica buenos hábitos de higiene por su estilo de vida, aunado a esto la limitación de servicio de salud en estas zonas rurales dispersas.

La acción de las instituciones de salud han logrado en parte ayudar a la población pero siguen presentandose problemas de salud, lo que implica una mayor acción de estas para poder tener una población sana. \* (4)

---

(3) González C. Elba. Diagnóstico de Salud del módulo de - Patzcuaro, 1992 p.

(4) Servicios Coordinados de Salud del Estado de Michoacán - Información Básica en Salud. 1990

### 1.1.3. Factores Condicionantes de Salud por Módulo

#### 1.1.3.1 Módulo Morelia III

##### Localización:

Se localiza al norte del Estado a una altura de 1.950 mts. sobre el nivel del mar, su superficie es de 174.59 km<sup>2</sup>.

Limita al Norte con Tarímbaro y Alvaro Obregon

al Este con Indaparapeo

al Sur con Tzitzio

al Oeste y Suroeste con Morelia

Tiene 4 tenencias que forman al Mpio.

Pie de las mesas

Irapeo

Zurumbeneo

Escalera

##### Clima:

Templado con lluvias en verano tiene precipitación pluvial - con una temperatura que oscila de 4.5 a 36.4 C.

##### Orografía:

Su relieve lo constituye el sistema volcánico transversal, la Sierra de Mil Cumbres y Cerros de las Encinillas, Borregeras, Potrerillos e Ipaliós.

##### Hidrografía:

Se constituye por arroyos que desembocan en el Río Grande, - sin olvidar el denominado el Salto, que es un Río que viene de la Sierra de las Mil Cumbres y desemboca en forma de cascada y se encuentra antes de la comunidad de las Trojes. (5)

---

(5) Servicios Coordinados de salud del Estado de Michoacán; - op cit p. 213.

Recursos para salud.- Aproximadamente el 30 % de la población cuenta con atención médica por parte del Seguro Social o ISSSTE, el resto de la población acude al centro de salud más cercano ya sea en Zurumbeneo, Irapeo, la Loma, Pie de la Mesa comunidades que cuentan con centro de salud, pero en ocasiones no son atendidos por lo que van a Charo o Morelia.

Otro recursos de atención médica lo realiza el auxiliar de salud que atiende al menor de cinco años enfermedades agudas, control de embarazo, metodología anticonceptiva y actividades varias. No se puede descartar la atención a médico particular pero para esto último hay que tener recursos.

Recursos deportivos.- En todas las comunidades cuentan con una cancha de fútbol o una cancha de basquetbol sin un mantenimiento adecuado, realizándose juegos los fines de semana.

Recursos para la educación.- Las diez comunidades cuentan con Kinder y Primaria por lo que la mayor parte de la población de edad escolar cuenta con un mínimo de estudios de 6o. de primaria.

En las comunidades de las Mesas, Puerto de Buena vista cuentan con telesecundaria por lo que hay una educación media básica.

Si alguna persona de las otras comunidades que no cuenta con secundaria y tiene deseos de estudiar hasta Morelia o en alguna otra comunidad que le quede cerca.

Entre la población adulta un 80 % sabe leer y escribir o tiene un grado de 3o. o 4o. de primaria por lo que un porcentaje mínimo es analfabeta.

Muchas de las causas de que el estudiante no siga estudiando es porque tiene que trabajar para poder mantener a su familia o por falta de interés.

**Recursos para la seguridad pública.**- El Mpio. - de Charo cuenta con un Presidente Municipal, tesorero, secretario, así como regidores de los distintos ordenes, también cuenta con una comandancia de policía. En Puerto de Buenavista existe un módulo de policía. 1 (6)

**Recursos recreativos.**- La población encuentra una distracción en la celebración de las fiestas de la cabecera del Mpio. (Charo) como son las siguientes.

En febrero se efectúa el carnaval con torritos de patate que son recorridos en los barrios.  
Marzo o Abril la celebración de la Semana Santa.  
15 de Mayo la fiesta de San Isidro Labrador  
25 de Julio la fiesta de Santiaguillo Apóstol  
6 de Agosto del Señor de la Lampa  
29 de Septiembre la fiesta de San Miguel

Sin olvidar el 19 de Marzo la fiesta de San José. Cuenta con un parque público en el km. 23 de la carretera a mil cumbres.

Existen rodeos casi en la mayoría de las comunidades para la realización de jaripeos que se llegan a organizar.

En todas las comunidades se cuenta con una iglesia en la que se ofician misas cuando lo solicitan en la cabecera municipal.

**Recursos de alumbrado público.**- Sólo la comunidad que carece de luz eléctrica es la de las trojes siendo su única luz la solar y la utilización de velas por las noches.

El alumbrado público sólo existe en las comunidades de P. de Buenavista, Fco. I. Madero, La Goleta, Fco. J. Mujica siendo este un mayor riesgo por las noches para los habitantes de las que carecen alumbrado.

---

(6) Villanueva G. Facuei F. Diagnostico de Salud Módulo Mo -  
relia III. p. 30-31.

Abastecimiento de Agua.- Sólo en las Trojes no se cuenta con agua potable y se usa el agua que viene de la Sierra.

Todas las demás comunidades cuentan con agua potable pero en ocasiones es hervida, y sobre todo para lavar la ropa prefieren ir al río, siendo este un medio de contaminación del agua.

Recolección de Basura.- El servicio de recolección de basura en el módulo no existe el 90 % de la población la tira en terrenos baldíos provocando la contaminación del aire y suelo.

Disposición de Ecretas.- Las comunidades con servicio de drenaje sólo Puerto de Buenavista y Fcc. I. Madero comunidades restantes no cuentan con drenaje por lo que se ven obligadas a desochar en vía pública.

En la mayoría de las comunidades cuenta con letrina como baño, pero sin descartar que se practica el fecalismo al raz del suelo.

Establecimientos y Comercios.-En todas las comunidades se cuenta con servicio de molino indispensable para la población siendo un producto básico de consumo la tortilla.

El servicio de tienda en ocasiones encontramos de 2 a 3 por comunidad sólo en las Trojes se cuenta con una persona que vende refresco siendo este una de las bebidas más comercializables.

Para el abastecimiento de consumo de carne lo hacen matando sus animales o el ir a Morelia una vez por semana por productos básicos. \* (7)

Existen comerciantes ambulantes que llegan a las comunidades a vender sus productos o en ocasiones los mismos campesinos venden su cosecha.

---

(7) Villanueva García, Raquel P; Op. Cit. 38



### 1.1.3.2. Módulo Tarimbaro

El módulo tarimbaro perteneciente a la Jurisdicción sanitaria No. 1 Morelia, Michoacán, esta integrado por 10 comunidades de población rural dispersa, las cuales son las siguientes:

Mesón Nuevo  
El Fuesto  
Santa María  
Rancho Nuevo  
Col. Independencia  
Peña del Fanal  
El Colegio  
Ex. Hda. de Guadalupe  
Cañada del Herrero, y  
Jamaca.

La distancia que existe entre el Módulo de Tarimbaro y la capital del Estado (Morelia) es de 14 kilómetros, al norte se limita con Quitzeo del Porvenir, al sur con la ciudad de Morelia, al este con el Municipio de Alvaro Obregón y al oeste con Chucanero, las comunidades pertenecientes a este módulo encuentran en Tarimbaro un punto céntrico para sus diversas actividades.

La extensión territorial de el Municipio de Tarimbaro es de 228.92 km<sup>2</sup>, y una población total de 33,920 habitantes aproximadamente, perteneciendo a este Municipio 47 poblaciones en total.

En todas las comunidades se cuenta por lo menos con una cancha de fútbol o una de básquetbol para realizar actividades deportivas, las cuales no tienen un mantenimiento adecuado para su funcionamiento.

Las diez comunidades cuentan con un Kinder y Primaria, por lo que la mayor parte de la población en edad escolar cuenta con un mínimo de estudios (Primaria), entre la población adulta un 70 % sabe leer y escribir, mientras el 30 % restante es analfabeta, la causa de que muchos estudiantes no continúen con sus estudios es que son vistos como fuerza de trabajo para ayudar en el gesto familiar.

Existen diversas actividades festivas atrayendo gran afluencia de población al Municipio de Tarimbaro como son: Jarapeos, bailes, y celebraciones como el 8 de Septiembre que se celebra a la Virgen de la Escalera, el 29 del mismo mes a San Miguel Arcángel, el 22 de Noviembre festejan a Santa Cecilia, el Carnaval en donde se pasean por la calle -

los diversos toritos de petate elaborados por los artesanos - del lugar.

A pesar de los esfuerzos realizados por los comunitarios el alumbrado público de todas las comunidades es deficiente siendo básico para la seguridad pública.

En la mayoría de las comunidades no se cuenta con agua potable a disposición de la población sólo con pozos o manantiales que muchas de las veces no se encuentran en buenas condiciones de salubridad.

El servicio de recolección de basura en el módulo es inexistente, ya que el 90 % de la población tira la basura en tiraderos al aire libre.

La gente no cuenta con drenaje en su población viendose obligados a arrojar sus desechos en la vía pública.

Un 80 % de la población no cuenta con servicio de baño por lo que practica el fecalismo al raz del suelo o utilizan fosas septicas.

En todas las comunidades se cuenta con servicio de molino indispensable para la población, ya que la elaboración de tortilla es elemento básico de su nutrición.

Para el consumo de carne sólo cuando alguien sacrifica un animal para vender, lo que dificulta el consumo de carne en su dieta.

En las comunidades existen de 2 a 3 tiendas donde la población se abastece de algunos productos básicos, el resto los consiguen en mercados sobre ruedas de Tarímbaro o Morelia. \* (B)

---

(B) Garatachea M. Paula Diagnostico de Salud del Módulo Tarímbaro 1992, p.p. 50

### 1.1.3.3 Módulo Uruetaro

#### Recursos para la Salud

La población no cuenta con IMSS ni ISSSTE por lo que acuden a los centros de salud ubicados en Uruetaro, Cuto, Tarímbaro y Cuitzeo del Porvenir no pasando por alto el centro de salud de Morelia.

Centro de Salud Uruetaro tipo C, que se encuentra a 11 - km. aproximadamente de Morelia sobre la carretera a Zinape - cuaro atiende principalmente a las comunidades de: Colonia M. Hidalgo, Cuitzillo Chico, el Lometón y la Palma.

Centro de salud tipo C, Tarímbaro que atiende principalmente a las comunidades de: La Palma, Santa Ana Del arco y el Lometón; este centro se encuentra a 10 km. al norte de Morelia rumbo a la carretera a Salamanca.

Centro de Salud tipo C, Cuto que atiende principalmente a las comunidades de Felipe Angeles y Santa Cruz e incluso la Noria; el cual se localiza a 14 km. aproximadamente al norte de la capital Michoacana sobre la carretera rumbo a Salinas - ca.

En el caso de las comunidades de la Noria y Cuparotaro existe un Centro de Salud tipo C, en la comunidad de Coicaco aunque cabe mencionar que este Centro de Salud por lo regular no funciona por lo que la gente acude al Centro de Salud de Uruetaro.

Los Centros de Salud antes mencionados cuentan solamente con un médico pasante y a veces médico adscrito y una enfermera y a veces pasante de enfermería. Cuando se requiere atención más especializada acuden al Centro de Salud de Morelia.

#### Recursos Deportivos y Creativos

En las diez comunidades se cuenta con cancha para basquetbol misma que es utilizada para jugar futbol soccer. Hay gran asistencia a los eventos como jaripeos y bailes; sobre todo en los días de fiesta de alguna rancharía. Es importante mencionar que como la religión que predomina es la católica se festejan también los días que corresponden a estas fiestas.

## Recursos Educativos

Cada comunidad cuenta con un Jardín de Niños y una escuela Primaria, la Secundaria la cursan por lo general en Tarímbaro o bien en Morelia. En casos en donde los jóvenes estudian Bachillerato lo realizan en Morelia o bien en Alvaro. En las diez comunidades se cuenta con programa de alfabetización para adultos.

## Seguridad Pública

En cada comunidad se encuentra un encargado del orden personal que se coordina con las autoridades de Tarímbaro para todos los asuntos legales y policíacos.

## Servicios Públicos

A excepción de Santa Cruz las comunidades cuentan con drenaje y alumbrado, en el caso de San José existen áreas en las que no hay drenaje, obvio que en las diez comunidades energía eléctrica; el agua es potable y en un 95 % es extra-domiciliaria.

## Eliminación de Excretas y Basura

La basura es quemada en lugares poco apartados de las comunidades, por lo que se puede observar que afecta directamente a la población. Las excretas que se conservan en las calles pertenecen a los animales de corral que posee la gente; en el caso de Santa Cruz se utilizan las letrinas.

## Establecimientos y Comercios

En un 60 % de las comunidades se cuenta con un molino, el cual es de suma importancia en la población, la carne se vende periódicamente anunciando por medio del sonido local - que familia esta vendiendo carne de cerdo, de res o bien de pollo para que la gente acuda a consumir. Existe en cada comunidad por lo menos una tienda de abarrotes la cual cuenta con lo indispensable para la comunidad; existe también el comercio ambulante (en camioneta) que recorre la ranchería ofreciendo productos básicos. En el caso de que se requieran otro tipo de productos se acude a la Ciudad de Morelia.

### Hábitos de Salud

La gente por lo general hierve el agua que bebe, lava los alimentos a consumir y por lo menos la persona encargada de preparar la comida se lava las manos. Falta más orientación sobre hábitos de salud, puesto que no se lavan las manos antes de comer y después de ir al baño.

En su mayoría la gente por las mañanas barre sus predios limpia los alrededores de establos o corrales. \* (9)

---

(9) Hernández Rivera, Armando: Diagnóstico de comunidad. - Uruétero Michoacán, Morelia 1992.

#### 1.1.3.4. Módulo Pátzcuaro

##### MEDIO GEOGRAFICO:

El módulo Pátzcuaro perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria No. 4 Pátzcuaro, Michoacán, cuenta con 10 comunidades de población rural dispersa. Las cuales pertenecen a 4 Municipios M. de Pátzcuaro (La Tinaja), M. de Tzintzuntzan (buena Vista, Corrales y las Cuevas; M. de Erongaricuaró (Nocutze - po, San Francisco Uricho y Pucuaró) y el M. Salvador Escalante (Paramuen, Camembaro y Cuitzitan).

Los cuatro Municipios se limitan al norte con Morelia, al sur con Ario de Rosales, al oeste con Quiroga y Uruapan y este con Tacámbaro.

Las comunidades que integran el M. Erongaricuaró, al norte con Quiroga, al sur Pátzcuaro, al este con la Zarcamora y al oeste con Iago de Pátzcuaro.

En cuanto al Municipio de Pátzcuaro, al norte con Morelia, este con Salvador Escalante, al oeste Lagunillas, y el este a Erongaricuaró.

Del M. de Salvador Escalante se comuna al norte con Pátzcuaro, sur Ario de Rosales, este con Huamiqueo y oeste con Tacámbaro.

Y por último el Municipio Tzintzuntzan limita al norte Iago de Pátzcuaro, sur con Pátzcuaro, este con Cucuchuco y al oeste con Lagunillas.

##### Recursos para la Salud

Las comunidades del Municipio de Erongaricuaró, reciben atención en la clínica IMSE/COPLAMSA de Tocuaro, al Centro de Salud de Erongaricuaró; las comunidades pertenecientes al Municipio de Pátzcuaro al Centro de Salud de Lagunillas; las del Municipio de Paramuen la Clínica de Ario de Rosales y el Centro de Salud de Santa Clara y las comunidades del Municipio de Pátzcuaro al igual que las demás comunidades se brinda atención en el Centro de Salud de Pátzcuaro y el Hospital de Salud.

Asimismo cuentan con servicios médicos particulares - siendo poco el porcentaje que acude, por lo tanto acuden a farmacias de tal manera que adquieren medicamentos sin previa revisión médica o bien se curan con medicina tradicional (hierbas).

Asimismo cuenta la propia comunidad con parteras empíricas, huseros y la auxiliar de salud que juega un papel muy importante dentro de la comunidad que nos permite conocer las condiciones de salud de la propia comunidad.

#### **Morbimortalidad**

Las principales causas de morbilidad se presentan en la población infantil siendo la más vulnerable en primer lugar las infecciones respiratorias y en segundo lugar las gastrointestinales, ya que la población no toma en cuenta las medidas preventivas concernientes para disminuir las.

En cuanto a la mortalidad tenemos que se presenta en personas adultas siendo a complicaciones de problemas cardiovascular, diabetes.

#### **Recursos Deportivos**

Todas las comunidades cuentan con cancha de fútbol y solo algunas de básquetbol. Siendo lugares recreativos para la familia, asimismo realiza faenas para mantenerlas en buenas condiciones.

#### **Recursos Educativos**

Todas las comunidades cuentan con el nivel básico escolar: Kinder, Primaria y Secundaria, solo dos comunidades no cuentan con Secundaria por lo que acuden a la comunidad cercana.

En caso de que el alumno desee cursar otro nivel escolar acudirá a Patzcuaro, Lagunillas, Arrio de Rosales o bien Morelia.

#### **Recursos Recreativos**

Ya sea la comunidad cuenta con un lugar para realizar actividades culturales: corte, cocina, tejido. En caso de no contar se reúnen en casa de alguna de ellas, o bien en la escuela por las tardes.

#### **Recursos de Alumbrado Público**

El alumbrado público es deficiente en las comunidades

siendo básico para el desarrollo de la propia comunidad. Así también es deficiente el servicio de luz eléctrica en las casas.

#### Abastecimiento de agua

La mayoría de las comunidades cuentan con agua potable, siendo el abastecimiento deficiente por lo que acuden a traer agua de pozos en malas condiciones para realizar sus actividades, del hogar.

#### Recolección de Basura

La mayoría de las comunidades juntan la basura, ya sea la queman, la entierran, o bien la utilizan como abono.

Asimismo la insuficiente recolección de esta crea problemas antihigiénicos que dan lugar a ciertos problemas de salud.

#### Disposición de excretas

La mayoría de las poblaciones cuentan con letrinas o pozos negros manteniéndose en malas condiciones por lo que son problemas básicos y una fuente de infección para los habitantes de la población.

Sin embargo aún existe el fecalismo al ras del suelo, ocasionando graves problemas de salud principalmente a la población infantil.

#### Establecimientos y Comercios

En general cuenta con tiendas teniendo al alcance sólo lo básico, así como también molino de nixtamal. Sólo algunas comunidades cuentan con caseta telefonica y otros servicios.

En caso de que requieran algún servicio que no este a su alcance acuden al Municipio perteneciente, o bien a Patzcuaro, Ario de Rosales o hasta Morelia. \* (10)

---

(10) González Dr. Elba; Dr. de Salud de la Comunidad "Nocut - zepo", Patz. Mich. 1952.



## 1.2 ANATOMIA DEL APARATO REPRODUCTOR

### 1.2.1 Femenino

#### Organos Genitales Externos

Son las partes visibles desde el exterior que comprenden el conjunto de órganos que se encuentran desde el borde inferior del pubis del perine y que genéricamente se les conoce con el nombre de vulva.

La vulva consiste en el monte de Venus, los labios mayores, el clitoris y las estructuras glandulares; el vestíbulo y el meato uretral, el orificio de la vagina conocido también como introito, el hímen, y los bulbos del vestíbulo.

El tamaño forma y coloración de las diversas estructuras al igual que la distribución de vello, varían de entre los individuos y los grupos raciales. El vello púbico normal en la mujer se encuentra distribuido en un triángulo invertido con la base sobre el monte de Venus. El tipo de vello depende de la pigmentación de la mujer. Varía desde el grueso ondulante y abundante, al sedoso, esoso, fino de tipo lanugo. El primero se observa en las mujeres de raza negra y el segundo entre las mujeres orientales.

La longitud y tamaño de las diversas estructuras de la vulva están influenciados por la arquitectura pélvica, como lo está también la posición de los genitales externos en la región perineal.

#### Monte Fubianc

Es una prominencia localizada por delante de la sínfisis del pubis, formada por tejido adiposo y cubierta de piel pigmentada, que en la pubertad se cubre de vello, formando un triángulo de base superior.

#### Labios mayores

Los labios mayores son dos cojinetes redondeados de tejido que se originan en el monte de Venus y terminan en el perineo. Forman los límites bilaterales de la vulva y tienen una longitud aproximadamente de 7 a 9 cm. y de 2 a 4 cm. de anchura, variando en tamaño con altura, peso, raza, edad, paridad y arquitectura pélvica. Desde el punto de vista ontogénico, estos pliegues permanentes de la piel son los homólogos del escroto en el varón. El vello está distribuido sobre

su superficie extendiéndose hacia la región del monte de venus de un lado a otro. Las superficies laterales adyacentes a la superficie lateral del muslo, formando un surco profundo cuando las piernas se hallan juntas. Las superficies mediales de los labios mayores pueden oponerse una con la otra directamente o pueden hallarse separadas por la protusión de los labios menores. La hendidura que se forma por esta oposición antes se denominaba comisura anterior. Por atrás la hendidura está definida con más claridad y se denomina comisura posterior. La porción media de la hendidura entre los labios es la hendidura vúlvar.

Por debajo de la piel se encuentra una capa muscular - delgada mal desarrollada que se llama túnica de Dartos labial cuyas fibras corren casi todas en ángulos rectos a las arrugas de la superficie, formando un patrón de líneas entrecruzadas descendiendo en profundidad en relación con la capa de dartos, se encuentra una delgada capa de reconocible en la mujer vieja o en la joven debido a la gran cantidad de tejido adiposo y areolar que contiene.

Se hallan numerosas glándulas sudoríparas en los labios mayores, en gran parte sobre la cara medial. En la substancia profunda de los labios se encuentran bandas de músculo longitudinales que se continúan con el ligamento redondo del útero a medida que sale del conducto inguinal.

Ocasionalmente se puede observar un proceso vaginal peritoneal persistente en la región superior de los labios. En la mayoría de las mujeres ha sido imposible diferenciar la presencia del músculo cremasterico más allá de su lugar de origen.

#### Labios Menores

Constituyen dos pliegues de piel que se encuentran en el interior de la hendidura vúlvar y miden aproximadamente 5 cm. de longitud y .5 a 1 cm. de espesor. La anchura varía según la edad y la paridad, midiendo 2 a 3 cm. en su diámetro más estrecho y de 5 a 6 cm. en el más ancho, con arrugas múltiples sobre la superficie. Empiezan entre la base del clítoris, en donde la fusión de los labios es continua con el prepucio, extendiéndose posterior y medialmente hacia los labios mayores en la comisura posterior. En sus caras mediales por arriba y por abajo del clítoris se unen para formar el frénulo adyacente a la uretra y a la vagina, terminando a lo largo del himen en el lado derecho izquierdo de la fosa navicular y posteriormente en el frénulo de los labios mayores, justo por arriba de la comisura posterior. Se forma una hen-

dídura profunda sobre la superficie lateral entre el labio mayor y labio menor, la piel sobre los últimos es lisa y pigmentada.

El color y la distensión varían dependiendo del nivel - de excitación sexual y de la pigmentación de la mujer. Las glándulas de estos labios son homólogas a las glándulas del prepucio de la porción perineana de la úretra masculina.

### Clitoris

Es el homólogo de la parte dorsal del pene y consiste en dos pequeños cuerpos cavernosos de tejido eréctil, que terminan en un glande rudimentario. El cuerpo eréctil, el cuerpo clitorideo, consiste en las dos raíces de los cuerpos cavernosos y del glande clitorideo, con piel suprayacente y prepucio, una ministrura al glande del pene. Las ramas se extienden bilateralmente hacia afuera a su posición anterior de la vulva. El tejido cavernoso, homólogo al cuerpo esponjoso al pene del varón, aparecen en el patrón vascular de los labios mayores en la mujer. En el borde inferior del arco púbico, una pequeña banda triangular fibrosa se extiende sobre el clitoris para separar las dos ramas, que se dirigen hacia adentro, hacia abajo y lateralmente en este punto, cerca de las ramas de la sínfisis del pubis. Las ramas vacan inferiores a los músculos y cuerpos cavernosos. El glande está situado arriba en la terminación fusionada de las ramas. Se compone de tejido eréctil y contiene piel en forma de cauchón, denominada prepucio. Sobre su superficie ventral, hay un frenillo del clitoris, la unión fusionada de los labios menores.

### Vestíbulo

La zona vestibular está limitada por los labios menores a los lados, por el frenillo pudendo por detrás y por la uretra y el clitoris por delante. Por abajo está bordeado por el himen, la apertura de la vagina con el vestibulo está limitada por una membrana que se estira desde hacia atrás hacia los lados y hasta la superficie del orificio uretral externo (esta membrana se denomina himen). Su forma y abertura varían depende de la edad, paridad y experiencia sexual; la forma de la abertura puede ser infantil, anular, semilunar, cribiforme, tabicado o vertical, el himen puede aun no estar perforado. En la mujer múltipara y en el estado postcoito, los pingajos del himen se denominan carúnculos multiformes. El orificio uretral externo, que está aproximadamente 2 a 3 cm. posterior el clitoris, sobre una superficie algo elevada

es irregular con zonas deprimidas a los lados, puede aparecer en forma estrellada o de luna creciente. Se caracteriza por muchos pequeños pliegues de mucosa alrededor de su abertura, bilateral sobre la superficie se encuentran los orificios de las glándulas para y periuretrales. Aproximadamente en las posiciones 5 y 7 del reloj, externas a los anillos del hímen se encuentran dos elevaciones papilares pequeñas que representan los orificios de los conductos de las glándulas mayores de la mujer. La fosa navicular yace en la orquilla vulvar y el anillo del hímen. La piel que rodea al vestíbulo está recubierta de epitelio escamoso estratificado, con escasas de papilas y de clavos interpapilares. \* (11)

### Glándulas Vestibulares

Las glándulas mayores o de Bartholin tienen un conducto que mide cerca de 5 mm. de diámetro. La glándula se encuentra inferior y lateral al músculo bulbocavernoso. La glándula es túbuloalveolar, con una cápsula delgada y tabiques de tejido conjuntivo que la dividen en lóbulos, en los cuales se encuentran a veces fibras de músculo liso. El epitelio es cubcideo o columnar de color pálido, y su citoplasma contiene gotitas de mucinas y esférulas de coloides con inclusiones acidófilas.

El epitelio del conducto es de tipo simple y su orificio es escamoso y estratificado como el vestíbulo. La secreción es clara, viscosa, produciendo una sustancia mucoides filamentosas con pH alcalino, la secreción es activa durante la actividad sexual. No obstante después de la edad de 30 años, las glándulas sufren involución, se atrofian y se encogen.

### Glándulas de Skene

Son dos y se encuentran a cada lado posterolateral del meato urinario, produce moco que lubrica al vestíbulo, estas se infectan con relativa frecuencia.

### Organos Internos

#### Vagina

La vagina es una estructura tubular que tiene una por -

(11) Benson, Pernoll: Diagnostico y Tratamiento Gineco-obstétricos. Edit. Manual Moderno Sa. Edición México 1939 p.p 136-143.

porción colocada dentro de la pelvis y una porción colocada - en el perine, divididas ambas por el músculo elevador del ano que se adosa aproximadamente a su parte media, profundamente se adhiere el cervix, de tal manera que forma alrededor de él, o los llamados fornices, anteriores, posterior y laterales. \* (12)

Contiene musculo membranoso que se extiende desde la vúlva hasta el útero, se relaciona con la vejiga por su parte anterior, y con el recto por su cara posterior. Sirve como conducto excretor del útero como órgano de la cúpula y, como conducto de parto. Su dirección es curva de fuera hacia dentro y de abajo hacia arriba.

Mide de 8 a 10 cm. de longitud, es muy distensible y tiene muchas arrugas transversales. Se inserta en el útero formando los fondos de saco anterior, posterior y laterales; se encuentra formada por epitelio pavimentoso, capa muscular y tejido conectivo. Se sostiene en su sitio mediante los ligamentos cardinales o de Mackenrodt y el músculo elevador del ano.

#### Útero

Es un órgano muscular hueco, situado en la parte profunda de la pelvis, de forma periforme; está invertido y aplanado ligeramente en sentido anteroposterior. Para estudiar el útero se divide en tres partes: Cuerpo o parte superior, istmo que es la zona que se abelgaza formando una depresión y cervix o parte inferior.

El cuerpo está aplanado de manera que la longitud de lado a lado es mayor que la longitud anteroposterior y resulta a un mayor en las mujeres que ya han parido. La superficie vertical anterior es casi plana; la superficie posterior es convexa. Las trompas uterinas se unen al útero en los ángulos superiores laterales. La porción redonda que se extiende por arriba del plano que pasa a través de los puntos de inserción de las dos trompas se denomina fondo. Esta porción es la región de máxima anchura. La cavidad del cuerpo, vista por el frente o por detrás, es burdamente triangular con la base invertida.

La comunicación de la cavidad abajo con la cavidad del

(12) Núñez, Maciel; Ginecología y Obstetricia, 3a. Edición - A.M.H.G.O. No. 7 IMSS, Mexico 1991, p. 32

cuello corresponde en posición al istmo y forma el orificio interno del útero. El cuello tiene forma parecida a un barril y su extremo inferior se une a la vagina y esta dividida en una porción supravaginal y una parte vaginal por una línea de inserción. Cerca de la cuarta parte de la superficie anterior y la mitad de la superficie posterior del cuello pertenecen a la porción vaginal. En la extremidad de la porción vaginal esta la abertura que conduce a la vagina, el orificio externo uterino, que es redondo u oval antes del parto, pero que adquiere forma de hendidura transversa en mujeres que ya han parido, esta limitada por los labios anteriores y posterior; la cavidad del cuello es fusiforme, con pliegues longitudinales o arrugas y se extiende desde el orificio interno hasta el orificio externo.

El tamaño del útero varía de acuerdo bajo condiciones normales de edades diferentes y estados fisiológicos distintos. En la mujer adulta, que nunca ha tenido descendencia, mide aproximadamente de 7 a 8 cm. de longitud y de 4 a 5 cm. en su punto más ancho. En el período prepupal es bastante más pequeño. En las mujeres que han parido es mayor: su forma tamaño y características en el embarazo se modifican considerablemente dependiendo de la etapa de la gestación.

En condiciones normales, el útero forma un ángulo agudo con la vagina de manera que su superficie anterior yace sobre la vejiga y el cuerpo está en plano horizontal cuando la mujer se encuentra erguida. Hay flexión en la región del istmo, en la cual el cuello uterino entonces mira hacia abajo. Esta posición es la anteversión normal o la angulación del útero, aunque puede estar colocado hacia atrás (retroversión). La flexión hacia adelante en el istmo refiere sin angulación (posición militar); o hacia algún lado (lateroverción). La flexión hacia adelante en el istmo refiere la ante-flexión o puede haber retroflexión correspondiente o flexión lateral. No hay una línea precisa de demarcación entre el estado normal y el patológico de la angulación anterior.

El cuerpo del útero descansa sobre las superficies superiores de la vejiga, separado por la bolsa uterovesical del peritoneo. Toda la pared anterior del cuello se encuentra debajo del piso de esta bolsa, y está separado de la base de la vejiga sólo por tejido conjuntivo. Por atrás la cubierta peritoneal se extiende hacia abajo, hasta la porción más alta de la vagina por lo tanto toda la superficie posterior del útero se encuentra cubierta por peritoneo y la pared posterior convexa está separada por la bolsa recto uterina (fondo de saco o bolsa de Douglas). Las asas del intestino delgado pueden reposar sobre la parte posterior del útero y pueden aparecer en la bolsa rectouterina. Lateralmente esta relación

nado con las diversas estructuras contenidas dentro del ligamento ancho, las trompas uterinas, el ligamento redondo, y el ligamento del ovario; la arteria y las venas uterinas y el uréter. A medida que los uréteres pasan a la vejiga corren paralelas con el cuello por una distancia de 8 a 12 cm. la arteria uterina cruza el uréter en dirección anterosuperior cerca del cuello aproximadamente a 1.5 cm. de la cúpula lateral de la vagina. En efecto el ureter pasa por debajo de la arteria uterina.

## Ligamentos

Aunque el cuello del útero esta fijo, el cuerpo esta libre para ascender y descender con el llenado y vaciamiento de la vejiga. Los llamados ligamentos suspensorios del útero consiste en los ligamentos uterosacros, los ligamentos transversos del cuello (ligamentos cardinales, soportes cardinales, ligamento transverso del cuello, ligamentos de Mackenrodt), los ligamentos redondos y los ligamentos anchos. El cuello esta sumergido en un tejido llamado parametrio y contiene variables de músculo liso. Hay dos pares de estructuras continuas con el parametrio y con la pared del cuello; los ligamentos uterosacros y el ligamento transverso del cuello el último constituye el medio principal de sostén y suspende el útero de las paredes laterales de la pelvis menor. Los ligamentos uterosacros de hecho son pliegues posteriores del peritoneo provenientes del ligamento ancho. Consisten primordialmente de haces nerviosos del plexo hipogástrico y contienen fibras pre y postganglionares y fibras C de los segmentos simpáticos lumbares, parasimpáticos en parte de los componentes sacros y en parte fibras C o sensoriales de los segmentos medulares.

Los ligamentos cardinales estan compuestos de fibras longitudinales de músculo liso que originan arriba del útero y abajo de la vagina, extendiendose como abanico hacia la fascia visceral para formar junto con el orificio interno del cuello el sostén primario del útero. Hay un defecto natural en el músculo en sus lados (hilo del útero) y en el istmo cervical donde la vascularización, la inervación penetran en el útero. Los ligamentos redondos del útero, aunque no forman soporte verdadero, pueden contribuir al sostén del cuerpo uterino en su posición típica sobre la vejiga. Estos ligamentos consisten de cortes fibrosos que contienen músculo liso provenientes de la capa externa del cuello uterino. Desde un punto de inserción en el útero, inmediatamente por debajo del punto del ligamento ovárico, cada ligamento redondo se extiende hacia abajo, lateral y hacia adelante entre las dos capas del mesometrio, hacia el anillo inguinal abdominal al

cual atraviesa y hacia el conducto inguinal para terminar como abanico abierto en los labios mayores y continuarse con el tejido conjuntivo.

El ligamento redondo del útero es el gubernaculum vestigial en la mujer, va acompañado por una rama fonicular de la arteria ovárica, por una rama del plexo venoso ovárico y en la parte inferior de su curso por una rama de la arteria epigástrica inferior, sobre la cual pasa al penetrar en anillo inguinal. A través del conducto inguinal, va acompañado por el nervio inguinal y la rama espermática externa del nervio genitofemoral.

El ligamento ancho consiste en un pliegue trasverso de peritoneo que surge del piso de la pelvis entre el recto y la vejiga, y proporciona un sostén mínimo. Además del soporte estático de estos ligamentos, el diafragma pélvico (elevador del ano) proporciona sostén dinámico e indirecto. Estos músculos no se ponen en contacto con el útero pero ayudan a sostener la vagina y a mantener el piso pélvico para que resista la presión descendente. La eficacia de estos músculos depende un peritoneo intacto (cuerpo pineal, músculos bulbo-cavernosos y cuerpo), ya que si esta lacerado o debilitado, los ligamentos se estirarán gradualmente y el útero descenderá; de hecho, el útero y sus componentes son una unidad continua junto con la vagina.

#### Capas de la Pared Uterina

La pared del útero es muy gruesa y consiste de tres capas:

**Capa externa:** Serosa o peritoneo, sobre todo el cuerpo excepto en la parte anteroinferior, o sea la que se relaciona con la vejiga. Esta capa origina una serie de esfuerzos que dan lugar a los elementos de fijación del útero que son: ligamento redondo, ligamento uterosacro, ligamento cardinal y ligamento ancho.

**Capa muscular:** Media o miométrio; es la más gruesa y resistente, esta formada por fibras musculares lisas dispuestas en capas entrelazadas y mezclado con tejido elástico constituido por fibras musculares circulares longitudinales y arciformes.

**Capa interna:** Endometrio; capa que reviste la cavidad uterina, que sufre cambios cíclicos por efecto hormonal y que al desprenderse da lugar a la menstruación.



Esta formada por epitelio columnar que contiene una gran cantidad de glándulas y vasos sanguíneos de dos tipos arterias rectas y arterias en espiral.

#### Trompas de Falopio

Las trompas uterinas sirven para conducir los óvulos al útero. Se extienden desde los ángulos superiores del útero a la región de los ovarios, corriendo en el borde superior del ligamento ancho (mesosalpinx). El curso de cada trompa es casi horizontal al principio y ligeramente hacia atrás. Al alcanzar el polo inferior (polo uterino) del ovario, la trompa empieza a ascender y corre paralela con el borde anterior (mesovárico), luego se arquea hacia atrás sobre el polo superior del ovario y desciende posteriormente para terminar en contacto con la superficie medial. Cada trompa tiene una longitud de 7 a 14 cm. y puede dividirse en tres partes: istmo, ampolla e infundíbulo. El istmo constituye la región estrecha y casi recta adyacente al útero; tiene una trayectoria intramural larga y se abre en el interior del útero, este orificio uterino mide casi 1 mm de diámetro. Siguiendo al istmo se halla la ampolla, que es más ancha y tortuosa. Termina en una dilatación como embudo, el infundíbulo. Los márgenes del infundíbulo están orleados por numerosos procesos divergentes. Las fimbrias, de las cuales, la más larga la fimbria ovárica, se encuentra insertada al ovario. La boca del infundíbulo en forma de embudo, el orificio abdominal, tiene alrededor de 3 mm de diámetro y conduce a la cavidad peritoneal, aunque es probable que se adhiera a la superficie del ovario durante la ovulación.

La pared de la trompa tiene cuatro capas: serosa (peritoneal), subserosa o adventicia (fibrosa y vascular), muscular y mucosa. Cada trompa se encuentra cubierta en una capa peritoneal, excepto por una pequeña tira sobre su superficie inferior, en donde se encuentra insertado el mesosalpinx. En los márgenes del infundíbulo y de las fimbrias, esta cubierta peritoneal se vuelve continúa con la mucosa que recubre el interior de la trompa. La vascularización sanguínea y la inervación se encuentran en el interior de esa capa. La cubierta muscular tiene una capa de fibras longitudinales exteriores y una capa de fibras circulares interiores de músculo liso, más prominentes y continuas con las del útero en el extremo uterino de la trompa. La cubierta mucosa tiene epitelio columnar ciliado con pliegues burdos longitudinales, simples en la región del istmo pero volviéndose más elevados y complejos en la ampolla. El revestimiento epitelial se extiende hacia afuera en el interior de las fimbrias, el movimiento de los cilios está dirigido hacia el útero.

El infundíbulo está suspendido del borde pélvico por el ligamento infundibulopélvico (ligamento suspensorio del ova - rio). Esta porción de la trompa puede reunirse con la punta de la apéndice y fusionarse con ella.

#### Ovarios

Los ovarios son órganos pares situados cerca de la pared en cualquier lado de la pelvis menor, un poco por abajo del borde. Cada uno mide de 2.5 a 5 cm. de longitud, de 1.5 a 3 cm. de anchura y de 0.7 a 1.5 cm. de espesor, pesando alrededor de 7 a 8 gr. Tiene dos superficies, medial y lateral; dos bordes, anterior o mesoovárico y posterior libre; y dos polos, el superior o tuboovárico y el inferior o uterino. Cuando el útero y los anexos se encuentran en posición normal el eje largo del ovario se encuentra casi vertical, pero se dobla algo medial y hacia adelante hacia el extremo inferior, de manera que el polo inferior tiende a señalar hacia el útero. La superficie medial es redondeada y posteriormente puede tener numerosas cicatrices o elevaciones que señalan la posición de los infundíbulos foliculos en desarrollo y los sitios de rotura de los mismos.

La porción superior de la superficie está suspendida por el extremo con fimbrias de la trompa uterina y la restante está en relación con asas del intestino delgado. La superficie lateral tiene forma semejante y ve a a la pared pélvica en donde forma una depresión distinta, la fosa ovárica. La fosa está cubierta por peritoneo y esta limitada arriba por los vasos iliacos externos, y abajo por los vasos obturadores y el nervio del mismo nombre; su límite posterior está formado por el uréter, la arteria, las venas uterinas, y la inserción pélvica del ligamento ancho tiene localización anterior, el borde mesoovárico o anterior.

Los ovarios tienen una parte central (medula) y otra externa (corteza); la primera está constituida por tejido conjuntivo laxo y gran cantidad de vasos; sin embargo, la corteza es asiento del tejido germinativo. Estos órganos son los encargados de producir las células reproductoras y es la fuente principal de las hormonas femeninas: estrógenos y progesterona. \* (13)

## 1.2.2 Aparato Masculino

El aparato genital masculino esta constituido por:

Glándulas	Conductos
Testículos	- Epidídimo
Vesículas seminales	- Conductos deferentes
Próstata	- Vesícula seminales
Glándulas de Cowper	- Conductos eyaculadores
	- Uretra

### Elementos de sostén

Escrótó  
Pene  
Cordones espermáticos  
Cremáster  
Ligamento suspensor

**Testículos.**— Los testículos son dos órganos glandulares cuya función primordial consiste en producir espermatozoides. En su etapa primitiva son órganos abdominales, y un poco antes del nacimiento descienden para ocupar el escroto. Son de forma ovoide y miden 4x2. 5x1.5 cm. Se sostiene en su sitio gracias al cremáster, el cual esta compuesto de tejido muscular con propiedades particulares, ya que se contrae con el frío (acercando los testículos con el abdomen) y se dilata con el calor (retirándolos), para mantener los testículos a una temperatura uniforme.

Cada testículo cuenta con varios cientos de lóbulos y cada lóbulo tiene varios túbulos seminíferos. Las paredes interiores del túbulo seminífero se encuentran formadas por epitelio germinal, el cual produce los espermatozoides y las hormonas masculinas (andrógenos).

A partir de la pubertad el tejido germinal empieza a funcionar y continúa haciéndolo durante toda la vida del individuo (espermatogénesis).

Los túbulos seminíferos, aproximadamente 1000, confluyen en la parte superior del testículo y desembocan en el epidídimo.

**Epidídimo.**— Este es un conducto de 5 cm. de longitud que se adosa con la cara posterior de cada testículo de arriba a abajo, y es el lugar en que se efectúa la selección natural de los espermatozoides, al iniciarse la maduración de éstos.

**Conducto deferente.**- Es la continuación del epidídimo, consiste en un conducto de 30 a 40 cm. de longitud que se sale del escroto; se dirige al conducto inguinal y lo atraviesa haciéndose en esta forma abdominal, terminando en la base de la vejiga urinaria.

**Vesículas seminales.**- Son ampliaciones del conducto de ferente, de tejido membranoso, fácilmente distensible, con capacidad contráctil, cuya función consiste en coleccionar los espermatozoides para que terminen su proceso de maduración, además de constituir parte de la vía espermática.

**Conductos eyaculadores.**- Estos parten de las vesículas seminales; son pequeños túbulos de 15 a 20 mm. de longitud que desembocan en ambos lados de la uretra prostática.

**Uretra.**- Constituye un conducto más largo en el hombre que en la mujer; mide de 14 a 20 cm. de longitud por 10 a 20 mm. de diámetro, y se extiende desde el cuello de la vejiga hasta el extremo distal del pene; cumple una doble función; la eliminación de la orina y la evacuación del esperma.

**Próstata.**- Se trata de un órgano impar de naturaleza glandular ubicado en la parte inferior de la vejiga; rodea la porción inicial de la uretra; mide 30 x 25 mm. y pesa de 20 a 25 gr. En el interior tiene varios conductos excretores que se abren en la porción prostática de la uretra, a través de ellos vierte su secreción, que forma parte del líquido eyaculado y le da su carácter alcalino.

**Glándulas de Cowper.**- Son dos pequeñas estructuras glandulares por debajo de la próstata, a los lados de la uretra, de 5 mm. de longitud, que desembocan en la uretra mediante los tubos excretores, con los cuales eliminan una secreción mucosa espesa, grasácea, de pH alcalino, que tiene como función lubricar el medio y neutralizar la acidez vaginal.

**Escroto.**- Bolsa impar media situada abajo de la sínfisis del pubis, entre los muslos; está constituido por piel delgada, de color oscuro, elástica y distensible, con numerosos pliegues transversales cubiertos de pelos largos y rígidos esta piel es tan rica en glándulas sudoríparas y sebáceas.

**Pene.**- Órgano masculino de la copulación; deposita el semen en la vagina; está situado encima del escroto, delante de la sínfisis pública; tiene forma cilíndrica, mide de 9 a 10 cm. de longitud y 18 a 20 mm. de diámetro en estado flácido y de 15 a 20 cm. de largo por 3 a 4 cm. de diámetro en estado de erección, promedio.

El extremo posterior o raíz del pene está fijo a la sínfisis del pubis por el ligamento suspensor. En el extremo libre se halla el glande, el cual se encuentra cubierto por un capuchón de piel llamado prepucio. El glande es la zona más sensible del pene. El cuerpo de este órgano es cilíndrico con tendencia a circular y está constituido por tejido eréctil y una envoltura de tejido elástico. El tejido eréctil está compuesto por los cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso. Los cuerpos cavernosos son dos, de forma cilíndrica y están adosados uno al otro en la parte anterior del pene. El cuerpo esponjoso, también cilíndrico, tiene un diámetro menor y se ubica en la parte posterior, entre los dos cuerpos cavernosos. La uretra recorre al pene en toda su extensión. Una piel muy fina y móvil lo recubre, es de color oscuro en la parte media y posterior, donde tiene un rafe que se continúa con el escroto.

El tejido eréctil del pene se llena de sangre con mucha rapidez, haciendo que este órgano aumente su tamaño y consistencia; al desalojar la sangre queda flácido y disminuye de tamaño. \* (14)

---

(14) Mondragón Castro Héctor; Obstetricia básica Ilustrada. - Edit. Trillas 3a. edición México 1990.

### 1.2.3 Regulación de la Función Testicular y Ovárica

#### Función Testicular:

Las gonadotropinas son detectadas a baja concentración en la infancia y aumentan lenta y progresivamente algunos años antes de la pubertad; en esta época el testículo aumenta de tamaño a expensas de los tubos seminíferos principalmente: aparecen las células de Leydig que producen testosterona y la ponen en circulación; su concentración es proporcional a la elevación paulatina de la hormona luterinizante (L.H.). Aparecen entonces los cambios morfológicos de más duración de genitales externos; sistema músculo esquelético, laringe, etc.; todos estos cambios ocurren generalmente en un período de dos años.

Se desconoce el mecanismo que inicia la elevación de la secreción de gonadotropinas; experimentos en animales sugieren la participación no solamente del hipotálamo sino de otras estructuras como las de las amígdalas, el bulbo olfatorio y la glándula pineal, que aparecen ejercer efecto regulatorio importante en el eje hipotálamo-hipófisis-testículo.

Como ejemplo de esta influencia podemos mencionar que los tumores de la glándula pineal en el hombre provoca alteraciones en la aparición de la pubertad precoz o retardada.

Probablemente al final de la niñez los centros de regulación se vuelven insensibles a la escasa concentración de hormonas sexuales. En este caso los andrógenos, cuyo representante es la testosterona que produce la retroalimentación negativa sobre LH y FSH, o sea que los centros adquieren un nuevo umbral de estímulo e inhibición, umbral que se mantiene durante la vida adulta.

La secreción de gonadotropinas se hace en forma intermitente o pulsátil, patrón que se adquiere tardíamente en la pubertad; este patrón es signo de maduración hipotalámica. Las oscilaciones se hacen más amplias durante la noche y hay un pico de secreción en la madrugada que no tiene relación con el patrón de sueño.

El aumento de LH siempre produce al aumento de testosterona ya que la primera estimula las células que producen la segunda. Por eso también se le ha denominado ICESH (hormona estimulante de células intersticiales).

La concentración de testosterona es la resultante de la acción de LH sobre las células de Leydig y la testosterona a su vez ejerce la acción de retroalimentación negativa (frene)

sobre LH y menor sobre la Hormona foliculo Estimulante (FSH).

La regulación de la secreción de FSH es más compleja; probablemente sea regulada por estrógenos que a pesar de ser hormonas femeninas por excelencia son también producidas por el hombre en la corteza suprarrenal. De la misma manera que la mujer también produce andrógenos es decir, que en un momento dado un tumor suprarrenal puede virilizar a una mujer o feminizar a un hombre.

La molécula de testosterona se transforma en estrógeno a nivel de sistema nervioso central, y probablemente estos estrógenos sean los que inhiban la acción de la FSH.

Por otro lado la FSH se encuentra más elevada cuanto más baja sea la cuenta espermática en semen; se ha sugerido que en el túbulo seminífero se elabora una substancia que ejerce una retroalimentación negativa entre los centros que regulan la salida de FSH. Podría ser un estrógeno producido por las células de Sertoli; algunos autores sugieren que se trata de una substancia proteica (Inhibina) y otros piensan que es algún producto de degradación de la FSH en el túbulo seminífero.

La LH promueve la aparición de las células de Sertoli y las de Leydig y por lo tanto incrementa la testosterona. La testosterona es fundamental para la espermatogénesis.

La acción de la FSH es esencial para el proceso de maduración de espermátides a espermatozoides, proceso que requiere a su vez de testosterona nuevamente vemos el mecanismo complejo de estimulación e inhibición donde todas las hormonas entrelazan sus acciones.

En el hombre no existe la equivalencia a la menopausia; el nivel de testosterona disminuye progresivamente pero lentamente lo mismo que la cuenta espermática. \* (15)

#### Función Ovárica

A parte del hipotálamo e hipófisis hay evidencia de que otras estructuras participan en la regulación de este eje tales como la corteza cerebral, el sistema límbico y la glándula pineal, además de otros factores emocionales, stress y ambientales que sabemos son capaces de modificar la función re-

---

(15) CONAPO, Familia y Sexualidad Vol. 2 Edit. Los Angeles, México p. 36-72.

productora en forma importante.

Existen en el hipotálamo femenino adulto dos tipos, patrones o formas de secreción de hormonas liberadoras, el patrón tónico y cíclico.

Las estructuras responsables de la secreción tónica se encuentran localizadas en la eminencia media y el núcleo arqueado, y son las responsabilidades de la secreción de las gonadotropinas en niveles basales, como las que se encuentran en la fase folicular y lútea del ciclo menstrual normal.

El área responsable del patrón cíclico se encuentra en el área preóptica y es la encargada de la descarga brusca que ocurre en la mitad del ciclo y que ocasiona la ovulación.

La hormona liberadora de gonadotropinas es como el hombre la LH-RH que es un polipeptido de 10 aminoácidos y tiene la propiedad de liberar tanto la LH como la FSH. Estos dos patrones de secreción, cíclico y tónico, están sujetos a mecanismos de retroalimentación ejercidos por los estrógenos.

Los neurotransmisores que participan en la liberación de LH-RH son la serotonina, dopamina y norepinefrina.

La LH-RH alcanza la hipófisis por vía sanguínea por el sistema porta-hipofisiario.

Las gonadotropinas son glucoproteínas; llegan al ovario por vía sanguínea también. FSH tiene como función más importante el desarrollo del crecimiento del folículo.

La secreción brusca en la fase ovulatoria provoca el rompimiento del folículo, la expulsión del óvulo e inicia la secreción de progesterona por el cuerpo lúteo.

Los estrógenos a niveles bajos mantenidos en forma crónica, ejercen retroalimentación negativa pero su elevación estimula y provoca la descarga brusca de gonadotropinas a la mitad del ciclo.

La retroalimentación se ejerce tanto a nivel hipotalámico como de la hipófisis.

Durante la fase folicular temprana, cuando los niveles de estrógenos se encuentran bajos ejercen su influencia negativa sobre el centro tónico hipotalámico lo que evita mayor liberación de gonadotropinas. Al finalizar esta fase hay una elevación de estrógenos principalmente de estradiol que actúa de manera positiva en el área cíclica induciendo mayor libe -



ración de LH-RH; por otra parte los estrógenos modifican la sensibilidad hipofisiaria de tal forma que ha mayor concentración mayor respuesta liberadora de gonadotropinas.

El estímulo positivo sobre el área cíclica y el aumento de sensibilidad hipofisiaria ocasionan la descarga brusca de gonadotropinas a la mitad del ciclo que conocemos como pico ovulatorio de LH y FSH.

Los niveles más o menos elevados y sostenidos de estrógenos y progesterona durante la fase lútea ejercen influencia negativa evitando otra descarga de gonadotropinas igual a la ovulatoria.

Las dosis altas de progesterona bloquean el pico de LH, inhibiendo la acción LH-RH en la hipófisis.

En presencia de estrógenos, la progesterona puede ejercer influencia positiva en la liberación de gonadotropinas.

La liberación de gonadotropinas tiene variación cíclica mensual y picos o descargas pequeñas durante las 24 horas del día y se eleva durante el sueño, mas la LH que la FSH.

#### 1.2.4 Ciclo Mestrua

Es el intervalo entre el primer día del flujo menstrual y el día que precede a la siguiente menstruación. Durante el ciclo menstrual ocurren cambios trascendentes en diversos tejidos del aparato genital.

Ciclo ovárico.- Este se divide en tres fases:

Folicular o prevulatoria  
Ovulatoria  
Lútea o posovulatoria

1.2.4.1 Fase Folicular. Al terminar la menstruación, varios folículos son liberados por la acción inhibitoria que sobre la hipófisis ha ejercido el cuerpo amarillo del ciclo anterior; dichos folículos se desarrollan y proceden a madurar por la acción de la HEF que libera la hipófisis. Sólo una alcanza generalmente la madurez, liberando un óvulo; el resto presenta atresia folicular. Al ir madurando el folículo, se desplaza hacia la corteza del ovario y forma el estigma, zona cortical en la que ocurre la ruptura folicular y expulsión del óvulo.

El desarrollo folicular depende de la presencia de las hormonas gonadotrópicas HEF y HL; el ovario responde produciendo estrógenos en forma simultánea al crecimiento del folículo y maduración del óvulo. Estas sustancias alcanzan su nivel antes de la ovulación. Unas 24 a 48 horas antes de que ocurra la ovulación, hay un aumento súbito de la HEF y HL; esta última alcanza un nivel mayor y desempeña un papel más importante en la ruptura folicular.

1.2.4.2 Fase Ovular. Tiene lugar aproximadamente en la mitad del intervalo entre una menstruación y la siguiente (día 14) y depende de la producción existente entre los niveles de HEF y HL, que se producen ven afectados por la producción de estrógenos. Varios estímulos ejercen su influencia sobre la ovulación y la conducta del apareamiento en la escala animal, por ejemplo, estímulos sensoriales, emocionales y químicos.

1.2.4.3 Fase Lútea. Con la formación del cuerpo amarillo ocurre la formación producción de progesterona, que pronto alcanza niveles elevados. Las gonadotropinas hipofisarias sufren un descenso en sus niveles por la acción inhibitoria que ejercen los estrógenos y la progesterona (retroalimentación). Antes de que aparezca el flujo menstrual existe una

disminución súbita de los niveles de estrógenos y progesterona.

La progesterona y el estradiol, durante el ciclo menstrual.

### 1.2.5 Ciclo Endometrial

Este se divide en tres fases:

PROLIFERATIVA

SECRETORIA

MENSTRUAL

1.2.5.1 Proliferativa o Estrogénica. Esta fase ocurre entre el día 10 al 14 del ciclo y se caracteriza por el desarrollo de los componentes histológicos del endometrio (vasos, glándulas y estrógenos).

1.2.5.2 Secretoria o Progesterónica. Esta fase ocurre entre el día 14 y el 26 del ciclo y se caracteriza por el desarrollo del endometrio y la aparición de la secreción en la luz glandular, haciendo posible el desarrollo del endometrio para que ocurra la nidación.

1.2.5.3 Menstrual. En esta fase se presenta el desprendimiento del endometrio al ocurrir la disminución de la concentración hormonal, lo cual produce la aparición del sangrado menstrual.

La menstruación es un fenómeno vascular; los vasos rectos irrigan la capa basal del endometrio, en tanto que las arterias espirales aportan sangre a los dos tercios internos del mismo. A medida que aumenta el espesor del endometrio, también lo hace la longitud del vaso, que se tornan más espirales.

El sangrado menstrual ocurre por varias causas: a) desgarramiento de la pared arteriolar; b) escape sanguíneo a través del epitelio sin formar hematomas; c) diapedesis a través de la pared capilar.

Hay una vasoconstricción que precede y acompaña a la menstruación, lo que evita una pérdida de sangre.

1.2.6 Ciclo Cervical. En los primeros días el moco cervical es opaco y muy poco elástico; el 14 día aumenta de tamaño y la capacidad secretoria de las glándulas endocervicales. El moco se torna claro y muy filante, lo cual permite que los espermatozoides penetren fácilmente. Al realizar frotis revela forma de helecho.

1.2.7 Ciclo Vaginal. La vagina muestra cambios en sus células de descamación; en la primera mitad del ciclo predominan células cornificadas basófilas y después del día 14 aparecen células eosinófilas y naviculares.

---

(17) Ibidem p. 78.

### 1.3 EDUCACION SEXUAL HUMANA

#### 1.3.1 Conceptos Básicos

1.3.1.1 Sexo.- "Es el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que en la especie humana diferencian al varón de la mujer y que al complementarse tienen en sí la potencialidad de la reproducción." \* (18)

1.3.1.2 Sexualidad.- "Es la conducta que una persona tiene en relación al sexo. Dicha conducta esta condicionada por las características anatómicas, fisiológicas y psicológicas del individuo, así como las influencias sociales y culturales del medio en que vive." \* (19)

Punto de Vista Integral.- "Como la expresión psicosocial de los individuos como seres sexuados en una sociedad y cultura determinada". Es decir el ser humano independiente de ser hombre o mujer, esta condicionado por su historia personal y por las características que cada sociedad exige a sus miembros en función de su sexo. \* (20)

Para comprender al ser humano en todas sus manifestaciones, debemos considerarlo en los aspectos biológicos, y psicológico y social.

#### Punto de Vista Biológico

En el ser humano la reproducción sexual es un complejo proceso que ocurre a diferentes niveles y a diferentes tiempos durante la vida prenatal y que sienta sus bases en un patrón cromosomático especial que fue establecido en el embrión durante la concepción. Su base biológica es el sexo, que posee una connotación universal.

#### Punto de Vista Psicosocial

El desarrollo del individuo depende de los factores socio-culturales en completa armonía con la estructura biológica caracterizando al individuo como una unidad biopsicosocial.

(18) CONAPO, Sociedad y Sexualidad, Edit. Los Angeles, Vol. - 1 p. 34.

(19) Cartilla de Salud S.S.A Dirección General de Educación - Higiénica, p. 3

(20) CONAPO, Op. Cit. p. 67

La sociedad por medio del sexo, asigna al individuo en este punto como la identidad sexual. Esta comprende tres aspectos básicos que son: La identidad de género (quién sexual), el rol de género (rol sexual) y la orientación sexual.

El primero abarca instituciones y elementos culturales con carácter normativo y dictaminador. En el que se manifiestan las expectativas sobre los comportamientos deseados para varones y mujeres. Para prescribir los roles, la sociedad se vale de mecanismos políticos, económicos, legales... que señalan de una manera impersonal las obligaciones del varón y la mujer.

La familia se encarga de procrear los hijos e incorporarlos a la sociedad desde pequeña la niña es educada para cuando crezca sea capaz de cumplir al rol de madre; el niño en cambio, es educado para cumplir el rol de trabajador (será responsable, proveedor de los medios económicos para la subsistencia de la familia; de trabajar y proteger al hogar).

El nivel individual es menos permanente y más flexible; en el aspecto subjetivo del rol y centra su atención en el concepto que el individuo tiene de sí mismo en tanto hombre o mujer. Incluye lo que la persona desempeña y lo que percibe como aplicable a su comportamiento.

Los tres niveles interactúan entre sí; cada uno tiene su peso especial según el momento que se esté viviendo. Sin embargo se producen conflictos entre los diversos niveles: Así por ejemplo la sociedad a través de distintos canales de socialización transmite mensajes contradictorios; la familia a la vez, actúa distinto de como piensa y, por último la persona se confunde ante esta situación.

Es oportuno dejar constancia de que ciertas funciones y roles en la estructura familiar están cambiando, debido fundamentalmente, a cuatro hechos de trascendencia histórica: La incorporación de la mujer en el proceso productivo, la invención de los métodos anticonceptivos, la concepción de una ética sexual, y el reconocimiento de la igualdad de los sexos (derechos y obligaciones) por parte de la ley. \* (21)

---

(21) Ibidem, p. 74-75

### 1.3.1.3 Educación Sexual

Educación.- Se refiere como fenómeno que se da como hecho dinámico permanente que va con la vida misma, a la formación de los individuos, ya que tanto el educador como los educandos realizan acciones y reacciones recíprocas. \* (22)

La educación sexual esta entendida en una época con limitaciones y sólo referida a la dimensión biológica y no reproductiva. En la actualidad comprende el estado biológico, los fenómenos psicológicos y sociales en toda expresión del individuo durante el curso de su existencia.

Esta debe de adoptarse a los niveles socioculturales y económicos que caracterizan a los individuos de cada sociedad lo cual dará la pauta a seguir, en tanto se renueve y cambian valores, normas, conocimientos, actitudes y comportamientos sobre sexualidad.

A través de esta el individuo impregna e integra la personalidad de la mujer y del varón desde que nace hasta que muere refleja la historia de cada quien y matiza a su ser interno y externo con todo lo que ha favorecido u obstaculizado su vida.

La vida sexual del individuo se aprecia por lo que actúa y expresa, que por sus órganos sexuales, que lo diferencian anatómicamente y fisiológicamente. La sexualidad le da sentido, valor unidad e integración a la personalidad de cada individuo; difícilmente se puede ser consciente de los efectos que se producen en los demás y podría decirse ante sí mismo porque se ignora la fuerza de ser mujer o varón tanto en su familia, trabajo o comunidad.

Son los siguientes canales de socialización que le permiten al individuo crear su propia sexualidad: la familia, la escuela, grupo de amigos, la religión, los medios de comunicación y las leyes, ejerciendo estos influencia constante y simultáneamente entremezclados. Estos emiten mensajes en tonos, modalidades y contenidos diferentes de sexualidad.

Por ejemplo el niño ve la televisión, convive con su familia, con los maestros y compañeros de clase, con los amigos, en un mismo día, de una manera directa y personal, a través de verbalizaciones y actitudes diferentes y acciones. Estos mismos canales transmiten los preceptos y normas religiosas relacionados con la sexualidad así como las sanciones conferidas a los comportamientos sexuales a través de las le-

---

(22) Ballesteros, Ciencia de la Educación, p. 11-12

yes.

El individuo puede ser indiferente a estas corrientes: - o toma la persona su posición o es arrastrado por ellos. Es decir si el individuo analiza lo que le rodea y trata de encontrar explicación a su ser y proceder a su ideal de hombre o mujer muy concreto o absoluto o abstracto, así mismo hacia los demás y permite la autodeterminación en la sexualidad.

**Educación Sexual Formal.** - Dentro de este tipo de educación formal se considera al proceso educativo y las leyes. Siendo que los caracterizan por sus uniformidades de conducta, expresados en reglas, leyes, escritos ejercen una presión social sobre la gente.

El camino que se desea promover con el Programa Educativo cuyo objetivo es un cambio sociocultural que impulse los nuevos valores como la igualdad de hombre y mujer, la concepción racional y respetuosa de sexualidad y la responsabilidad en la conducta reproductiva.

#### Escuela

La escuela constituye un agente socializador que colabora en la función educativa y socializadora de la familia. Ella da oportunidad a los educandos de conocer otros modelos de hombre y de mujer que difieren de los de la familia a veces en minoridades otras en el concepto mismo de ser hombre o mujer.

El maestro es otro modelo que el niño conoce y admira. Comparando la forma de comportarse con la de sus padres. Percibe de que manera trata a los niños y niñas no son iguales físicamente. Así mismo el niño recibirá normas y reglas de comportamiento, algunas de estas estarán en contradicción con las recibidas en el hogar, mientras otras reforzará lo que se está viviendo.

Anteriormente la sexualidad sólo se refería al aspecto biológico y reproductivo. Actualmente en los aspectos biológico, psicológico y social en toda su expresión del individuo. A pesar de esto el maestro no utiliza la técnica didáctica para impartir las clases lo que da lugar pasar en alto el tema. Es decir la escuela da la oportunidad de limitar, delimitar, contraponer, valorar y devaluar los comportamientos sexuales.

#### Leyes

El reconocimiento legal presta coherencia, regularidad y aceptación a las formas sociales y a los códigos de conduc-



ta. \* (23)

Al sancionar determinadas conductas sociales y sexuales; además define derechos que dañen la integridad sexual del individuo mismo o del otro y obligaciones (abandono de hogar).

Notas: (adulterio, aborto y violación).

La ley responde también a nuevos valores y formas de organización social. Por ejemplo Art. 40. Constitucional "el varón y la mujer son iguales ante la ley. Mediante esto la ley promueve la equidad de papeles sexuales y sociales. Reconoce y promueve la capacidad de hombre y mujer en la función procreativa. A través del matrimonio se regula esta conducta.

#### Educación Sexual Informal

Este tipo de educación se "da por la fuerza del ambiente y el ejemplo de las personas" como por la calidad de los mensajes que los medios de comunicación ofrecen; además de la posición aun tradicionalista y prohibitiva de la religión, lo que no obstante el estado de desarrollo social y cultural de nuestro país, influye poderosamente en la mayoría de la población conservadora y dogmática que la ha caracterizado.

Se caracteriza esta educación por la informalidad y flexibilidad en cuanto a las pautas que los rigen. Dentro de este contexto tenemos: la familia, grupo de amigos, la religión y los medios de comunicación.

#### Familia

La familia como institución socialmente establecida cumple su función socializadora al transmitir a las nuevas generaciones los valores, normas, actitudes y pautas de comportamiento en lo que se refiere a la sexualidad. El individuo va absorbiendo e interiorizando estas normas y, al hacerlas suyas aprende a comportarse y a valorarse como hombre y mujer de acuerdo a los modelos que se presentan en el seno familiar y estos constituyen la base para adquirir la identidad sexual. Simultáneamente estos modelos y valores van cambiando muchas veces cuando entran en conflicto con otros de otras familias y grupos sociales y también con el crecimiento de los hijos y de los propios padres. He aquí la posibilidad de generar nuevos modelos.

---

(23) CONAFD. Op. Cit. p. 188-196.

Son los padres de familia los encargados de transmitir estos valores al ser humano desde los primeros momentos de su vida, hasta la edad adulta e incluso la vejez, que este - forme su sexualidad definitiva. \* (24)

La familia, considera como institución social, en donde se mantiene una relación sexual socialmente aportada. El no - viazgo, matrimonio, filiación, separación y divorcio, situaciones de comportamiento que la colectividad comparte porque satisfacen necesidades básicas de la vida sexual. En determinadas culturas en el seno de los grupos familiares se practica la poligamia, en nuestra sociedad occidental es rechazada y admitida por el contrario la monogamia.

#### Grupos de Amigos

Durante la infancia el niño comienza a entablar lazos de amistad con otros niños, si los hubiere. A través de juegos pléitos, llantos, risas, el niño refleja y conforma su concepto de hombre y mujer, y las curiosidades sexuales propias de esta etapa de desarrollo.

A veces, se encuentran compañeros de juego con los cuales puede satisfacer su curiosidad sexual viéndolos y tocándolos. Si sus padres o algún adulto se opone rigidamente a esto, pasa a la clandestinidad. De esta manera favorece que los hijos no pregunten a sus padres acerca de sexualidad.

En la pubertad y en la adolescencia es el momento donde se insertan nuevas perspectivas y visiones en el conocimiento de la sexualidad. Ven revistas, comienzan a perfilar el ideal de hombre y mujer y lo comparten.

Por el carácter de secrecía y privacía que reviste la sexualidad dentro del grupo facilita un clima de confianza necesario para abrir el tema, cosa que favorece vínculos de solidaridad, intimidad e indentificación. Estos estimulan inhiben o motiva unos a otros para hacer cosas relativas a sexualidad.

Asimismo sucede en la edad adulta hasta la vejez. En esta última los amigos se reúnen para recordar experiencias comunes. Aún en esta edad la opinión de los amigos sigue ejerciendo influencia en la manera de vivir. \* (25)

(24) ibidem, p. 197-198.

(25) ibidem, p. 198-215.

## Religión

Cuando los grupos humanos necesitan reforzar ciertas normas o conductas, las sacralizan mediante la religión. La cuál tiene la capacidad funcional de asegurar la transmisión de generación en generación de las formas de conductas aprobadas.

La religión ha aparecido siempre ligada a las normas éticas - que rigen la conducta reproductiva, la función social de hombre y mujer.

Por ejemplo se permite la unión sexual como medio para la procreación, que condena el goce de la comunicación sexual. Esto no es común de todas las religiones y no es percibido de la misma manera esto tiene su relación con el contexto cultural.

Además hay grupos religiosos que valoran al hombre y a la mujer como seres iguales, confieren al cuerpo humano una dignidad como parte integrante de la misma persona.

## Medios de Comunicación

Enfocamos la televisión, el radio, el cine y los programas en particular fotonovelas e historietas, y así es el canal de socialización de mayor alcance, teniendo características propias cada uno. Estos penetran en la mayoría de los hogares y tocan casi todos los individuos de una forma o de otra.

Estos medios permiten al individuo conocer otras culturas y formas de comportamiento sexual, reflejan la realidad de la vida familiar y social; plantean modelos de hombre y de mujer, de acuerdo a los estrechos socioeconómicos y culturales enajenan al individuo a no analizar el mensaje; reiteran mensajes que van dejando huella en el individuo; son un instrumento creativo e innovador; sancionan conductas sexuales, presentan el sexo unido a la violencia, ternura, dinero, estatus, poder. Tal es su pretensión y variabilidad.

Sin embargo, ante la repetición de ciertos mensajes es muy factible que el efecto no sea de reforzador de conductas sino de modelador y transformador de comportamientos sexuales. Pero si el receptor logra establecer distancia entre el mensaje y él mismo facilita el análisis crítico y creativo más valioso el mensaje.

Su principal función es el consumismo. Pero estos se valen de todas las astucias y todas las argucias: desde la despersonalización y el uso de la mujer y hombre como objeto

sexual hasta la alusión a la unicidad del individuo.

### 1.3.2 Componentes de la Sexualidad Humana (Iief, 1981)

La sexualidad es una fuerza dinámica activa durante la vida de cada persona y como sus componentes psicosociales y biológicos están entrelazados y son interdependientes, la sexualidad es un aspecto determinante forzoso de la personalidad y la conducta.

Sexo biológico	Cromosomas, hormonas caracteres sexuales primarios y secundarios.
Identidad Sexual (o identidad de género)	Sensación de virilidad y feminidad
Identidad de Género Conducta de papel de género.	Sensación de masculinidad y feminidad
Conducta Sexual	Conducta motivada por el deseo de obtener placer sexual, y por último orgasmo (sexo físico).
Conducta de Género	Conductas con connotaciones masculina y femenina.

#### 1.3.2.1 Sexo Biológico

El sexo biológico (se determina durante la concepción). Los dos cromosomas del vigésimo par (XX o XY) se llaman cromosomas sexuales. El mayor de los cromosomas sexuales tiene un centrómero de localización central, y se llama X. El cromosoma más pequeño su centrómero se llama Y: Las mujeres tienen dos cromosomas X, y los varones tienen un cromosoma X y uno Y. Para que el niño resultante sea del sexo femenino debe de obtener un cromosoma X de su madre y un cromosoma X de su padre. Para que el descendiente sea varón, debe de obtenerse un cromosoma X de su madre y un cromosoma Y de su padre. Siendo esto establecido en el momento de la concepción.

Los cromosomas Y contienen principalmente genes de la virilidad pero los cromosomas X llevan varios genes distintos a los de los rasgos sexuales. Estos otros rasgos se llaman ligados o enlazados al sexo porque se encuentran bajo la regulación de los genes del cromosoma sexual; hemofilia es ej. rasgo ligado al sexo.

El embrión femenino desarrolla ovarios, y el masculino testículos. En general los lactantes nacen con caracteres sexuales primarios claramente definidos. Los caracteres sexuales secundarios se desarrollan durante la pubertad. Cuando los caracteres sexuales primarios son ambiguos al nacer, el sexo que se asigne al niño será el factor determinante de su concepto final de la identidad.

### 1.3.2.2 Identidad Sexual:

La familia ejerce el papel más importante en la formación de la identidad sexual. Siendo que en este grupo transcurren los primeros años de vida del individuo, y de ella recibe la información y los estímulos más determinantes para estructurar su rol sexual.

Durante este proceso el ser humano desarrolla una forma individualizada de ser, sentir y pensar como hombre o mujer, lo que lo hace único y original dentro de su grupo.

Lief (1981). Lo define como la sensación segura de virilidad o femineidad se establece en el niño a los tres años de edad como resultado de los esfuerzos paternos y sociales sostenidos. Por ejemplo los padres asignan el color de ropa rosa para las niñas y de color azul para los niños y refuerzos verbales como "este es mi enorme y fuerte muchacho"; este es mi dulce pequeña".

### 1.3.2.3 Guion Sexual o Identidad de Género

En la infancia en esta etapa del desarrollo del individuo es donde se introyecta el guion sexual. Este se va estructurando sutilmente con los valores, las normas y costumbres familiares, en una palabra un bagaje de la ideología social.

O bien consiste en normas generales sobre cómo debe comportarse uno, qué se espera y qué es correcto, masculino o femenino, bueno o malo y apropiado o no en la conducta sexual de uno". \* (26)

Asimismo el guion sexual tiene variaciones de acuerdo con las costumbres del lugar y época que se este viviendo; y de los periodos de vida que vaya atravesando el individuo. De tal modo que a cada etapa del desarrollo humano corresponde un

(26) CONAPO; Familia y Sexualidad; Vol. 2. Edit. Los Angeles-México p. 162.

quién sexual. Así tenemos uno para la infancia, otro para la adolescencia; uno para la vida en pareja y finalmente la vejez.

De manera tradicional, la masculinidad se ha relacionado con valor, fuerza, estoicismo, agresividad, iniciativa sexual, pensamiento forzado, estabilidad, inteligencia y logros de carrera. La feminidad se ha relacionado con dependencia, pasividad, maternidad, ternura, crianza de los hijos, su misión. Las desviaciones graves de la identidad de género pueden culminar en conducta sexual como fetichismo, promiscuidad, o competitividad excesiva en asuntos no sexuales. (Lief 1981)

La homosexualidad la considera como una variación; por la inseguridad por la identidad de género propia puede culminar en ajuste pobre por el sexo opuesto. Puede ocurrir impotencia en el varón; en la mujer la contraparte es la falta de excitación y de reacción sexual.

#### 1.3.2.4 Rol Sexual o Papel Sexual

El ser humano se concibe en grupos asociados entre sí para lograr la convivencia social en donde satisface sus necesidades sociales básicas, la sexualidad constituye una de estas.

La sociedad frente a la familia ejerce un control que permite al individuo haga suyo los elementos normativos establecidos para la convivencia.

En caso de que los individuos se aparten de las normas establecidas en su cultura sufren una presión social para controlar su conducta, por ejemplo homosexuales, alcohólicos, etc. La misma sociedad es quién los castiga a través de distintas formas de marginación, ridículo, desprecio, aislamiento etc.

Por lo que es importante la clara división del comportamiento sexual de varón y de mujer; es decir los roles sexuales van a estar condicionado o sujetos a la concepción particular que cada sociedad tenga de ellos; y no por el hecho de pertenecer biológicamente a uno u otro sexo, por ejemplo la incorporación al proceso productivo.

Papel Sexual.- "Es el comportamiento, palabras y acciones que manifiestan el grado de conformidad de la persona en su expresión social, con lo que la cultura propia considera adecuado al sexo de asignación. Según el grado de conformidad con las pautas culturales respectivas será considerado mascu-

lino o femenino" o ambivalente.

Existe gran cantidad de elementos que determinan los roles sexuales entre estos tenemos a la sociedad, la familia y el individuo.

### 1.3.2.5 La Conducta de Papel de Género

Tiene dos componentes: La conducta sexual y la conducta de género.

La conducta sexual física.- "El grado de preferencia que una persona tiene por actividades serogenitales y/o afectivas con personas del mismo sexo, del sexo diferente o de ambos". \* (27)

El coito (acto sexual), las relaciones sexuales, las disfunciones sexuales son aspectos de esta tipo de conducta.

En cuanto a la conducta de género se manifiesta en las relaciones sexuales entre individuos. La sociedad y la familia espera que los niños lleguen a hacer heterosexualización ejerciendo presión, asimismo el mayor número de experiencias vivenciales que refuerzan la masculinidad o la femineidad.

Conducta sexual.- Según Kate Millet, es el fruto de aprendizaje que comienza con la temprana socialización del individuo y queda forzado por la experiencia del adulto.

En general podemos afirmar que no son conductas individuales, sino formas de conducta según patrones sociales de cómo, cuándo, dónde y con quien manifiesta nuestra sexualidad a grandes rasgos podemos decir que tales patrones son papeles sexuales asignados a cada individuo después de saber que género presenta.

---

(27) CONAPO, Op. Cit. p. 166



### 1.3.3 Coito

Coito.- Como inserción del pene erecto en la vagina. Después de repetir los movimientos de introducción del pene, el varón experimenta la eyaculación de semen (líquido seminal) de manera simultánea con el orgasmo. La eyaculación es la expulsión del semen desde las vías genitales hacia el exterior del meato uretral mediante contracción rítmica de los músculos del pene. El orgasmo es el clímax involuntario o culminación de la experiencia sexual, que consiste en una serie de contracciones musculares, reacción corporal intensa y placer sexual intenso.

Aunque los acontecimientos básicos son los mismos para todas las parejas, existen grandes variaciones en las posiciones sexuales, la técnica, la duración, la finalidad, el significado y las reacciones entre los individuos.

#### Aspectos Psicosociales

La finalidad tradicional del coito es la procreación. Sin embargo, al disponerse de métodos contraceptivos y al cambiar la moral social, hasta aceptando ya el coito como una experiencia placentera y personalmente satisfactoria en sí misma, o bien como compromiso. En una sociedad el coito consiste de una manera ideal, en que dos personas comparten su mente y su cuerpo de una manera íntima de expresar sus sentimientos, creencias y diversas actitudes, y son resultados de cuidados y amor mutuo.

Según Fromm (1956) el amor tiene cuatro componentes básicos: trabajo, responsabilidad, respeto y comprensión. Si una persona está deseosa de valorar las consecuencias de la conducta personal en lo que afecta a la otra y toma las decisiones adecuadas; si no se le elige al otro sino se le permite que se realice; si trata de comprender los sentimientos, las esperanzas y deseos del otro, podrá considerarse que esta persona ama a la otra. La interacción sexual es la manera de expresar su amor y es a este respecto cuando el coito tiene mayor valor para los individuos. \* (28)

---

(28) E. Dios, Bally, Enfermería Materno Infantil, p. 116-118.

### 1.3.4 Respuesta Sexual Humana

1.3.4.1 Concepto.- "Es una parte de cambios fisiológicos que ocurren en el organismo humano cuando el individuo está bajo influencia de cierto tipo de estímulos que provocan modificaciones específicas, respuestas que tienen la potencialidad de desencadenar el orgasmo".

La respuesta sexual humana se considera como un ciclo, esto es el individuo se encuentra en un estadio basal previo del que pasa a una serie de estadios o fases en el que ocurren los cambios propios de la respuesta, una vez completados los cambios el individuo regresa a su estadio basal.

La respuesta sexual humana tiene funciones reproductivas y placenteras. A los estímulos que provocan esta respuesta se les llama estímulos sexuales.

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

Los estímulos reflexogénicos.- Son los que producen 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 puede integrarse al arco reflejo, la información viaja de regreso al área genital donde aparecen los eventos.

Sin embargo el arco reflejo de la respuesta sexual humana en el individuo íntegro es de naturaleza polisináptica por lo que al llegar la información a médula sacra es enviada hacia centros cerebrales superiores haciendo posible la percepción consciente y placentera del estímulo y la respuesta.

Los estímulos psicogénicos.- Son recibidos por todos los otros órganos de los sentidos (vista, oído, olfato, gusto y zonas cutáneas 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 se produce. Sin embargo, pueden ser generados en la misma corteza sin necesidad de provenir de exterior, esto es el caso de los recuerdos, fantasías y sueños que provocan respuesta

sexual. 3 (29)

#### 1.3.4.2 Modelos de estudio de la respuesta sexual humana

##### Modelo trifásico de la respuesta sexual humana:

La doctora Helen S. Kaplan ha propuesto recientemente un modelo trifásico para explicar la respuesta sexual humana. 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 iniciando de una etapa basal en que se encuentra el individuo.

ESTADIO BASAL	FASE DE DESEO	FASE DE EXCITACION	FASE DE ORGASMO
------------------	------------------	-----------------------	--------------------

##### Respuesta Sexual Humana

##### Modelo de Masters y Johnson:

Los doctores William H. Masters y Virginia Johnson publicaron en 1966 su obra pionera sobre la respuesta sexual humana, producto de una década de estudios en laboratorio. Propusieron entonces un modelo para el estudio de la respuesta sexual humana, caracterizado por dividir al ciclo en cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución; el criterio usado para proposición de estas cuatro etapas fue de observar las modificaciones anatómicas y fisiológicas en el estado del organismo.

FASE DE EXCITACION	FASE DE MESETA	FASE DE ORGASMO	FASE DE RESOLUCION
-----------------------	-------------------	--------------------	-----------------------

Para fines más concretos se optó por el modelo de Masters y Johnson por ser el más conocido en respuesta sexual humana.

1.3.4.3 Respuestas fisiológicas básicas a la estimulación sexual. Todos los cambios presentes en el ciclo de la respuesta sexual humana desde el inicio de la fase de excitación son en última instancia el resultante de eventos fisiológicos básicos.

cos, manifestaciones de estas reacciones básicas.

Modificación del estado neuronal (a través de la generación de potenciales de acción) que da por resultado la activación de funciones neurosecretoras y neurotransmisoras.

Reacción vascular (reacción vasomotora) que da origen a la vasocongestión del flujo sanguíneo.

Reacción muscular (miotonia) tanto a nivel de músculo liso como del estriado. \* (30)

#### 1.3.4.4 Fases de la Respuesta Sexual Humana

El orgasmo en cada ser humano es diferente y por lo tanto, la capacidad sensitiva y la respuesta sexual dependen de la edad, salud (tanto física como mental), el nivel hormonal y el tipo de estimulación que recibe de su compañero o en caso de masturbarse de sí mismo.

Fase de excitación.- Comienza con la estimulación sexual inicial que dura de unos cuantos minutos a varias horas y termina por el paso a la fase de meseta.

En el hombre consiste en la erección del pene a consecuencia de la congestión del tejido eréctil con sangre pero no de manera evidente la erección, los testículos se elevan hacia el cuerpo.

En la mujer los labios internos de la vagina se hinchan ligeramente, existe la erección de los pezones y aumento de tamaño de los pechos, lubricación vaginal de 10 a 70 segundos después de la estimulación.

Aumento de la longitud y diámetro del canal vaginal, puede producirse aumento de la longitud y el diámetro del eje clitorial. Los cambios que ocurren durante la fase de excitación hacen posible la cúpula heterosexual.

El pene erecto puede introducirse a la vagina, la vagina ensancha para acomodar el pene y produce un líquido lubricante que facilita la cúpula.

Todo el cuerpo se hace sensible y la mujer puede sentir ardor en el pecho, la espalda y el abdomen.

---

(30) Ibidem, p. 159-160

**Fase de meseta.**— Durante esta fase la tensión aumenta por el salto del orgasmo.

El hombre aumenta la circunferencia el pene especialmente el glande hay secreción de líquido lubricante por parte de las glándulas bulbouretrales (Cowper) aumento de tamaño de los testículos.

La respuesta en la mujer son agrandamiento mayor de los pechos, elevación del útero apartándose de la pared posterior de la vagina, las dos terceras partes del interior de la vagina se expande y esta llega a prolongarse unos 5 cm. más de lo normal, el tercio exterior se estrecha para poder sujetar el pene con más facilidad. La congestión de sangre y el agrandamiento de la vagina producen una plataforma centro de la vagina, esta plataforma se le llama plataforma orgásmica, porque se contrae durante el orgasmo hay retirada del clitoris hacia su cubierta secreciones (lubricación) de las glándulas de Bartholin.

Todos los músculos que rodean los órganos sexuales se tensan, la respiración se hace más profunda y rápida y puede sentir estrechamiento y calor por todo su cuerpo. Aunque hombres y mujeres piensan con frecuencia que necesitan realizar el coito a las primeras señales de excitación sexual la mujer puede no estar realmente preparada, para ello. Las paredes de la vagina pueden no estar suficientemente lubricadas y si es así es aconsejable prolongar el preclimax amoroso. (21)

El clitoris juega un papel importante durante esta fase ya que si la estimulación continúa aunque este retraído a su caperuza se llega con toda probabilidad al tercer estadio.

**Fase orgásmica.**— La fase de orgasmo propiamente dicha comienza como una corriente de placer tanto en el hombre y la mujer consiste en rápidas contracciones musculares que liberan tensiones acumuladas.

El orgasmo durante el coito se puede producir por el roce de los labios internos con el pene en su movimiento adelante y atrás de la vagina, lo cual origina a su vez fricción con el clitoris. Esto se llama estimulación indirecta del clitoris. En el hombre se producen contracciones en toda la longitud el eje del pene produciéndose eyacuación.

En la mujer se produce contracción de la plataforma orgásmica

---

(21) Idem, p. 161-164

mica el clítoris ya estimulado extiende rápidamente por todo el cuerpo el placer. los músculos alrededor de la vagina, la vulva y el ano se contraen rítmicamente de forma placentera.

Tanto en el hombre como la mujer las contracciones musculares son de aproximadamente 0.8 de segundo de duración.

Fase de resolución.- Esta comienza cuando termina la última contracción vaginal y las estructuras biológicas vuelven a su estado de preexcitación.

En el hombre se pierde la erección del pene, disminución del tamaño de los testículos, descenso de los mismos.

En la mujer, pérdida de la erección de los pezones, pérdida de la plataforma orgásmica (contracciones musculares alivian la congestión de sangre).

Apertura de la entrada del cuello, salida del clítoris de su cubierta protectora (caperuza). Inmersión del cuello en el líquido seminal.

Este proceso ocupa aproximadamente 30 segundos aunque el clítoris generalmente recupera su tamaño y posición normal 20 segundos después del orgasmo. \* (32)

#### 1.3.4.5 Cambios Extragenitales en la Respuesta Sexual Humana.

Reacciones cardiovasculares y respiratorias.- Tanto en hombre como en mujeres los parámetros de la función cardiopulmonar sufre incrementos en sus valores, proporcionales al incremento de la tensión sexual.

La frecuencia cardiaca se incrementa al iniciarse la fase de excitación registrando Masters y Johnson de 100 a 175 latidos por minuto; en la fase de meseta y una elevación máxima en el momento del orgasmo (110-180 latidos por minuto).

La presión arterial se modifica también en forma paralela al incremento de la tensión sexual ocurriendo una elevación máxima de las cifras en la fase orgásmica sistólica de 30 a 100 mmHg respecto a los valores basales de 20 a 50 mmHg para cifras diastólicas. \* (33)

(32) San Martín, Salud y Enfermedad. p. 63

(33) CONAPO. Op. Cit. p. 165.

La frecuencia respiratoria empieza a incrementarse hacia el final de la fase de meseta llegando hasta 40 respiraciones por minuto en la fase orgásmica este incremento desaparece rápidamente en la fase de resolución.

Reacciones en las mamas.- Tanto el hombre como en la mujer las mamas reaccionan con un patrón típico al placer sexual. Debido a las diferencias anatómicas los cambios son mucho más visibles en la mujer. En la fase de excitación el primer cambio es la erección del pezón, hacia la fase de meseta se hacen evidentes el aumento de tamaño de la mama así como la ingurgitación de la areola; esta es tan intensa que da la impresión de que el pezón ha permitido la erección. Las mamas participan en la reacción cutánea conocida como enrojecimiento sexual que ya es evidente en la fase de meseta.

No existen modificaciones específicas en la mama durante la fase orgásmica. La fase de resolución consiste en la regresión al estado basal.

Enrojecimiento sexual.- Existe una representación cutánea de la vasocongestión superficial llamada enrojecimiento sexual; esta respuesta es más frecuente en hombre que en mujeres y más fácilmente observables en individuos de piel blanca que oscura; se inicia en la fase de excitación y es máxima al momento del orgasmo; aparece en el epigástrico y de ahí se extiende al tórax anteriores, cuello y cara; en la mujer puede extenderse a todo el cuerpo.

Miotonía.- Las reacciones musculares ante la estimulación sexual son de dos tipos: voluntaria e involuntaria. El individuo realiza las primeras como técnica estimulante; las segundas que son contracturas involuntarias de la musculatura estriada, aparecen hacia el final de la fase de excitación con el aumento del tono de la musculatura abdominal y torácica en la fase de meseta las contracturas involuntarias se hacen más evidentes apareciendo estas en las extremidades (el llamado espasmo corpopedal) y en la cara. En la fase de orgasmo existe un incremento máximo del tono muscular y en el área genital la musculatura pélvica se contrae rítmicamente (contractura mioclónica).

La miotonía desaparece aproximadamente cinco minutos después de la fase de orgasmo, esto es ya que se va presentando la relación muscular generalizada. \* (34)

(34) Ididem. p. 166-168

**Reacción sudoral.-** La reacción sudoral se observa hacia la fase de resolución. En el hombre aparece en forma involuntaria en palmas de pies y manos sin relajación con el grado de actividad física realizada; en la mujer puede observarse reacción de sudoración en la misma forma pero en ella sí tiene relación con el grado de actividad física realizada en las fases antes mencionadas.

### 1.3.5 Disfunciones Psicosexuales

Se consideran disfunciones sexuales las alteraciones persistentes en alguna de las fases de la respuesta sexual, de acuerdo al modelo de la doctora Kaplan, se dividen en:

- |                        |  |
|------------------------|--|
| Del deseo.-            | Inhibición total<br>Inhibición selectiva   |
| De la excitación.-     | Disfunción eréctil<br>Falta de lubricación vaginal   |
| Del orgasmo.-          | Eyacuación prematura<br>Eyacuación retardada o ausente<br>Eyacuación parcialmente retardada<br>Orgasmo aneyaculatorio<br>Eyacuación retrograda<br>Orgasmo femenino ausente o retardado |
| Por espasmo muscular.- | a) Eyacuación dolorosa<br>b) Vaginismo   |
| Dispareunia            |  |
| Fobia al coito         |  |

#### 1.3.5.1 Del deseo

Desec sexual inhibido: la disminución del deseo es sobre todo de origen psíquico. Se puede mencionar principalmente a la depresión que en ambos sexos actúa abatiendo también otras funciones como el sueño y el hambre. La depresión puede afectar también las fases de excitación y de orgasmo, pero es más notable su acción en el deseo.

Los estados de tensión tienen el mismo efecto ya que una persona con grandes presiones tiene un estado mental poco adecuado para la función sexual.

Las hormonas que son antagonistas de la testosterona como los estrógenos o la deficiente producción de esta disminuye el deseo sexual).



Algunas drogas como los narcóticos, los sedantes, el alcohol tiene efectos depresores.

La persona con disminución o abolición del deseo se siente poco o nada en las actividades sexuales y no se siente atraída por las personas del otro sexo y en algunos casos el deseo no se despierta ni por el estímulo directo de los genitales.

Deseo sexual aumentado.- Se considera el que impulsa a una persona a tener un interés exagerado en la función sexual. \* (35)

Causas.- Cuando no hay franca patología mental, se supone que el desarrollo de esta tendencia es favorecido por una elevada tasa de andrógenos en la sangre, es por haber crecido en un ambiente que favorece la promiscuidad e induce a la satisfacción sexual, o por un complejo de edipo, el sadismo o la homosexualidad latente.

Las personas con aumento del deseo sexual buscan el coito con más frecuencia que el promedio habitual y generalmente demuestran una gran excitación en cada experiencia sexual.

Algunas personas satisfacen su impulso con uno o más coitos al día o en su defecto masturbarse también una o más veces al día.

Quizás algunas formas de adulterio, promiscuidad, incesto y prostitución tengan un origen en su deseo sexual aumentado que no se satisface con las relaciones sexuales habituales con su pareja adecuada.

1.3.5.2 Disfunciones de la excitación.- Las disfunciones de la fase de excitación se deben a que la persona no responde adecuadamente a los estímulos de cualquier naturaleza que recibe habitualmente deben provocar como respuesta la erección del pene en el hombre y la lubricación vaginal en la mujer.

Disfunción eréctil.- Incapacidad de una buena erección. Se le denomina a las alteraciones que sufre el pene para su erección clasificadas en incompleta, interrumpida y ausente.

---

(35) Azcarraga, Gustavo: Sexología básica, Ediciones científicas. La Prensa Media Mexicana S. A. 2a. Edición México D.F. p. 203-206.

**Incompleta.**— Es la erección que no permite la rigidez incompleta del pene. Según el grado de deficiencia, en ocasiones será posible la introducción del pene a la vagina con algunas dificultades o no será posible dicha introducción.

En otras ocasiones la erección es completa pero una vez que se inicia el coito el pene pierde su rigidez y puede quedar completamente flácido (erección interrumpida). El trastorno impide continuar el coito.

En un grado mayor, el trastorno impide la erección desde un principio a pesar de las excitaciones recibidas y a pesar de que se haya conseguido un buen grado de excitación (erección ausente).

La mayoría de los trastornos de la erección tiene etiología psíquica. La ausencia absoluta de erección y la erección incompleta tiene ocasionalmente su explicación en una alteración orgánica.

La deformada, la dolorosa y la persistente tiene siempre una base orgánica.

Timidez o inexperiencia que explica las faltas en su primer acto sexual.

Ansiedad por el temor al embarazo, a enfermedades venéreas a la responsabilidad social, a la impotencia, al coito ilegal, etc. Ambiente inadecuado, fatiga física.

Falta de colaboración de la pareja que generalmente es el caso en los coitos con prostitutas que no les interesa favorecer la excitación sino al contrario desocuparse lo antes posible. \* (36)

**Causas funcionales:** La intoxicación alcohólica es responsable de un buen número de fallas en la erección que se presentan ocasionalmente después de haber ingerido abundantes bebidas alcohólicas.

Las drogas como (barbitúricos, hipertensivos, etc.) que afectan la erección solamente si se han usado en un tiempo prolongado.

Las enfermedades orgánicas anemias, desnutrición, etc.

---

(36) Azcarraga, Gustavo. Op. Cit. p. 209

**Causas orgánicas: Genitales.-** Anomalías de los genitales, de sus nervios o sus vasos o defectos en su desarrollo por falta de estimulación hormonal.

**Extragenitales.-** También pueden alterar la erección, o tras lesiones del sistema nervioso como traumatismo, inflamaciones, tumores o procesos destructivos que afecten las raíces nerviosas.

**Glandulares.-** Algunas afecciones de los testículos, la hipófisis las suprarrenales y la tiroides, algunas tumores.

A veces el trastorno comienza a manifestarse como una erección progresivamente más incompleta o interrumpida y cada vez más tempranamente en relación con la iniciación y termina con ausencia absoluta de erección.

**Erección deformada.-** Consiste en que el pene adopta una dirección desviada al entrar en erección. Esta deformación se debe a acortamiento o falta de elasticidad de alguno de los tejidos que forman parte de los órganos eréctiles.

Si el pene se incurva hacia abajo durante la erección. En la induración plaética de los cuerpos cavernosos hay esclerosis de la túnica albugínea de estos órganos, generalmente en su cara superior, es la que pierde elasticidad. El pene se incurva hacia arriba durante la erección.

La erección puede estar deformada también por un tumor de los órganos eréctiles o por una sinequia del pene a los tejidos vecinos (escroto, pubis).

**Erección dolorosa.-** Aparece cuando hay un proceso inflamatorio agudo de los cuerpos cavernosos, de la uretra, del prepucio o cuando existe algún padecimiento de órganos vecinos.

El dolor que se presenta en la erección es de intensidad variable, de modo que en algunos enfermos será leve, mientras que en otros será lo suficientemente intenso para interrumpir la erección o impedir el coito.

**Erección persistente.-** Se refiere al trastorno en el que se presenta una erección sostenida durante varias horas o días que generalmente no se origina en una excitación erótica, ni va acompañada de deseo sexual, y que se conoce con el nombre de priapismo (de Priapo, hijo de Eaco y dios de los huertos que se presenta con un gran pene en

erección).

Es un padecimiento con etiología orgánica. \* (37)

Falta de lubricación vaginal.- La vasodilatación característica de la fase de excitación provoca aumento de volumen de los labios y congestión de los tejidos perivaginales. Esta congestión produce un transudado de la mucosa vaginal que baña las paredes de la vagina y la vulva.

Esta respuesta de la vagina requiere una buena tasa de estrógenos en la sangre, y por lo tanto un buen funcionamiento de los ovarios.

En la disfunción lubricativa hay una falla en la congestión de las paredes vaginales o en la cantidad de estrógenos producidos por los ovarios y no se observa esta respuesta de la vagina a la excitación sexual.

La causa más frecuente de este trastorno es la vaginitis, atrofia consecutiva a la baja producción de estrógenos que trae como consecuencia adelgazamiento y falta de elasticidad de la pared vaginal y disminución de tono de músculos perivaginales.

Se caracteriza por falta de lubricación de la vagina durante la excitación sexual que provoca un coito incomodo y doloroso por frotamiento del pene con una mucosa vaginal seca.

Nuchas veces esta situación va acompañada de disminución o ausencia del deseo sexual ya sea causante o consecutivo a la falla en la lubricación y pérdida de interés en el coito.

### 1.3.5.3 Disfunciones del Orgasmo en el Hombre

Eyaculación prematura.- Es aquella eyaculación que produce insatisfacción suficiente para los involucrados o bien a veces iniciado el coito, la eyaculación no dura el tiempo suficiente para que el hombre disfrute del acto y la mujer pueda conseguir su o sus orgasmos.

Las causas se debe a falta de control de centros medulares por los núcleos cerebrales que se relacionen con ellos.

---

(37) Ibidem. p. 211-219

"La eyaculación precoz se debe a que el reflejo de la eyaculación se desarrolla libremente a nivel medular sin control por los centros nerviosos cerebrales que podrían inhibirlo parcialmente y retardar la eyaculación. Esto es el hombre no puede actuar oportunamente con sus centros superiores para controlar la eyaculación". Dra. Kaplan

La eyaculación precoz puede presentarse en cualquier momento desde que comienzan las maniobras precopulativas.

La curva que representa a la respuesta sexual en el caso de la eyaculación precoz, no es la típica ya que en este caso hay un ascenso más rápido a una meseta muy corta o ausente de donde sube a un orgasmo también disminuido y termina por un descenso rápido. † (38)

La resolución está acelerada por lo que la erección se pierde con más rapidez que en condiciones normales.

Eyaculación retardada y ausente.- Se considera eyaculación retardada a lo que contra la voluntad del sujeto, se presenta muy tardíamente sin relación con la iniciación del coito.

La eyaculación ausente consiste en una dificultad mayor la eyaculación no se presenta y el hombre da por terminado el coito por renunciar a él ante la imposibilidad de eyacular.

El trastorno es generalmente de origen psíquico. A esto hay que agregar la desconfianza en la propia capacidad para completar el acto sexual, temor del embarazo, deseo subconsciente de no completar el acto sexual con una mujer en especial.

El hombre con eyaculación retardada se queja de sus coitos son prolongados porque involuntariamente tarda en presentarse la eyaculación y muchas veces por consiguiente mejor no eyacula por desesperación.

La disfunción en ambos casos puede ser primaria si se padece desde las primeras experiencias sexuales o secundarias si aparece después de una época de coitos con eyaculación y orgasmos oportunos.

Eyaculación parcialmente retardada.- Consiste en que al llegar la eyaculación se presenta el primer tiempo, es decir la emisión, pero falta el segundo tiempo y el orgasmo.

---

(38) Ibidem. p. 221

"La eyaculación precoz se debe a que el reflejo de la eyaculación se desarrolla libremente a nivel medular sin control por los centros nerviosos cerebrales que podrían inhibirlo parcialmente y retardar la eyaculación. Esto es el hombre no puede actuar oportunamente con sus centros superiores para controlar la eyaculación". Dra. Kaplan

La eyaculación precoz puede presentarse en cualquier momento desde que comienzan las maniobras precopulativas.

La curva que representa a la respuesta sexual en el caso de la eyaculación precoz, no es la típica ya que en este caso hay un ascenso más rápido a una meseta muy corta o ausente de donde sube a un orgasmo también disminuido y termina por un descenso rápido. \* (38)

La resolución esta acelerada por lo que la erección se pierde con más rapidez que en condiciones normales.

Eyaculación retardada y ausente.- Se considera eyaculación retardada a lo que contra la voluntad del sujeto, se presenta muy tardíamente sin relación con la iniciación del coito.

La eyaculación ausente consiste en una dificultad mayor la eyaculación no se presenta y el hombre da por terminado el coito por renunciar a él ante la imposibilidad de eyacular.

El trastorno es generalmente de origen psíquico. A esto hay que agregar la desconfianza en la propia capacidad para completar el acto sexual, temor del embarazo, deseo subconsciente de no completar el acto sexual con una mujer en especial.

El hombre con eyaculación retardada se queja de sus coitos son prolongados porque involuntariamente tarda en presentarse la eyaculación y muchas veces por consiguiente mejor no eyacula por desesperación.

La disfunción en ambos casos puede ser primaria si se padece desde las primeras experiencias sexuales o secundarias si aparece después de una época de coitos con eyaculación y orgasmos oportunos.

Eyaculación parcialmente retardada.- Consiste en que al llegar la eyaculación se presenta el primer tiempo, es decir la emisión, pero falta el segundo tiempo y el orgasmo.

---

(38) Ibidem, p. 221

En otras palabras, es una eyaculación completa sin orgasmo. Es de origen psíquico aunque puede existir lesiones medulares o algún padecimiento produciendo este transtor - no.

Los hombres que lo padecen se quejan de que una vez ini - ciado el coito o la excitación a pesar de haber logrado buena erección sienten que llega el momento que la eyacu - lación es inevitable, pero falta o es tenue la emisión, la sensación de la expulsión del esperma y el orgasmo falta también o igualmente tenue. La eyaculación es sustituida por un escurrimiento lento del semen sin las contracciones de los músculos perinales que normalmente lo expulsan con fuerzas.

Orgasmo aneyaculatorio.- Es posible que en circunstancias especiales se produzca el orgasmo consecutivo a una exci - tación sexual, pero que falte la eyaculación.

Es de origen psíquico en los casos raros por temor al em - barazo, el hombre inhibe la eyaculación aunque permite el orgasmo. Es de origen orgánico en los casos de ausencia o hipoplasia de las glándulas que contribuyen a la formación del esperma o cuando hay obstrucción de los conductos eyacu - latorios.

Consiste en la ausencia de eyaculación que normalmente a - compañaa al orgasmo, a pesar de que ha recibido estimulación adecuada y de que la fase de excitación se haya caracteri - zado por una erección satisfecha. Algunos hombres lo cla - sifican como orgasmo seco.

Eyaculación retrograda.- Consiste en el paso del esperma - hacia la vejiga en lugar de pasar por la uretra anterior hacia el exterior.

Las causas se debe a malformaciones de la uretra posterior o del cuello vesical consecutivos a cirugía prostática o sobre el cuello de la vejiga.

Consiste en la ausencia de eyaculación con la circunstan - cia de que por lo demás, el coito es normal pues no se al - tera el tiempo en que se presenta el orgasmo, este es sa - tisfactorio, no hay dolor y la siguiente micción después - del coito siempre contiene esperma no expulsado.

Eyaculación espontánea.- Considerado como espontáneo lo que se presenta sin que actúe la causa que normalmente lo produce, la eyaculación espontánea puede adoptar dos for - mas; poluciones y la espermatorrea.

**Poluciones.-** Se denomina a las eyaculaciones que se presentan ocasionalmente, casi siempre por las noches en el sueño, pero también pueden verse en el día durante la vigilia.

**Espermatorrea.-** Es la presentación exagerada de las poluciones de modo que se ven varias veces al día y durante la noche. Las causas la abstinencia sexual prolongada, sueños o representaciones eróticas, congestión de los órganos pélvicos por excitaciones sexuales repetidas insatisfechas.

Las eyaculaciones involuntarias pueden observarse ocasionalmente una vez cada dos semanas. Puede haber o no erección o sueño erótico; generalmente lo acompaña un orgasmo, pero muchas veces el adolescente no se percata hasta que despierta y se da cuenta del esperma derramado.

**Disfunciones del orgasmo en la mujer.-** La ausencia de orgasmo o su retardo en relación con la iniciación del coito constituyen las disfunciones del orgasmo en la mujer.

**Orgasmo retardado y ausente.-** Se define como una inhibición persistente del orgasmo que se retarda o no se presenta a pesar de una excitación sexual adecuada, las mujeres tienen un umbral más alto, por lo que los orgasmos tienden a tardar más.

#### 1.3.5.4 Disfunciones por espasmo muscular.

**Eyaculación dolorosa.-** Consiste en dolor en las fosas ilíacas o el perine, que se presentan durante la eyaculación o inmediatamente después. El dolor puede ser de poca intensidad o francamente intenso y desagradable al grado de crear miedo al orgasmo.

**Vaginismo.-** Se le llama a la contractura de los músculos perineales principalmente aquellos que rodean la vagina que se presenta al intentar el coito, el cual resulta imposible.

Es de origen psíquico se ve en las mujeres que han sufrido inhibiciones intensas en todo lo referente a la función sexual, ya sea por una educación muy estricta o negativa en relación con la función sexual o experiencias anteriores desagradables, homosexualidad reprimida.

**1.3.5.5 Dispareunia.-** Se le llama al coito doloroso, el dolor producido por la unión de los órganos genitales.



**Causas.** - En la vulva pueden causar dispareunia un himen intacto y resistente, procesos inflamatorios, cicatrices de episiotomías, desgarrros, adherencias de labios, elefantiasis, la pérdida de la elasticidad.

En la vagina la ausencia o estrechez de la vagina, vaginitis por infestación o por la cercanía del recto o por la practica del coito anal y vagina consecutivo.

En órganos pelvicos la presencia de desgarrros en ligamento ancho que son consecutivos a traumatismos producidos por maniobras abortivas o partos rápidos o difíciles.

La dispareunia se manifiesta por sensación de dolor o ardor que el hombre puede referir al glande, el prepucio, el cuerpo del pene o regiones vecinas, según sea el caso y la mujer a la vulva, vagina o la cavidad pelvica, según sea también el caso.

#### 1.3.5.6 Fobia al coito. - Matrimonio no consumado

Las personas con disfunciones sexuales sienten poco atractivo al coito y a veces tratan de evitarlo.

El rechazo puede estar dirigido a todo lo relacionado con la actividad sexual.

El matrimonio no consumado puede deberse a una fobia al coito que no permite, generalmente la mujer aceptar las maniobras de excitación precopulatorias o la introducción del pene en la vagina.

### 1.3.6 Parafilias

Hay muchas normas de conducta sexual que son contrarias a las que esgrimen algunos miembros de nuestra sociedad. Además formas de conducta son condenadas por unos y aceptadas por otros entre estos encontramos a:

**Homosexualidad.**— Que se entiende por atracción por personas del mismo sexo. Gran número de los hombres y mujeres experimentan por lo menos un grado de actividad homosexual durante la vida.

La incidencia de homosexualidad es algo mayor entre los hombres que entre las mujeres, aunque la homosexualidad femenina (lesbianismo) no es nada extraño, no obstante el homosexualismo existe en todas las clases.

Los homosexuales masculinos que exteriorizan su tendencia de una manera obvia pueden adoptar ya sea una actitud afeminada respecto al modo de vestir y de actuar o bien para atraer a otros homosexuales cultivan una imagen muy masculina.

Normas de conducta de la homosexualidad:  
Las tendencias de las lesbianas es la de establecer relaciones duraderas las cuales pueden existir durante meses, años e incluso durante toda la vida. En estas relaciones una de las partes asume un papel más dominante y masculino tanto en su vestimenta como en su modo de actuar.

El patrón típico de la homosexualidad masculina es completamente diferente. La tónica entre los hombres generalmente tiende a la variedad de pareja sexual. Las relaciones exclusivas son raras y pocas veces duraderas, hay una búsqueda constante de aventuras sexuales. Esta constante búsqueda de compañeros nuevos expone al homosexual no solo a la posibilidad de arresto sino también a enfermedades venéreas.

Entre las prácticas utilizadas por los homosexuales para alcanzar el orgasmo se puede mencionar la mutua manipulación del pene, los contactos orales genitales y los contactos anales genitales, las técnicas que utilizan las lesbianas son el beso, la manipulación y caricias orales en los pechos y la manual u oral de los genitales. \* (40)

---

(40) Gally, Esther. Sexualidad humana y Planificación Familiar, 1a. Edición Edit. Fam. México p. 84

Las causas de la homosexualidad son el resultado de causas más bien emocionales que biológicas.

La homosexualidad se considera como una particularidad que puede ser un indicio de la fijación o regresión del desarrollo emocional.

De hecho es que un individuo vaya a ser homosexual o heterosexual se determina poderosamente antes de los 20 años y después es de esta edad.

La imposibilidad de identificarse con el progenitor de su mismo sexo es algo común. Una importante influencia determinante en el desarrollo de la homosexualidad puede ser cuando un niño se da cuenta de que su sexo fue una especie de decepción para alguno de sus padres o para ambos.

Ocasionalmente las madres utilizan al hijo como sustituto de su marido abrumándolo de cariño y evitándole que desarrolle una atracción normal hacia las mujeres.

Las lesbianas vienen de familias inestables y han tenido malas relaciones con uno o ambos padres. suelen causar una gran inseguridad, sentimientos de inferioridad, la creencia de que con un hombre no se puede llevar ni confiar, prejuicios contra y miedo a la relación sexual entre hombre y mujer.

El masoquismo es una de las causas fundamentales de la homosexualidad.

Incluso los adultos, cuando se les aísla del sexo opuesto, como en el caso de los presos, pueden incurrir en estas actividades sin que ello se les pueda considerar como verdaderos homosexuales, lo mismo puede ser en una persona que está influenciado por drogas o alcohol.

Transexualidad.- Es el sentir que uno pertenece al sexo opuesto del que anatómicamente es. Puede darse la sensación de estar atrapado en el cuerpo del sexo equivocado.

El transexual a menudo se viste con ropas del sexo opuesto, y expresa o siente un fuerte deseo por convertir su cuerpo quirúrgica y hormonalmente en uno del sexo opuesto.

El varón transexual odia su sexo y no le hace gozar de ninguna manera. No tiene erecciones ni eyaculación. Se viste de mujer porque siente que es una mujer.

La persona transexual es una hembra o un macho biológicamente normal. Las actitudes transexuales usualmente se remontan a la niñez. Puede haber padres cuyo papel sexual era confuso o que se mostraron desilusionados porque el niño no pertenecía al sexo opuesto.

Las alternativas de muchos transexuales son un sufrimiento continuo y llegan hasta el suicidio.

Estupro.- Es la violación que sufre una mujer por un violador.

El tipo más común de violador resulto ser el hombre cuyo tipo de violación incluye el uso innecesario de la violencia. Este tipo de violador no comete la violación porque carezca de prospectos sexuales voluntarios, prefiere la violación al sexo convencional. Para este tipo de individuo, el acto sexual sólo llega a su máxima gratificación si es acompañado de violencia física o cuando menos de una seria amenaza de llevar a cabo esta.

A este no le gustan las mujeres por lo que obtiene satisfacción al castigarlas. A menudo se usa más violencia de la que sería necesaria para llevar a cabo el estupro.

Pedofilia.- La pedofilia es la implicación sexual de un adulto con un niño. Puede ser homosexual, la pedofilia es probablemente la forma menos aceptable de conducta sexual en nuestra sociedad desde el momento en que se aprovecha la inmadurez del niño.

Los pedófilos se caracterizan psicológicamente como personas que sufren de un desarrollo detenido (fijación) en el cual el ofensor nunca ha crecido psicosexualmente más allá de la etapa inmadura de la pubertad o bien que padecen de una regresión a esta etapa de desarrollo.

Exhibicionismo.- Es la exposición intencional del órgano a una mujer inadvertida como gratificación final sin que haya intención de llegar al contacto sexual.

La exposición mencionada es intencional y no accidental, como es el caso de un borracho que orina en la vía pública. La intención del acto es la de provocar una expresión emocional en la víctima.

La intención más común del exhibicionista parece ser que es la de provocar miedo y sorpresa en su víctima y no placer. En el caso de una reacción divertida el exhibicionista se despeña en un estado de depresión.

El exhibicionista es uno de los ofensores sexuales más inofensivos. El descubrimiento psicológico más significativo en lo que se refiere a los exhibicionistas es que estos padecen de un profundo sentimiento de inferioridad así como de incapacidad sexual.

La victima femenina del exhibicionista debería considerar a este más bien como una molestia y no un peligro. \* (41)

Voyeurismo.- Un voyeur es aquella persona que obtiene gratificación sexual al mirar objetos o situaciones sexuales.

La sociedad acepta tales formas de voyeurismo como las chicas sin sostén que actúan en centros nocturnos o que aparecen en revistas. Por lo tanto el verdadero desviado sexual es aquel que atisba a través de las cerraduras con la esperanza de ver mujeres desnudas o parcialmente desnudas sin que esta se de cuenta.

La meta del voyeur es la de ver a una mujer guapa desnuda o bien empeñada en alguna actividad sexual, estos individuos prefieren mirar a mujeres que no conocen ya que en las que están familiarizadas no hallan la satisfacción que buscan. Es poco común que un voyeur viole a una mujer.

Incesto.- Es el coito verificado entre individuos emparentados demasiado íntimamente para contraer matrimonio. Este tipo de relación puede ser padre-hija, padre-hijastra, madre-hijo, madre-hijastro o hermano-hermana.

El incesto es uno de los tabúes sexuales más antiguos y difundidos, el incesto es algo común entre individuos pobres, faltos de inteligencia y sin educación que viven en regiones rurales y sobre todo si son localidades en la sierra en la cual sólo llegan a vivir unos cuantos y todos son familia.

Cuando existe una relación incestuosa dentro de una cultura que hace cumplir estrictamente su tabú contra el incesto, generalmente hay un elemento de alcoholismo, embriaguez, deficiencia mental o enfermedad emocional.

Fetichismo.- Es la excitación sexual a través de la percepción de objetos inanimados. La excitación sexual causada por un fetiche es lo suficiente fuerte como para causar erección; el fetiche se usa para masturbarse; el fetiche es necesario para obtener erección para el coito; los compañeros sexuales se eligen sobre la base de una posesión del fetiche; el fetichismo

---

(41) Gally, Esther; Op. Cit. p. 67-69

che se colecciona.

Tal y como se pudiera esperar, las prendas más comunes que sirven de fetiche son ciertas prendas íntimas tales como pantaletas, sostenes y medias.

El fetichista se mete en problemas legales sólo cuando se le sorprende robándose los fetiches.

El fetichismo al igual que el voyeurismo se cree que indica inmadurez sociosexual.

Trasvestismo.- Consiste en usar ropa del sexo opuesto. La práctica existe tanto en hombre como en mujeres. Usualmente indica una vida sociosexual distorsionada y confusa la cual a menudo aunque no siempre incluye a la homosexualidad.

Primeramente está el verdadero homosexual, al cual visten prendas del sexo opuesto la ropa no tiene ningún valor sexual o emocional para quien lo usa. Es un medio para conseguir un fin y no un fin por sí mismo.

El travestista quien usa la ropa del sexo opuesto por la gratificación sexual o emocional que le proporciona. La ropa del travestista no tiene valor sexual en sí sino que sólo simboliza el papel sexual y lo social al cual aspira.

Sadismo y masoquismo.- El sadismo es el logro de la satisfacción sexual a través de la inflicción de crueldad a otra persona. El sadico sexual frecuentemente es incapaz de alcanzar el orgasmo si no utiliza algún tipo de violencia.

El masoquismo es el logro de la gratificación sexual a través del sufrimiento de dolor físico. Existen tanto hombres como mujeres que deben ser castigados físicamente para poder excitarse sexualmente o para alcanzar el orgasmo. Este castigo implica a menudo el recibir golpes, latigazos, pellizcos, arañones y quemaduras.

Bestialidad.- La bestialidad consiste en incurrir en actos sexuales con animales. Diversos estudios han demostrado que esta práctica es algo más bien común entre los chicos campesinos. Aparentemente no hay motivaciones psicológicas importantes detrás de la bestialidad. Usualmente se incurre en ella solamente como un sustituto de relaciones más usuales cuando faltan estas. \* (42)

---

(42) Ibidem, p. 70-74

### 1.3.7 Etapas del Comportamiento Sexual Humano

En el desarrollo de la vida del hombre se consideran las siguientes etapas:

#### Vida Prenatal

Huevo: Desde la fertilización hasta la primera semana de desarrollo.

Embrión: Segunda a la octava semana

Feto: Desde el tercer mes hasta el nacimiento.

#### Vida Posnatal

Recien nacido: Durante las primeras dos semanas

Infancia: Desde la tercera semana hasta el fin del primer año.

Niñez: Temprana, intermedia y tardía (desde el segundo año a los 12 a 15 años en mujeres y de 13 a 16 en hombres).

Adolescencia: De los 12 a 13 a los 21 o 22 años.

Edad adulta: Primaria de los 21 o 22 años.

Senectud: Después de los 60 años.

#### Dinámica mental

Según Freud: las fuerzas que mueve a la mente es la libido que es nombre de la fuerza del instinto sexual al actuar sobre el sistema nervioso. Los demás instintos, excepto el religioso, sirven para facilitar la satisfacción del instinto sexual. Según él, hay distintas manifestaciones del instinto sexual desde los primeros días de vida.

#### Instinto sexual en los primeros años

Freud describe lo siguiente:

Primer estado oral. Se presenta desde el nacimiento a 9 meses; y es el período en que la función alimentaria es la central y en el que la boca es la zona más inervada y consiste en el placer que siente el niño para mamar. El acto, por fatiga lleva al sueño.

Segundo período oral (agresivo) se inicia cuando aparecen los dientes. Se manifiesta por la tendencia que tiene el niño de morder todo lo que puede.

A medida que el niño se desarrolla se estabiliza su maduración neurológica de modo que la boca va dejando de ser la zona más importante y continúa la siguiente que esta se presenta de 9 meses a 2 años.

Primer período anal (expulsivo). En este, el niño le produce placer la expulsión del excremento. Asimismo el niño desea ingerir el excremento.

Segundo estado anal ("retentivo") se debe al establecimiento del control de la defecación y consiste en el placer que siente el niño ahora por retener el excremento.

Estado uretral. Se considera que la expulsión de la orina le produce placer al niño. Esto es debido al desarrollo del aparato urinario por lo que hace sus veces y esto le produce placer.

Etapa fálica (3 a 6 años) comienza al tener placer por la manipulación de las zonas erógenas (órganos genitales). Es indudable que la masturbación tiene su origen en esta etapa.

En esta etapa el niño es capaz de adoptar una conducta indeseable por ser incapaz de valorarla moralmente.

Freud considero que durante estas etapas, y antes de que sufra el Complejo de Edipo, el niño pasa por un estado narcisista, puesto que sólo le atrae su propio organismo. Ya que el complejo de edipo hay atracción por otra persona (la madre o el padre).

Estado genital final. Aquí el niño ya es capaz de distinguir un objeto sexual determinado y de definir sus funciones sexuales que antes eran inespecíficas, ya que el placer podía provocarle por diferentes excitaciones, asimismo definir un objeto sexual, y una conducta sexual adecuada. Aparece en esta época un período latente en el que el instinto no se manifiesta, período que dura hasta la pubertad.

En esta etapa el niño vive dos situaciones de gran importancia para su vida adulta según la forma como sean resueltas. En el complejo de edipo el niño desea a la madre, pero además ve a la madre que otorga atenciones y cariño al padre (y viceversa para la niña) se despierta el sentimiento de celo y después de odio por el padre del propio sexo, a quién considera un rival al que tiene que eliminar. Cuando se experimenta en la niña se llama complejo de Electra. Esto hace que la sexualidad sea sentido como algo prohibido (tabú) y explica la prohibición del incesto para detener esta tendencia que aparece ya en el niño. Cuando la situación edípica se hace conflictual e intensa, surge el peligro de que el complejo no se supere; en este caso el niño y luego el adulto permanecen en situación edípica ligado al objeto amoroso primario y la sexualidad se hace conflictual provocando complejos neuróticos o bien de homosexualidad.

Posteriormente la inevitable superioridad de ese rival le hace temerle por lo que reprime su odio hacia él y por el mecanismo mental llamado formación reactiva termina admirando



dolo e identificandose con su padre del mismo sexo.

Surge otro complejo el de castración (aparece a los 2 a 4 años en niños y niñas) Consiste en que la niña cree que su pene le fue amputado como castigo, lo que le produce un sentimiento de inferioridad y de culpa, y en el niño piensa que le puede ser amputado por su padre por amor a su madre.

Desaparece el conflicto cuando el niño y la niña comprende las diferencias anatómicas características de cada sexo.

Según Allen. Entre los 7 a 12 años, se presenta un período de latencia en las manifestaciones de los impulsos sexuales, debido a la influencia familiar y de la escuela. El niño se desarrolla fácilmente en lo físico y en lo social (sociabilidad) y comienza a preocuparse más por lo colectivo (juegos, deportes, etc.) y por lo cultural-educacional. Esta latencia es el producto de este nuevo entrecruzamiento de su interés que deja de ser egocéntrico.

En la pubertad (paso de la niñez a la adolescencia) aparecen no en forma brusca ni en forma simultánea los caracteres sexuales que van a distinguir el hombre de la mujer dividiendo en anatómicos y funcionales.

El púber está maduro y listo para actuar sexualmente y desea para hacerlo, pero las normas y responsabilidades sociales se lo impiden (influencias de muchos tabúes culturales en relación al acto sexual).

Kinsey opina que en la mujer aparecen los siguientes caracteres secundarios: la menstruación, aparición del vello púbico, desarrollo mamario, y en el hombre aparecen sucesivamente vello púbico, primera eyaculación, cambio de voz, rápido aumento de estatura y talla.

El predominio de características (anatómicas, funcionales, psíquicas y sociales) darán masculinidad o feminidad, así mismo la acción hormonal se adquirirá la constitución sexual, que consiste en la capacidad para reproducirse y para realzar la función física como psíquica. Sin embargo, la afectividad, los modales y el líbido es lo que caracteriza a la sexualidad de ambos sexos. # (43)

---

(43) Heman, San Martín. Op. Cit. p. 590-592

Desde el punto de vista es cuando las zonas erógenas responden con mayor probabilidad e intensidad a un estímulo erótico.

Por otro lado en el aspecto constitutivo tenemos:  
Los órganos genitales principalmente el clitoris en la mujer y el glande en el hombre.  
La boca, en el que se menciona la mucosa labial y la lengua.  
La periferia de todos los orificios naturales (la vulva, el ano, la boca, los conductos auditivos externos, los orificios nasales).  
Los pezones en ambos sexos y las mamas en la mujer  
Las caras laterales del cuello y del tronco  
Las caras internas de los muslos

Las zonas erógenas sólo funcionan como tales cuando las circunstancias (deposición para la excitación sexual, ambiente, atracción de la pareja, estado de ánimo etc.) son apropiados. La sexualidad final de cada individuo (desarrollo físico, fisiológico, características psíquicas, impulso sexual) que dependerá particularmente de factores congénitos, glandulares, ambientales, culturales etc. que se harán que se observen individuos con una constitución sexual fuerte y con grandes demandas y bien opili; entre ambos grupos se encontrarán grados intermedios.

El adulto en esta etapa alcanza su desarrollo orgánico y su madurez de la personalidad sexual, lo que permite al individuo actuar como varón o como mujer para cumplir su papel biológico y social específicos.

En el climaterio, tanto en el hombre como en la mujer se experimentan cambios bruscos o paulatino en la fisiología endocrina sexual. En la mujer cesan las menstruaciones y la fertilidad; aumenta relativamente las hormonas masculinas (bisexualismo), dando lugar a cambios en el carácter de la mujer. Como desaparece el temor al embarazo la mujer se siente sexualmente libre y psíquicamente aumenta su libidinosidad.

El climaterio del hombre es muy suave, prolongado y pasa inadvertido.

En la última etapa, la senectud: continúan presentes la sexualidad, y la vida afectiva pero existe un decaimiento de las actividades sexuales. \* (44)

(44) Accerraga, Gustavo Op. Cit. p. 15-27.

## 1.4 PLANIFICACION FAMILIAR

### 1.4.1. Antecedentes de la Planificación Familiar

El control de la natalidad es una preocupación que data ya desde muchos años atrás, desde tiempos antiguos la población se ocupaba de evitar el embarazo, en el papiro egipcio de Ebers (XVI a de C.) se encuentra la descripción de una especie de tampón vaginal a base de goma arábiga, producto que por fermentación producía ácido láctico, sustancias con cierto poder espermicida, y que se halla en la composición de los contraceptivos locales actualmente utilizados.

Hipócrates (IV a de C.) fue un precursor de los modernos dispositivos intrauterinos, puesto, que descubrió el efecto anticonceptivo que se deriva de la colocación de un cuerpo extraño en el interior del útero.

Sorano, en el siglo II a de C. fue mucho más explícito en sus descripciones anticonceptivas detallando fórmulas y primitivos preservativos y lo que quizás es más importante, estableciendo una clara distinción entre la contracepción y el aborto.

Existían preservativos, probablemente muy poco confortables, en el Nondiveo, fabricados con materiales como vejiga e intestino o peritoneo de animales, seda o lino, precisamente con este material. Falopio describe un preservativo en el siglo XVI, con el fin de evitar en contagio venereo.

Falopio describió las trompas de falopio con lo cual puso a la posteridad.

El nombre de Condón proviene de un médico inglés Condón el cual, tras la invención de este tuvo que cambiarse el nombre por imperativos sociales. para otros, fue Condom un médico francés, quien con su invento intentó frenar en el siglo XVII, la gran fecundidad de su monarca Carlos II de Francia.

En 1830 aparecieron diversos dispositivos mecánicos (persarios cervicales, endocervicales, capuchones, etc.) cuya utilización no se hallaba exenta de peligros.

En 1860 Mensinga, en Alemania, propone el primer diafragma vaginal.

El primer dispositivo fue diseñado en metal por Grafenberg también en Alemania.

La era de los actuales Dispositivos Intrauterinos se inicia en 1959, en esta época el mundo científico conoció las primeras experiencias de Pincus y Cols (1956 y 1958) mediante la contracepción hormonal, la famosa píldora que tuvo sus precedentes en las investigaciones de otros autores hacia 1930 y 1940, la anticoncepción hormonal adquirió tal difusión que se consideraba que era el método más utilizado en 1976.

Uno de los primeros métodos empleados fué la técnica del receso o retracción conocida en la profesión médica como coitus interruptus en la que el hombre interrumpe el acto sexual antes de alcanzar el orgasmo para que el semen no penetre en la mujer. esta técnica se menciona en el Génesis y en el Talmud y la conocen muchas tribus primitivas de África.

La humanidad además de buscar métodos mecánicos y químicos para controlar la natalidad ha adoptado el sistema de los días seguros, el ritmo, que es el único método autorizado por la religión católica, como los otros métodos modernos no es sino el perfeccionamiento de una idea vieja, la búsqueda de medios para limitar el número de hijos es más antigua que el cristianismo y muchísimo más que los descubrimientos de la ciencia. \* (45)

El punto de partida de la historia moderna de la contracepción se debe situar en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948: "La planificación familiar consiste en la adopción voluntaria de aquellas prácticas que mediante el espaciamiento de los embarazos y la finalización de la procreación a una edad relativamente temprana consiga mejorar la salud materna e infantil, modelando el tamaño de la familia y la elección del momento óptimo para un embarazo" \* (46)

Esta expresión consistía en la primera puerta legalizada a nivel internacional de las prestaciones sanitarias anticonceptivas.

---

(45) Dexeus Santiago, La Contracepción, hoy 2a. Ed. Edt. Salvat Mexico, 1985, p. 3.

(46) Ernesto Hava Mann y los redactores de Life, Control de la natalidad, 1970, p. 118

#### 1.4.2. Conceptos Basicos

##### Planificación Familiar:

Para la "Secretaría de Salud" la Planificación Familiar es la decisión responsable y libre de los cónyuges para determinar el número de hijos que se desea tener, de acuerdo con sus convicciones morales, religiosas y su capacidad para satisfacer los requerimientos materiales y educativos que exige la dignidad humana de los descendientes. \* (47)

La Planificación Familiar, como un programa de salud, dirigido a la comunidad, se estableció en México sólo hasta 1974, a partir de esta fecha se ha venido informando sobre los principios y beneficios de los medios anticonceptivos, sin embargo, la experiencia diaria y algunos estudios nos demuestran que el grado de desconocimiento todavía es muy alto en nuestro medio, siendo necesaria una intensiva labor educativa que constituye una de las acciones fundamentales para la aceptación de la misma. † (48)

El término Planificación Familiar o Paternidad Responsable, significa que la pareja ha acordado usar algún método anticonceptivo a fin de tener hijos cuando lo desean.

Este problema ha sido reconocido a nivel internacional y casi todos los gobiernos aprueban los programas de Planificación Familiar, las Naciones Unidas fomentan y conciben programas de Planificación Familiar en todo el mundo.

---

(47) S.S.A. Manual de normas de educación para la salud. 4a. ed. Ed. Talleres gráficos de la nación, México 1983. p. 195.

(48) R. García, Estudios Psicosociales en la Reproducción Humana. ed. 1a. Ed. Imp. de la Facultad de Medicina U.A.N. L. Sect. 1981. p. 135 p. 145.

### Fecundidad:

Es un término de la procreación, un fenómeno social y cultural que difiere de la fertilidad, capacidad fisiológica de procrear y que varía poco entre un grupo étnico u otro.

Estadísticamente es la circunstancia que lleva a la procreación, reflejada por el número de hijos por mujeres o por pareja.

Existen factores que afectan la fecundidad en diversas indoles, como son la influencia de grupos, factores demográficos sistema general de valores, actitudes específicas de tamaño de la familia, comunicación masiva de información acerca de planificación familiar, fecundidad, factores sociales que condicionan tener solo hijos dentro de la familia legalizada, estructuras económicas que influyen sobre los niveles de población, producción y las prácticas religiosas tendrán así mismo una influencia marcada sobre el tamaño de la familia, sobre todo la religión católica. \* (49)

### Fertilidad:

Es la capacidad biológica para la procreación.

La planeación familiar incluye, además de una decisión acerca del tamaño deseado de familia, la limitación eficaz de la fertilidad cuando dicho tamaño se ha alcanzado, en ambos aspectos los factores sociales han mostrado ser variables influyentes. \* (50)

---

(49) Santiago Deméus., Op. Cit., p. 116

(50) John Peel. Técnicas de Control de la Natalidad, 2a. ed. Ed. Diana, México, 1972. p. 371. p. 41

### 1.4.3. Aspectos Legislativos

Nuestra legislación es una de las más avanzadas en el sentido de que existen leyes que protegen a la familia garantizando su preservación al otorgarle el derecho a las personas a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el esparcimiento de sus hijos, también le concede a todas las personas derecho a la protección de la salud; asimismo se expresa en la constitución que toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa.

Para alcanzar estos objetivos la ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios plasmados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos donde en su título primero Capítulo I de las Garantías Individuales el Art. 4o dice:

"La Nación Mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas. La ley protegerá y promoverá el desarrollo de sus lenguas, culturas usos, costumbres, recursos y formas específicas de organización social, y garantizará a sus integrantes el efectivo acceso a la jurisdicción del Estado. En los juicios y procedimientos agrarios en que aquellos sean parte, se tomarán en cuenta sus prácticas y costumbres jurídicas en los términos que establezca la ley". \* (51)

El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y esparcimiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XIV del Art.73 de la constitución. \* (52)

---

(51) Constitución Política de los E.U.A. 1992 p. 5

(52) Constitución Política de los E.U.A. Op. Cit. p. 6

Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa, la ley establecerá los instrumentos y apoyos que sean necesarios a fin de alcanzar tal objetivo.

Es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental, la ley determinará los apoyos a la protección de los menores, a cargo de las instituciones públicas.

El artículo 4o. constitucional contiene garantías individuales y sociales, la igualdad jurídica del varón y la mujer; el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número de hijos y su espaciamiento.

El Estado no puede intervenir ni ejercer coacción sobre las personas para determinarles el número, ni el espaciamiento de sus hijos ya que es su derecho individual que está declarado en el segundo párrafo del artículo 4o constitucional. También está acentuado el derecho social a la Planificación Familiar, y correlativamente la obligación del estado de proporcionar la información, educación, capacitación y los servicios idóneos para este fin.

La Planeación Familiar es un derecho humano fundamental libertad individual por medio de la cual las personas pueden decidir de una manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos; obtener la información especializada y los servicios idóneos para este fin.

Su importancia radica en el mejoramiento de las condiciones y la calidad de vida de las personas, así como para mejorar la integración de la familia.

Como es la mujer quien se dedica la mayor parte de su vida a procrear hijos, la planificación es un instrumento de libertad para ella, siendo esta una esclava de su misma fecondidad, en cambio, si el hombre y la mujer planean de una manera consciente, responsable e idónea sobre el número y es-



paciamiento de sus hijos, la mujer puede tener acceso a otras más actividades ya sean culturales o de trabajo, asimismo, le va a permitir asegurar mejores condiciones de vida a las nuevas generaciones.

Las personas son libres de decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijos, sin que exista presión externa o coacción, por parte de personas externas a la familia o del estado con el fin de obligarlos a procrear determinado número de hijos, teniendo acceso libre a la información sobre educación, capacitación y servicios que implica la información sobre Planeación Familiar y Metodología Anticonceptiva. Así mismo que las personas estén conscientes del ejercicio del derecho a proveer a sus hijos de condiciones de vida dignas, que contemplan la posibilidad de que el hijo tenga educación instrucción que pueda gozar de salud satisfactoria y alimentación suficiente. La determinación del espaciamiento de los hijos es importante para el beneficio de la familia, esto hace que las familias no sean numerosas, asimismo el cuidado de los hijos es más eficiente, su formación física y moral puede ser completa. Se puede atender mejor a los hijos si entre cada uno de ellos se llevan más años y la madre puede recuperarse mejor.

El espaciamiento de los hijos implica una fecundidad más feliz, y la posibilidad de que los miembros de la familia tengan una vida sana y exista mayor equilibrio familiar.

La autoridad estatal no puede decidir el número de hijos que deseen procrear, por ejemplo en China la planificación familiar está orientada a que los progenitores tengan única - mente un hijo y en México es un derecho humano fundamental y libre de procreación.

En el Código Civil para el Distrito Federal, Capítulo III de los derechos y obligaciones que nacen del matrimonio, el artículo 162 dice:

"Los cónyuges están obligados a contribuir cada uno por su parte a los fines del matrimonio y a socorrerse mutuamente."

Por lo que toca al matrimonio, la planificación familiar de este derecho será ejercido de común acuerdo por los cónyuges. \* (53)

El Estado protege a los progenitores en el ejercicio de la garantía de libertad de procrear, respetando el inalienable derecho de los padres sobre el número de hijos y el espaciamiento que ellos libremente consideren conveniente y en el caso del matrimonio se establece en el artículo anterior y el Estado lo apoya cumpliendo con las obligaciones que tienen de dar información, educación, capacitación y los servicios apropiados a efecto de que toda persona puede llevar a cabo el libre ejercicio de esos derechos.

Es importante que los miembros de la familia conozcan el derecho que tienen así como obligaciones para que sepan que derechos pueden exigir y que obligaciones tienen que cumplir con el fin de que la familia viva mejor y sea más organizada y estable.

#### 1.4.4 Aspectos Normativos

De acuerdo con lo señalado en los artículos 3o, 6o, 7o, 12o, 13o, 14o, 20o, 21o, 27o, 50o, 67o, 68o, 69o, 70o, 71o, 106o, 104o, 107o, y 112o de la Ley General de Salud y el artículo 26 de Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, en la Norma Técnica N.º 22 para la Planificación Familiar en la atención primaria a la salud pública en el Diario Oficial el 7 de Julio de 1986 en la sección segunda, páginas 73, 74, 75, 76, 77 asienta lo siguiente:

#### Disposiciones Generales

Artículo 1. Esta norma técnica tiene por objeto uniformar la actitud y los criterios de operación del personal del Sistema Nacional de Salud, en relación con la Planificación familiar.

Artículo 2. Esta norma técnica es de observancia obligatoria en todas las unidades de salud de los sectores público, social y privado del país.

Artículo 3. Planificación Familiar es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Artículo 4. La Planificación Familiar comprende las actividades siguientes:

- Promoción y difusión.

- Atención del usuario.
- Selección, prescripción y aplicación del método anti -  
conceptivo.
- Seguimiento del usuario e
- Identificación de casos de infertilidad y esterilidad.

#### Promoción y Difusión

Artículo 5. La promoción y difusión de las actividades -  
de Planificación Familiar comprenden las acciones siguientes:

- Entrevista personal
- Visita domiciliaria.
- Pláticas a grupos y
- Comunicación social.

Artículo 6. La promoción y difusión de las actividades -  
de Planificación Familiar comprenden los aspectos siguientes:

- Sexualidad humana desde los puntos de vista biológico,  
psicológico y social,
- Importancia para la salud del inicio tardío y la ter -  
minación temprana de la reproducción, así como del espacia -  
miento entre los embarazos.
- Características de los métodos anticonceptivos.
- Importancia de la continuidad en el uso de los metodos  
anticonceptivos y
- Disponibilidad de los servicios de planificación fami -  
liar.

#### Atención del Usuario

Artículo 7. La atención del usuario de Planificación Fa -  
miliar comprende las acciones siguientes:

- Interrogatorio y exploración física
- Exámenes de laboratorio y gabinete,
- Diagnóstico.
- Prescripción del metodo anticonceptivo.
- Señalamiento de riesgos.
- Indicaciones preventivas y
- Cita a consulta subsecuente o referencia otra unidad -  
de salud.

## Métodos Anticonceptivos

Artículo 8. Los métodos anticonceptivos son aquellos que se utilizan para impedir el embarazo en forma temporal o permanente.

Artículo 9. Los métodos anticonceptivos son los siguientes:

- Temporales:
- Hormonales orales.
- Hormonales inyectables.
- Dispositivo intrauterino (DIU) y
- De barrera.
- Permanentes:
- Oclusión timpánica bilateral y
- Vasectomía.

### Métodos Anticonceptivos Temporales

#### Hormonales Orales

Artículo 10. Los métodos anticonceptivos hormonales orales, se utilizan de acuerdo con las disposiciones siguientes:

- Indicaciones:

- Mujeres en edad fértil menores de 35 años, con patrón menstrual regular, nulíparas o multiparas que no deseen embarazarse.

- Contraindicaciones:
- Absolutas:
- Sospecha o embarazo comprobado
- Lactancia.
- Sangrado vaginal no diagnosticado.
- Antecedentes o presencia de:
- Diabetes mellitus que requiera uso de la insulina.
- Tromboembolismo,
- Cáncer uterino o mamario
- Padecimientos cerebrovasculares o coronarios
- Alteraciones de las funciones hepáticas y renales e
- Hiperlipidemia II o hipercolesterolemia,

#### Relativas:

- Edad mayor de 35 años
- Tabaquismo
- Insuficiencia venosa.
- Migraña.
- Hipertensión arterial,

- Depresión psíquica,
- Hemoglobinopatía.
- Uso de drogas que interactúan con los anticonceptivos orales (anticonvulsivantes, antibióticos, sedantes e hipnóticos, anticoagulantes y antihipertensivos).

#### Dosis y forma de administración

- Iniciar con una tableta cada 24 horas a partir del quinto día del principio de la menstruación,
- En la presentación de 21 tabletas reiniciar la administración al quinto día del principio de la menstruación siguiente,
- En la presentación de 28 tabletas tomar las dosis ininterrumpidamente,
- En caso de olvido de la toma de una tableta, tomarla en cuanto se acuerde,
- En caso de olvido de la toma de dos tabletas en días consecutivos, tomar dos tabletas juntas los dos días siguientes y emplear un método anticonceptivo de barrera,
- En caso de olvido de la toma de tres tabletas en días consecutivos, suspender la toma de las tabletas, emplear un método de barrera y acudir a consulta.

#### Reacciones adversas y conducta a seguir:

- Sangrado intermenstrual: cambiar a otro anticonceptivo oral de dosis mayor; si continúa el sangrado, suspender el anticonceptivo, investigar la causa y utilizar otro método,
- Náusea, vómito y edema, generalmente desaparecen después del tercer ciclo de administrar el anticonceptivo; si persisten, suspenderlo y administrar otro anticonceptivo oral con dosis menor de progestágeno o cambiar a otro método,
- Hipertensión arterial, cefalea persistente y cloasma; suspender el anticonceptivo y cambiar a otro método no hormonal y
- Nódulos marios o ganglios axilares; suspender el anticonceptivo, investigar la causa y cambiar a otro método no hormonal.

#### - Seguimiento:

- Las consultas subsecuentes se llevan a cabo; la primera al mes y las siguientes cada 80

#### - Hormonales inyectables:

Artículo 11. Los métodos anticonceptivos hormonales inyectables, se utilizan de acuerdo con las disposiciones siguientes:

#### - Indicaciones:

- Mujeres en edad fértil con paridad satisfecha que no deseen un método permanente,
- Evitar el embarazo durante tres meses a partir de la aplicación de la vacuna antirrubéola,

- Intolerancia al uso de anticonceptivos orales y
- Deficiencia mental

**Contraindicaciones:**

- Nulíparas
- Adolescentes
- Sospecha o embarazo comprobado
- Lactancia

- Sangrado genital no diagnosticado,

**Antecedentes o presencia de:**

- Diabetes mellitus,
- Tromboembolismo y
- Cáncer uterino o mamario

**Dosis y forma de administración** (se utiliza la presentación para 30 a 60 días):

- Una ampollita intramuscular cada 30 a 60 días: la primera aplicación dentro de los cinco primeros días a partir del inicio de la menstruación y las siguientes cada 30 o 60 días.

**Reacciones adversas y conducta a seguir:**

- Sangrado intermenstrual durante las dos primeras dosis si continúa, cambiar a otro método.
- Amenorrea: no suspender el método

**Seguimiento:**

- Las consultas subsiguientes se llevan a cabo cada 30 o 60 días.

**Dispositivo intrauterino (DIU)**

**Artículo 12.** El dispositivo intrauterino (DIU) se utiliza de acuerdo con las disposiciones siguientes:

- Utero y anexos anatómicamente normales;
- Indicaciones
- Mujeres en edad fértil nulíparas o multíparas que deseen espaciar el embarazo.
- Tabaquismo de más de 15 cigarrillos diarios,
- Lactancia e
- Intolerancia al uso de anticonceptivos hormonales

**Contraindicaciones:**

- Sospecha o embarazo comparado.
- Miomatosis uterina
- Sospecha de cáncer cérvico-uterino comprobado,
- Insuficiencia cardíaca,
- Anemia,
- Antecedentes de embarazo ectópico,
- Dismenorrea incapacitante,
- Hemoglobinopatía, leucemia y alteraciones de la coagulación.

- Sangrado genital no diagnosticado o abundante.
- Cervicitis, endometritis o anexitis,
- Parto o cesárea con ruptura de membranas (seis horas -

o más),

- Aborto complicado
- Corioamnion
- Atonia uterina,
- Sobre distensión uterina (embarazo múltiple, polihidramnios),
- Trabajo de parto prolongado,
- Accidentes quirúrgicos o anestésicos durante la cesárea

- Infección pélvica

Momento de aplicación:

- Durante la menstruación,
- Durante la estancia de la usuaria en la unidad de salud,
- Después de un parto eutócico,
- Después de un aborto espontáneo no complicado y
- Durante la operación cesárea.

Reacciones adversas y conducta a seguir:

- Hipermenstruación: si persiste en tres ciclos menstruales consecutivos, cambiar a otro método,
- Dolor pélvico: durante la primera semana después de la aplicación, administrar analgésicos, si persiste cambiar a otro método,
- Dispareunia: verificar inserción correcta del DIU y si se requiere, acortar los hilos.

Complicaciones:

- Perforación uterina: referir a la paciente a una unidad de salud de mayor complejidad,
- Infección pélvica: retirar el DIU, administrar antibiótico y cambiar de método,
- Embarazo extrauterino: referir a la paciente a una unidad de salud de mayor complejidad.

Seguimiento:

Las consultas subsiguientes se llevan a cabo durante el primer año al mes, a los seis y a los doce meses; después una cada año,

- En cada consulta se procede de la manera siguiente:
  - Verificar la posición correcta del DIU visualizando los hilos,
  - Investigar cervicitis, reacciones adversas y complicaciones,
  - Investigar embarazo:
  - Si existe menor de ocho semanas y los hilos del DIU son visibles, se retira éste; si los hilos no son visibles, o el embarazo es mayor de ocho semanas, se refiere a la paciente a una unidad de salud de mayor complejidad.
- Métodos de barrera:

Artículo 13. Los métodos anticonceptivos de barrera son:

el preservativo (condón) y los espermaticidas (óvulos, espumas y tabletas). Se utilizan de acuerdo a las disposiciones siguientes:

**Indicaciones:**

- Relaciones sexuales esporádicas entre personas que deseen evitar el embarazo,
- Apoyo a otro método anticonceptivo e
- Intolerancia a otros métodos anticonceptivos.

**Contraindicaciones:**

- Hipersensibilidad al espermaticida

**Aplicación:**

- Antes de cada relación sexual
- Métodos Anticonceptivos Permanentes

Artículo 14. Los prestadores de servicios de salud están obligados a proporcionar al usuario información clara y completa de los métodos anticonceptivos permanentes, destacando su carácter irreversible y la existencia de métodos temporales con el objeto de que este seleccione libremente el que mejor convenga a sus intereses.

Artículo 15. Los prestadores de servicios de salud están obligados a recibir por escrito la autorización del usuario en quien se va a practicar oclusión tubaria bilateral o vasectomía. Cuando el usuario no tiene capacidad legal, la autorización la otorga su representante.

Oclusión tubaria bilateral.

Artículo 16. La oclusión tubaria bilateral se realiza en una unidad de salud de mayor complejidad, de acuerdo con las disposiciones siguientes:

**Indicaciones:**

- Paridad satisfecha
- Fadicimientos que pongan en peligro la vida al ocurrir el embarazo,
- Transmisión de padecimientos genéticos y
- Diferencia mental

**Contraindicaciones:**

- Recién nacido pretérmino o deprimido,
- Sospecha o embarazo comprobado,
- Infección pélvica,
- Parto o cesárea con ruptura de membranas de más de seis horas,
- Sepsis puerperal,
- Eclampsia,
- Hemorragia pre y post parto o post aborto,
- Traumatismo obstétrico,
- Aborto provocado,



- Hernia abdominal, cirugía abdominal previa y tumoración pélvica (laparoscopia).

**Realización:**

- Cuando la usuaria lo solicite.

**Durante la estancia de la usuaria en la unidad de salud:**

- Después de un parto eutócico.

- Después de un aborto espontáneo no complicado y

- Durante la operación cesárea.

**Vías de acceso:**

- Minilaparotomía.

- Laparotomía y

- Laparoscopia.

**Técnica:**

- Fomerby (ligadura y sección de las trompas en el tercio medio).

- Fimbrectomía o

- Aplicación de anillos de silastic

**Vasectomía:**

Artículo 17. La vasectomía se realiza de acuerdo con las disposiciones siguientes:

**Indicaciones:**

- Fecundidad satisfecha.

- Transmisión de padecimientos genéticos y

- Deficiencia mental

**Contraindicaciones:**

- Infección gineco-urinaria.

- Hernia escrotal.

- Tumores testiculares, varicocele e hidrocele.

**Precauciones:**

- Usar un método anticonceptivo temporal hasta que no se observen espermatozoides en el eyaculado, se hayan producido 20 eyaculaciones o transcurrido ocho semanas después de la intervención.

## 1.5 METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA

### 1.5.1 Concepto:

Fisiológicamente la concepción es la fecundación de un óvulo por un espermatozoide y la anticoncepción es la prevención de la fecundación.

La metodología anticonceptiva es la existencia de diversos procedimientos químicos, físicos, quirúrgicos y naturales con los que cuenta la pareja para prevenir el embarazo en una forma temporal o permanente.

Tradicionalmente es la mujer quien más se responsabiliza y preocupa por prevenir o evitar el embarazo y aun más en las comunidades de tipo rural donde el rol de ama de casa que se ocupa del hogar se le atribuye, además observando la cantidad global de los métodos anticonceptivos existentes la mayoría están pensados para el organismo femenino que para el masculino.

### 1.5.2 Métodos Hormonales por Vía Oral

#### Concepto:

Son medicamentos anticonceptivos por vía bucal para inhibir o prevenir la ovulación en el organismo de la mujer.

#### Mecanismo de acción

Estos medicamentos funcionan previniendo la ovulación por medio de estrógenos y progestágenos, combinados y secuenciales los cuales parecen inhibir la liberación de gonadotropinas hipofisarias necesarias para la ovulación, tal por el efecto ocasionado en el hipotálamo. \* (54)

Además, el revestimiento endometrial puede ser estimulado y sufrir cambios predeciduales y glandulares progresivos, desfavorables para la implantación; el moco cervical se hace más viscoso y hostil al espermatozoide; la división del blastocito por la trompa se modifica, y la capacitación de espermatozoos se puede ver inhibida también. \* (55)

---

(54) Edmund R. Novak. Tratado de ginecología. 3a. ed. Ed. Interamericana, México, 1977, p.70

(55) Ibidem. p. 72

Los diversos productos comerciales que se usan actualmente contienen diferentes tipos y dosis de compuestos estrógenicos y progestacionales.

#### Efectos Secundarios:

Existe una amplia variabilidad de la manera como cada paciente responde a ello; comunmente las mujeres se quejan de náuseas, edema, agrandamiento de mamas, mareos, calambres en piernas, leucorrea, cloasma, aumento de peso, sangrado intermenstrual, el cual en algunas ocasiones tiende a disminuir; amenorrea, la cual puede estar asociada con infertilidad; si hay leiomas pueden aumentar de volumen por cambio edematoso y estimulación proliferativa, alopecia, hipertensión y edema de córnea.

El uso de estos medicamentos pueden desencadenar efectos colaterales graves como: Enfermedades tromboembólicas, accidente cerebrovascular, hipertensión, aumento de glucosa en sangre, cambios en el estado de ánimo, irritabilidad premenstrual, en ocasiones se presenta cefalea intensa, visión borrosa o perdida de ella, sensación de luces centeliantes, aumento de susceptibilidad a vaginitis por candida albicans, función tiroidea alterada, hirsutismo y reducen la cantidad de proteína, grasa y calcio de la leche en la madre que amamanta. \* (56)

#### Contraindicaciones:

Relativas: Exceso de peso y tendencia a la obesidad, facilidad al vomito, tabaquismo (más de 15 cigarros al día), utilización continua de psicofármacos, epilepsia, dislipidemia, prediabetes, varices, calculosis biliar, antecedentes de cloasma gravídico, acné, ataxia menstrual en la que no se ha comprobado posible anovulación, hiposexualidad, libido disminuido y anorgasmia, candidiasis vaginal frecuente.

Absolutas: A partir de los 35 años y fumadoras, antecedentes de enfermedad tromboembólica, arteriopatías o flebopatías infarctatorias, hipertensión arterial, diabetes, cardiopatías graves, nefropatías graves, enfermedad del hígado con lesión anatómica persistente, anemias de células calciformes, - glaucoma y oftalmopatías vasculares, otosclerosis, cefaleas graves no diagnosticadas, depresiones graves, opsomenorreas.

---

(56) John J. Burt. Educación Sexual. 2a ed. Ed. Interamericana México, 1976, p. 357

## Ventajas:

Los anticonceptivos por vía bucal tienen dos ventajas considerables sobre todos los demás métodos de anticoncepción son notables su eficacia y aceptabilidad, casi tienen una proporción de fracasos nula, incluso si se olvida cuatro días la medicación.

Se indica en mujeres en edad fértil, menores de 35 años con patrón menstrual regular, nulíparas o multíparas que no deseen embarazarse iniciándose su ingesta al 5º día de iniciada la menstruación, una pastilla diaria procurando no olvidar ninguna. \* (57)

### 1.5.3 Métodos Hormonales Inyectables

#### Concepto:

Son todos los medicamentos anticonceptivos, de depósito, administrados por vía intramuscular, de acción prolongada.

#### Mecanismo de acción:

Las dosis de gestágenos que se administran aisladamente es muy eficaz, similares a los esteroides orales combinados. Inhiben la secreción de gonadotropinas, incluyendo el pico medio de LH e impidiendo así la ovulación. Los niveles de estradiol medios diariamente durante el tratamiento con la suspensión microcristalina de un gestágeno, administrada en una dosificación de 15 mg. cada 3 meses, sólo muestran ligeras fluctuaciones y habitualmente se aproximan a los que se encuentran en la fase folicular precoz del ciclo menstrual normal, que son significativamente más altos que los niveles que tienen las mujeres postmenopáusicas.

El tamaño uterino fué más pequeño en las pacientes que habían recibido la droga durante largos períodos de tiempo, pero no hubo otros signos o síntomas de falta de estrógenos, ni hubo descenso subjetivo del tamaño de las mamas y la vagina permaneció húmeda y con buen trofismo.

El retraso de la reanudación de las ovulaciones después de la administración de estos anticonceptivos, se debe a la liberación lenta desde el lugar de la inyección y la presencia duradera de los niveles del mismo en el suero.

En los estudios clínicos, el retorno de las ovulaciones y de la fertilidad tienen lugar en la mayoría de las mujeres dentro del primer año después del tratamiento.

Debido a lo impredecible de la duración de este retraso en la recuperación de la ovulación en un caso normal, este método de contracepción es habitualmente restringido a las mujeres que han completado su familia. \* (58)

#### Efectos Metabólicos:

Se han observado en el uso de estos hormonales, modificaciones en el funcionamiento hepático, en el metabolismo de lípidos o en la presión sanguínea. Existen evidencias de que el uso de éstos a dosis de 150 mg. cada tres meses, pueden causar alguna alteración en la tolerancia a la glucosa a un aumento en los niveles plasmáticos de insulina, ya que poseen una acción glucocorticoide a estas dosis. x (59)

#### 1.5.4 Dispositivo Intrauterino (D.I.U.)

##### Concepto:

Son instrumentos elaborados a base de plástico, impregnados con bario, recubiertos con cobre y activados con hormonas se utilizan para retrasar el embarazo temporalmente.

##### Aplicación:

El momento ideal para su aplicación es el segundo día de la menstruación, porque el cérvix permite su fácil introducción. Sin embargo, últimamente ha alcanzado gran popularidad su aplicación en el postparto inmediato, sobre todo en el medio institucional en que existen factores educacionales que influyen para que la paciente no se controle una vez que ya abandone el hospital.

Cabe mencionar que en algunas de las pacientes muchas de las veces el dispositivo es expulsado, debido a una mala colocación o a la gran cantidad de loquios hemáticos que se presentan en este período

---

(58) D.N. Danforth, Tratado de Obstetricia y Ginecología 4a. ed. Ed. Interamericana, 1967. p. 262.

(59) Ibidem p. 264

### Ventajas:

Estas incluyen: La escases de efectos metabólicos asociados y su eficacia. Con el dispositivo intrauterino no hay la necesidad de una motivación continua para tomar una píldora todos los días o para seguir un procedimiento que tenga alguna relación con el coito. Por esto para el dispositivo intrauterino los índices de eficacia en relación con el método y con el uso son similares.

### Mecanismo de acción:

La acción anticonceptiva del dispositivo intrauterino se debe a una reacción inflamatoria local estéril debido a la presencia de un cuerpo extraño en el útero.

Se ha encontrado después de 18 semanas de inserción de un D.I.U. un incremento cercano a mil por ciento en el aumento de la leucocitos que se encuentran en los lavados uterinos en la cavidad endometrial en comparación a los lavados que se llevan a cabo antes de la inserción. Los productos de desintegración tisular de estos leucocitos son tóxicos para todas las células, incluidos los espermatozoides y el blastocito.

### Reacciones:

Los dispositivos intrauterinos de pequeño tamaño no producen reacción inflamatoria tan grande como los de mayor tamaño, con el mismo diseño.

Después de retirar el dispositivo intrauterino, la reacción inflamatoria desaparece rápidamente, la reanudación de la fertilidad no se encuentra retrasada, y se tiene lugar al mismo tiempo que sigue a los métodos mecánicos de contracepción.

### Tipos de D.I.U.:

Interes: Asa de lippes  
Asa doble  
D.I.U. Delta  
Daikon Shield

Activados: 7 de cobre  
T 200 de cobre

De liberación Hormonal: T liberadora de progesterona que libera 65 mg. de progesterona al día.

Todos los dispositivos intrauterinos tienen una cola monofilamento.

Después de su colocación se recomienda realizar una ecografía para asegurar su correcta colocación.

Para la utilización correcta de este método la mujer debe reunir ciertas características para que la tasa de seguridad y tolerancia sea elevada y el porcentaje de efectos secundarios sea mínimo, por lo tanto la mujer debe ser menor de 30 años, fértil, nulíparas o multiparas, mujeres con tabaquismo sin antecedentes infecciosos, madre con número de hijos deseados, fiel a un compañero sexual, con ciclos menstruales regulares no abundantes, sin dismenorrea, útero de tamaño normal y canal endocervical permeable, en la lactancia o con intolerancia métodos hormonales.

#### Contraindicaciones:

En caso de sospecha de embarazo comprobado, miomatosis uterina, sospecha de cáncer cervicouterino, anemia, antecedentes de embarazo ectópico, dismenorrea, incapacitante, hemoglobinopatía, leucemia, alteraciones de la coagulación, sangrado genital no diagnosticado o abundante, cervicitis, endometritis o anexitis, parto complicado o abortos, atonía uterina, sobre distensión uterina, embarazo múltiple, polihidramnios, trabajo de parto complicado o prolongado, antecedentes de accidentes quirúrgicos o anestésicos durante la cesárea y en presencia de infección pélvica esta contraindicado absolutamente.

#### Riesgo:

Los riesgos asociados con la utilización del D.I.U., incluyen infecciones pélvicas, perforación uterina y llegar a causar la muerte. \* (60)

---

(60) Louis M: Nellman. Obstetricia. Ed. Salvat. México, 1973. p. 955.

### 1.5.5 Preservativo

#### Concepto:

Es el método más antiguo anticoncepcional, que consiste en una cubierta o funda en el pene hecha de caucho látex o intestino ciego de cordero que se ajusta sobre el pene erecto para recoger el semen eyaculado, e impedir que sea depositado en la vagina causando un embarazo no deseado.

En los últimos años se ha observado un interés creciente por el uso de este método, este hecho se explica, por una parte a la casi nula existencia de efectos colaterales, que aportan frente a los observados con la contracepción de tipo hormonal, teniendo la ventaja de proteger contra el embarazo y de contraer enfermedades venereas. otra ventaja son comodidad, fácil adquisición, y relativo bajo costo.

Su forma de uso correcto es colocandolo inmediatamente antes del coito con el pene erecto y retirandolo antes de su desentumescencia para evitar que el semen escape hacia la vagina.

Se indica su uso en contactos sexuales de tipo ocasional para prevenir el embarazo o evitar contraer enfermedades de contagio sexual, también en casos especiales como el postparto, la lactancia, en casos de eyaculación precoz con buena erección.

No existen contraindicaciones médicas para el uso de el preservativo, tan solo en raras casos de intolerancia al caucho.

Es un método inocuo que no requiere control médico y que si se utiliza conjuntamente con un espermicida local alcanza un alto índice de seguridad.

En ciertas parejas llega a inhibir el apetito sexual, o disminuirlo por lo que se recomienda que su colocación sea parte del juego o preludio sexual y pueda actuar con un factor estimulante para la libido. \* (61)

---

(61) D.N. Danfoth, Op. Cit., p. 24E.



### 1.5.6 Obliteración Tubaria Bilateral y Vasectomía

#### Concepto:

Son los métodos anticonceptivos medico-quirúrgicos que se realizan al hombre o la mujer para evitar la concepción en forma permanente.

Danforth menciona que este es el método quirúrgico de efecto permanente, generalmente irreversible y máxima eficacia, que consiste en ligar, cortar y estirpar un segmento de las trompas de falopio en el caso de las mujeres.

La C.T.E. puede estar indicada por varios tipos de circunstancias por ejemplo, efectivamente cuando la pareja no desea tener más hijos, médicamente, cuando la vida o salud de la madre se vea comprometida en embarazos futuros o que se tenga la certeza de que productos futuros presenten malformaciones congénitas.

La O.T.I. postparto se lleva a cabo haciendo una pequeña incisión transperitoneal bajo anestesia general, realizando una ligadura tubárica bien mediante el método de Fowder o el método de Irving. Estos procedimientos simples y rápidos se pueden llevar a cabo en la misma sala de partos inmediatamente después de este, sin que ello prolonge la estancia de la paciente en el hospital.

La vasectomía se realiza aproximadamente en 20 minutos con anestesia local, los conductos deferentes se aíslan y se cortan, los extremos de estos se cierran bien mediante ligadura o fulguración y se colocan después dentro del saco escrotal.

Se requiere de quince a veinte evacuaciones después de la operación antes de que el varón sea estéril, pueden surgir complicaciones como: hematoma, formación de granulomas espermáticos (respuestas inflamatorias a la filtración del esperma) o reanastomosis espontánea.

En la sociedad en que vivimos el que un hombre se realice la vasectomía aún no es aceptado debido a las tradiciones culturales y educacionales que prevalecen. \* (62)

---

(62) Ibidem. p. 272.

### 1.5.7 Coito Interrumpido y el Ritmo

#### Coito Interrumpido:

Este método consiste en la extracción del pene de la vagina cuando la eyaculación es inminente, completando esta fuera de la vagina.

Para utilizar con éxito este método es evidente que el hombre debe tener suficiente autocontrol, gran motivación y un gran sentido de responsabilidad para proteger a su compañera sexual.

Entre sus desventajas se encuentran: (es completamente) insatisfactoria para la pareja ya que se acompaña de efectos secundarios psicológicos e inadecuado para el varón que tiene eyaculación prematura, causando sentimientos de frustración e impotencia sexual, en la mujer puede causar frigidez e insatisfacción sexual, sobre todo consecuente al temor de embarazo o a la retirada del varón antes de que la mujer haya conseguido el orgasmo, llegando a producir congestión pélvica. \* (63)

#### Ritmo:

Este método consiste en la abstinencia sexual durante el período fértil del día menstrual; este período comprende cuando menos 7 u 8 días de cada mes lunar para mujeres con ciclo menstrual regular y es directamente proporcional al grado de irregularidad menstrual.

Se admite generalmente que la ovulación ocurre de 12 a 16 días antes de la menstruación, que el huevo es susceptible de fertilización por 12 a 22 horas después de liberado y que la capacidad de fertilización consiste en la mayor parte de los espermatozoides unas 46 horas aproximadamente. \* (64)

Para que el sistema del ritmo funcione, es necesario que la pareja evite el coito cuatro días antes del tiempo calculado de la ovulación y dos a tres días después. Se calcula que la ovulación ocurre 14 días antes de la menstruación.

---

(63) Euge C. Sandberg. Tratado de Obstetricia. 10. ed. Ed. - Bolea, de México, 1961. p. 498.

(64) D.W. Danforth. Op. Cit. p. 246.

Este método no tiene valor para aquellas mujeres que ovulan en intervalos irregulares y que en consecuencia tienen ciclos menstruales de duración variable.

Esta es una situación problemática especialmente en mujeres postparto y premenopáusicas. El método requiere de gran motivación por parte de la pareja, una de sus ventajas más interesantes es que aumenta la libido a consecuencia de largos períodos de abstinencia. Por otra parte puede acarrear problemas psicológicos por frustración; solo las mujeres que tienen ciclo menstrual bastante regulares y motivaciones, son candidatas para este método de control.

El índice de fallas es de 15 a 40 embarazos por 100 mujeres al año.

## 1.6 CULTURA Y SEXUALIDAD

El ser humano posee una herencia biológica que determina sus características somáticas y fisiológicas, además de una herencia sociocultural, producto de la socialización por la que aprende a comportarse en la sociedad en que vive. Este acervo social compuesto de valores, normas, reglas es lo que en primera instancia constituye la cultura.

Sin embargo la cultura esta en constante cambio socio - cultural que esta condicionada por los niveles cognoscitivos, actitudinales y normativas, y por los valores a los que se adhiere una sociedad: cualquier modificación en la primera transformará, en consecuencia alguno de aquellos niveles.

La práctica histórica fija las pautas de conducta como son los roles sociales, conjuntos concretos de pautas de conducta, significan asimismo la división concreta del trabajo social.

A través de este cambio sociocultural se hace evidente el comportamiento sexual en donde intervienen conocimientos, actitudes, normas, valores, creencias, mitos y tabúes. Así como la interinfluencia de los sistemas y estructuras sociales del aparato simbólico que los expresa, determina la conducta reproductiva, siendo posible modificar el individuo si intervienen nuevos elementos de información y se transforman las condiciones concretas de vida.

Por ejemplo un individuo reaprende un papel social al trasladarse de una sociedad a otra; una campesina que emigra a la ciudad debe de reaprender su rol de madre, es decir la manera de tratar y cuidar a sus hijos.

O bien el aprender el papel de niño o niña, hija o hijo, adolescente, mujer o hombre, novio o novia, padre o madre, abuelo o abuela y muchos otros.

La cultura posee elementos culturales tales: Valores, creencias, pautas de conducta, que son los que controlan la conducta del individuo.

Estos elementos culturales es una aproximación o un promedio y en que cada individuo se encuentran variantes del patrón general y son el fundamento para actuar del individuo. Los valores, concepciones socialmente admitidos sobre lo que debe de considerarse, digno de estimación.

En la actualidad se han degradado los valores con respecto a la sexualidad a través del valor al éxito económico

por la mercantilización de la mujer.

En el ámbito rural y suburbano se cree en la superioridad masculina y en la necesaria subordinación de la mujer.

#### 1.6.1 Educación sexual, demografía y políticas de población

El crecimiento acelerado de la población que se hace perceptible tanto a nivel familiar como nacional, a dado lugar a que se ponga en tela de juicio las normas y valores que rigen el comportamiento reproductivo.

El crecimiento cada vez más acelerado durante los últimos 50 años es resultado de un desequilibrio entre mortalidad y fecundidad.

La mortalidad desciende de 23 defunciones X 1000 hab. en 1940 a 7 en 1980: descenso que en Europa requirió alrededor de 100 años.

Mientras la natalidad conservó un nivel alto de 45 nac. X 1000 hab. desde 1940, hasta 1970 en que comenzó a descender lentamente para llegar en 1980 a 37 X 1000 hab.

Si continuará la tendencia histórica para fines de siglo se llegaría a 135 millones con lo que se irían agudizando las dificultades para satisfacer las necesidades de la población. Por una parte el país no tiene forma de satisfacer a la población creciente, y por otra el nivel familiar, las parejas y sobre todo la mujer se impone un cambio.

Art. 4c. "El varón y la mujer son iguales ante la ley" Está protegida la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. Es el deber de los padres de preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental. La ley determinará los apoyos a la protección de los menores a cargo de las instituciones públicas". Es la base de la nueva política.

Lo fundamental del cambio esta en promover la racionalidad y la responsabilidad en la conducta reproductiva, y en ofrecer tanto al hombre como a la mujer la información y los servicios de salud que les permitan hacer electiva la decisión que tomen. En la planeación social se proponen metas deseables de crecimiento que sin usar métodos coercitivos, sirven de orientación para adecuar la tendencia a lo que coadyuve a mejorar los programas de desarrollo.

En los últimos decenios México ha tenido tasas altas de crecimiento debido a niveles elevados de la fecundidad. Ahora bien la relación de esta variable con la sexualidad es casi evidente, ya que una expresión básica de la sexualidad es precisamente la conducta reproductiva. Los valores y normas serán estos los que determinan el crecimiento poblacional.

El programa de educación sexual no pretende disminuir la fecundidad sino promover una actitud responsable y una conducta racional, no meramente intuitiva, en lo referente a la reproducción.

La responsabilidad y la racionalidad suponen, en primer lugar todo un programa de información acerca del funcionamiento de los sistemas reproductivos del hombre y de la mujer y de las posibilidades de regular su capacidad procreativa. En el caso de nuestro país es indispensable e impostergable proporcionar esta información ya que más del 70 % de mujeres casadas han externado su deseo de tener menos hijos, y de la comprobación de la ignorancia bastante general respecto del proceso de reproducción y de las medidas para prevenir la contracepción; esto tan sólo no se debe de ver como propio del individuo sino conjugando las características personales con los familiares y las del medio social.

La fecundidad, es decir el valor del hijo y la conducta reproductiva están determinadas por las normas y valores sociales, familiares y personales.

A nivel individual, la fecundidad influye en la capacidad reproductiva, psicológica y biológica donde la información y la educación tiene que ver mucho. Esto a su vez también termina la frecuencia y condiciones en que se da el coito, el uso de anticonceptivos y la actitud ante la concepción el embarazo y el aborto. En la medida que se desea un hijo se buscará la relación en las condiciones más favorables, se eliminarán los anticonceptivos y se cuidará el embarazo.

A su vez tanto la actitud ante la fecundidad como la capacidad reproductiva se relacionan entre sí y están condicionadas por:

Las características personales (edad, sexo, educación, religión, ocupación, ingreso, etc.) Aunque tal vez exista un predominio de alguna de estas, el conjunto es lo que explica la conducta.

Las características del grupo familiar que forma la pareja funciones conyugales, paternas y filiales, funciones en relación a la familia de origen.

Finalmente las características personales y del grupo

familiar estas a su vez están influenciadas por (la familia, amigos, trabajo) y por las instituciones que conforman la estructura social; política, económica, militar, religiosa, educativa, familiar, recreativa y de comunicación masiva.

Las creencias son proporciones o doctrinas aceptadas emocionalmente por los individuos sea o no que tenga o no un fundamento objetivo. Es decir cuando se logra difundir por una sociedad, se convierten en rasgos culturales de la misma.

Entre las pautas de conducta tenemos a las normas, costumbres y usos o convencionalismos.

Las normas definida como el "comportamiento debido" socialmente aprobado, en caso contrario adopta una forma negativa. Como ejemplificar no debe de utilizarse la violencia para el acto sexual; o bien la prohibición de relaciones sexuales de los jóvenes antes del matrimonio y, una vez casados con algún varón que no sea su marido.

Las costumbres "lo que se hace" "lo que debe de hacerse" algo que no cause admiración o comentarios desfavorables por ejemplo las mujeres no salgan de noche; o vivir en unión libre.

Por último los convencionalismos estos forman parte de las "buenas maneras" son poco obligatorias. Es decir no hablar de sexualidad con la familia o cuando hay hombres o mujeres dar paso a las damas. \* (65)

El control social juega un papel muy importante para assimilar las pautas de comportamiento socialmente aceptados. Bajo esta normatividad tenemos: El derecho, la moral, la religión y las costumbres; siendo que la cultura es quien ejerce en definitiva mayor influencia en la conducta del individuo.

La conducta sexual difiere en cada sociedad. Existen cuatro formas básicas de control sexual.

El matrimonio (dado por la sociedad) no sólo libera a los conyuges de la competencia en cuanto al cortejo y les brinda seguridad, asimismo garantiza el cuidado de los hijos.

El control de relaciones sexuales (el Estado mantiene el orden por medio de disposiciones legales) forzadas, es trupo, el abuso deshonesto.

---

(65) CONAFD, Op. Cit. p. 55-72 y 123-136

El control en la elección del compañero, cuya elección se basa en los valores socioeconómicos y de belleza que postule la sociedad en que vivimos.

Por ejemplo la virginidad es valor que tomará en cuenta una familia rigida y tradicional o tal es el caso de relaciones prematrimoniales.

El control al establecer, algún sistema de válvula de seguridad, fijar excepciones a las restricciones sexuales prevalentes. Esta es dado por el Estado y la presión social, es decir en esta última los individuos deben de conservar ciertas conductas o actitudes en circunstancias y lugares determinados.

El ser humano no siempre puede ajustarse al código social y son necesarias las particularidades bien definidas.

El divorcio, cuando sea de beneficio a la pareja y a la sociedad.

La aceptación de las actividades sexuales con ciertos partners después del matrimonio.

La restricción sexual habitual de los individuos se su - primen por algún tiempo llevando a cabo ritos religiosos, ceremonias.

En la cultura tradicionalmente son básicamente importantes los mitos y tabúes para el control social de la sexualidad. Por lo general se transmiten oralmente con cuentos o narraciones populares, los cuáles se van desortando, depurando y estilizando hasta alcanzar su forma "clásica" o estable.

Los mitos convierten la realidad social en algo aceptable y "natural". Los tabúes condenan o prohíben conductas que ponrían en peligro alguna institución social. Ambos elementos culturales son una respuesta social a las necesidades del individuo permitiendo vivir sin conflictos y sin duda continua sobre aquello que los demás esperan de él.

Algunos mitos y tabúes sobre sexualidad se formarán a través de la historia y en torno al matrimonio monógamico. En un gran número de culturas surgió cuando los varones son aptos en las actividades (agricultura y domesticación de animales) llegarán al sexo dominante y a tener certeza quienes eran sus herederos.

Surgió la necesidad social de que la mujer, esposa tuviera intimidad sexual sólo con un hombre y no con otros hombres y está dió origen al tabú de la virginidad. \* (66)

---

(66) Ibidem, p. 70-82 y 140-144



La educación sexual en la familia y en la sociedad mexicana, se ha caracterizado por ser producto de la influencia de dogmas, de mitos, de tabúes y además controles del comportamiento sexual propio del rigorismo autoritario de los adultos en general, que representan a una sociedad impositiva y tradicionalista cuyos valores, normas, creencias, conocimientos y actitudes, continúan imperando en la formación de las generaciones de niños y jóvenes, no obstante que el modernismo que envuelve a esta etapa plantea la necesidad imperiosa e urgente de la innovación y el cambio en la estructura social y en las pautas instituidas, que en gran medida son las responsables de la educación en nuestra población.

Es por tanto explicable que los padres de familia se sientan con el derecho de decidir sobre la formación de sus hijos, sin tomar en cuenta las necesidades e intereses propios de cada edad y tan sólo prevaleciendo el derecho y la autoridad que les asiste como adulto responsable de la educación de las nuevas generaciones.

En estas circunstancias se ha venido diciendo la educación sexual de la familia y de los grupos sociales que estructuran la organización de nuestras comunidades, en virtud de lo cual se consideró propio fundamentar la necesidad de impulsar en poblaciones marginadas principalmente, al señalar que actualmente las consecuencias de una ignorancia en el área de lo sexual, así como de actitudes profundamente negativas cimentadas en el mito y en el tabú. Entre estas consecuencias tenemos; desintegración familiar, roles sexuales estereotipados, pasividad femenina, imposibilidad de disfrutar de la propia sexualidad, conducta reproductiva irresponsable y muchas otras más que poco o nada contribuyen a la integración y bienestar social. \* (67)

---

(67) Ibidem. p. 205-211.

## 1.6.2 Cambio Sociocultural de la Sexualidad

La cultura, esta sujeta a la dinámica del sistema social. Es decir va de lo estático a lo dinámico.

"El analisis estructural-funcional se refiere a los procesos que se desarrollan en una estructura relativamente estable, en la que los participantes pueden variar y los individuos intercambiar papeles o status. El enfoque histórico se refiere a los procesos que transforman la estructura social". \* (68)

Partiremos del fenomeno de adaptación cultural, por el criterio de Fichter por dos procesos: el de difusión y el de convergencia.

En el proceso de difusión se propagan los rasgos culturales de una sociedad a otra (o de ciertos grupos a otros) dentro de la misma sociedad. \* (69)

Y el de convergencia, se refiere al hecho de que dos culturas se encuentran en un periodo determinado de su historia. En el desarrollo histórico de una cultura, esta se combina o entremezcla con otras, asimilando y transfiriendo valores.

En la actualidad existe la tendencia de reemplazar tabúes o normas sagradas por "normas axiológicas" que pretenden dar vigencia a valores apreciados por la sociedad y por los individuos. Una norma axiológica podría ser evitar los embarazos cuando a la criatura no pueda ofrecerse un hogar estable, una educación apropiada, ya que con ella ira contra el respeto que se debe al nuevo ser como persona.

Sin embargo mientras los valores ideales o nuevos, aún cuando tengan reconocimiento suficiente, muchas veces no han logrado transformar las instituciones y las costumbres.

Pero podría cambiar a través de la divulgación del conocimiento científico, la difusión de nuevos valores y la aplicación de normas axiológicas que de ellas se derivan constituyendo elementos del control social orientando a transformar la concepción y práctica social de la sexualidad. \* (70)

---

(68) Fichter, p. 278

(69) Chinoy, E. p. 97

(70) CONAPD, Vol. 2 p. 150-153

### 1.6.3 Migración y Sexualidad

La sexualidad depende en gran medida del contexto cultural, cuando este va cambiando paulatinamente, uno tiene tiempo de ir cambiando y adoptando valores, y actitudes y comportamientos a las nuevas condiciones.

Pero cuando uno cambia de contexto bruscamente, este choca frecuentemente con valores, actitudes y comportamientos ajenos a los propios. Esto es lo que sucede cada día a miles de mexicanos que dejan su tierra y migran a otra ciudad o país; donde el concepto de hombre y de mujer, el valor del cuerpo, el sentido de la relación sexual son otros diferentes a los propios. Las razones principales que mueven a las personas o familiares a dejar sus tierras son: Búsqueda de trabajo o empleo oportunidades de educación y en menor escala salud y recreación. También la existencia de familiares y amigos migrantes que facilitan su llegada.

El migrante al dejar sus tierras deja también los valores culturales en que nació y se crió, porque al llegar a la ciudad se enfrenta a una realidad dura y distinta de la que él conoce y maneja.

Por eso la existencia de parientes o amigos que viven ya fuera del pueblo es una condicionante que acelera y facilita la migración. \* (71)

---

(71) CONAFO, Op. Cit. p. 218.

## 2. - RESULTADOS

## 2.- ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

La edad de las parejas de las comunidades encuestadas comprende menos de 20 años hasta 35 años de edad.

El sexo femenino menor de 20 años de edad con un 33.17 % forma una relación conyugal con hombres de 33 a 35 años de edad que representa el 24.11 %, denotando que el sexo femenino forma una pareja a temprana edad, en contraste con el sexo masculino que prefiere hacerlo en etapas posteriores; le continúa el grupo de edad de 21 a 23 años de el sexo femenino con un 16.82 % y el masculino con 18.44 % siendo este grupo donde se denota un equilibrio de edades para la formación de pareja.

Se considera que la edad ideal para casarse es entre los 20 años a 30 años de edad ya que el desarrollo físico y emocional es el conveniente para la formación de una familia y la procreación de hijos.

A pesar que tanto la mujer como el hombre durante la adolescencia ya son capaces de procrear por el desarrollo de sus aparatos reproductores respectivos y la liberación de hormonas como la progesterona y estrógenos en la mujer y la testosterona en el hombre. Sin embargo no han alcanzado el grado de madurez física y emocional que requiere para formar una familia (ver cuadro No. 1 p. 123).

Por otro lado el grado de escolaridad de las parejas es primaria incompleta y completa siendo los que prevalecen en el sexo femenino con un 29.61 % y el 27.02 % en el sexo masculino la primaria incompleta 26.86 % y primaria completa 26.37 % el nivel de escolaridad, repercute en el grado de conocimiento sobre las partes de su cuerpo, cambios del mismo planificación familiar y aceptación de métodos anticonceptivos.

Cabe mencionar que en los programas de educación básica no se incluían temas de educación sexual a los adolescentes por considerarse inapropiados para los mismos; existiendo el rechazo de los padres y la sociedad debido a las costumbres e ideas que predominan en ese tiempo.

A pesar de que actualmente se le ha dado mayor difusión a estos temas en las comunidades de tipo rural la misma difusión obstaculizada que se le hable acerca de estos temas debido a sus costumbres (ver cuadro No. 2 p. 124).

La religión que predomina es la católica con 86.24 % en mujeres y un 88.02 % en el hombre. lo que limita la expresi-

sión libre sobre educación sexual y principalmente el rechazo de métodos anticonceptivos que difieren de la naturaleza humana de la mujer.

La religión católica sólo acepta el método del ritmo (ver cuadro No. 3 p. 125)

En cuanto a la ocupación el 99.02 % de las mujeres se dedican al hogar y el 60.84 % de los hombres al campo de ma - nera temporal el porcentaje restante se dedica a diversos o - ficios como; albañilerías, choferes, pintores, vigilantes etc abarcando el 28.81 %.

Debido a las actividades que desempeñan tanto mujeres como hombres se ve limitada la comunicación de la pareja so - bre los aspectos de sexualidad, planificación familiar y - adopción de un método anticonceptivo, repercutiendo en la es - tabilidad familiar (ver cuadro No. 4 p. 126)

En cuanto al grado de conocimiento acerca de la mens - tración en el sexo femenino el 83.28 % contestó si tener co - nocimiento y un 16.18 % la desconoce; con respecto al sexo masculino el 57.44 % respondieron que tienen conocimiento a esto, en tanto el 42.56 % no la tiene.

Se deduce que aunque es más del 70 % de las parejas en - trevistadas que tienen el conocimiento de lo que es la mens - tración, nos podemos dar cuenta que siendo algo natural que se presenta en la mujer desde la pubertad todavía hay desco - nocimiento por parte del sexo femenino, siendo que este signo se presenta en ella; en tanto el sexo masculino en un porcen - taje más alto desconocen por completo esta función fisiológi - ca (ver cuadro No. 5 p. 127)

Con respecto al 83.82 % del sexo femenino que correspon - dió tener conocimiento sobre la menstruación; el 31.55 % de - finió a la menstruación como el sangrado que se presenta en la mujer cada mes, en tanto que el 22.33 % dijo que es la forma de la mujer de arrojar sus desechos que significa que no está embarazada, otro porcentaje de 22.16 % simplemente dijo que es la regla de la mujer, por lo que la mayoría de las mujeres saben que es un sangrado, pero no saben porque causas se presenta siendo que el concepto de menstruación es el sangrado que se presenta en la mujer cada 28 días a conse - cuencia del desprendimiento del endometrio al no ser fecunda - do el óvulo, después de haber pasado por las tres fases foli - cular, ovulatoria y lútea de acuerdo a la estimulación de las hormonas FSH Y HL. Cabe mencionar que aunque en un por - centaje no representativo la presencia de la menstruación causa problemas, tal vez por la incomodidad que se tiene en

la realización de sus quehaceres o actividades, y por otro lado se angustian cuando hay un retraso o existe un embarazo no planeado creandose un conflicto con su pareja (ver cuadro No. 6 p. 128)

Por otro lado el 57.44 % del sexo masculino que contestó tener conocimiento sobre la menstruación lo definió de la siguiente manera: El 21.52 % dijo que es el sangrado que se presenta en la mujer cada mes, el 18.93 % que es la regla de la mujer, el 6.14 % la conceptualizó como un descanso para la mujer y un porcentaje de 3.55 % lo define como cuando ella está en su mes. De lo anterior se deduce que el hombre tiene mayor desconocimiento sobre que es la menstruación por sus porcentajes que presenta. Además por la manera de comportarse al momento de la entrevista denotaba inseguridad y timidez (ver cuadro No. 7 p. 129)

Con respecto a las partes que conforman el aparato reproductor femenino por el sexo femenino tenemos que un 19.09% sólo contestaron matriz, el 12.78 % vagina, el 12.62 % vagina y matriz, el 10.35 % vagina, matriz y ovarios; el 3.39 % sólo ovarios y matriz; un 2.58 % ovarios, senos, matriz y un 0.80% contestaron vagina, útero, ovarios, óvulos, trompas, vulva y clítoris. En tanto que el 26.86 % no quisieron mencionarlos.

Por lo que se observa que aún hay desconocimiento sobre los órganos que integran el aparato reproductor femenino tomando en cuenta que sólo un 0.80 % contestaron todas las partes que lo integran nos daremos cuenta que casi el 99.20 % lo desconoce aunque algunas mujeres contestaron algunas partes que se mencionan de forma popular entre la población esto no quiere decir que las conozcan todas (ver cuadro No. 8 p. 130)

Por lo consiguiente el sexo masculino contestó: el 24.43 % vagina, matriz; el 10.51 % vagina, matriz, ovarios; el 7.28 % vagina, matriz, ovarios y trompas; el 7.11 % sólo matriz; el 3.55 % vagina; el 1.13 % vagina, matriz, ovarios, pechos, trompas y el 37.70 % no quisieron mencionarlos.

Al igual que el sexo femenino el hombre desconoce las partes que conforman el aparato reproductor femenino o tal vez los conocen con sobrenombres (ver cuadro No. 9 p. 131)

Por otro lado tenemos que en algunas opciones tanto en el sexo femenino como el masculino los senos son contemplados como parte integral del aparato reproductor femenino lo que denota una falta de conocimiento ya que en ambos organismos existen las glándulas mamarias sólo que en la mujer se desarrollan a causa de la función progestacional, por otra parte el 32.28 % en ambos sexos no quisieron mencionarlos tal vez

sea porque al momento de la entrevista se niegan a contestar ruborizándose, notando que aun no se puede hablar así tan abiertamente del cuerpo humano y sobre todo de aquella parte oculta que caracteriza a la mujer.

Con lo referente al grado de conocimiento sobre las partes que integran el aparato reproductor masculino el sexo femenino contestó el 24.11 % pene y testículos; el 23.30 % pene el 2.42 % pene, testículos, próstata, epididimo, escroto, vejiga; el 2.26% pene, testículos, escroto, uretra; y un 46.44% no quisieron exponer su forma de pensar.

De la misma manera el desconocimiento del aparato reproductor femenino hace notar de igual forma en el aparato reproductor masculino siendo que este este conformado por testículos, epididimo, conducto deferente, próstata, vejiga, vesícula seminal, conducto eferente, uretra y pene (ver cuadro No. 10 p. 132)

El tanto el grado de conocimiento de las partes que integran el aparato reproductor masculino por parte del mismo sexo el 35.92 % sólo contestó pene; el 17.31 % pene y testículos; el 3.88 % pene, testículos, espermatozoides; el 1.25 % pene, testículos, próstata; el 0.48 % sólo testículos y el 0.36 % espermatozoides, en tanto que el 36.99 % no emitieron ninguna respuesta.

De lo anterior el 35.92 % sólo conocen al pene como parte integral del aparato reproductor masculino siendo este el porcentaje mas alto lo que demuestra un desconocimiento de todas las partes que lo integran (ver cuadro No. 11 p. 133)

Homologamente existe desconocimiento por parte de ambos sexos sobre las partes que conforman el aparato reproductor femenino y masculino en forma integral.

Tanto hombre como mujeres consideran a los ovulos y espermatozoides como partes integrales de los mismos siendo que son unidades funcionales de aparatos reproductores respectivos.

En cuanto al grado de conocimiento sobre el coito en el sexo femenino el 8.10 % contestó si tener conocimiento, en tanto que el 91.90 % dijo no conocerlo; por su parte el sexo masculino el 9.85 % dijo si haber sobre coito y el 91.45 % dijo no tener conocimiento.

El 91.67 % en ambos sexos no saben que es el coito siendo que este es uno de los principales puntos para poder llegar a la satisfacción mutua con respecto a las fases que in -



tegran la respuesta sexual humana.

Aún en tiempo actual la pareja sobre todo aquellas que se encuentran lejos de la urbanidad, con bajo nivel de escolaridad y además con la influencia de la sociedad reprimen el conocimiento de la sexualidad (ver cuadro No. 12 p. 134)

Con respecto al 8.10 % de las mujeres que afirmaron tener conocimiento sobre el coito el 3.55 % contestó que es la introducción del pene a la vagina durante la relación sexual; el 0.48 % es estar con mi esposo; el 0.20 % es la entrada de los espermatozoides y un 2.43 % no supieron explicarlo aún - que es pequeño el porcentaje saben que el coito es la introducción del pene en la vagina durante la relación sexual para la satisfacción de la pareja, pero sobre todo cuando va en paso por una fase de excitación y meseta para poder llevar a cabo la introducción del pene en la vagina ya lubricada. (ver cuadro No. 13 p. 135)

De acuerdo al grado de conocimiento de coito con respecto al sexo masculino el 4.04 % lo define como la introducción del pene a la vagina de la mujer; el 0.83 % como el acto sexual entre el hombre y la mujer; y el 1.77 % es la relación sexual entre el hombre y la mujer; el 2.91 % no quisieron explicarlo.

A lo anterior se deduce que tanto al hombre como la mujer desconocen en casi su totalidad sobre este concepto tal vez lo conozcan con un sinónimo, porque sobre todo este es un instinto que tiene todo ser humano (ver cuadro No. 14 p. 136)

El 97.25 % de la población masculina y el 96.45 % de la población femenina respondieron no conocer las etapas de la respuesta sexual humana. Con respecto al sexo femenino el 3.55 % afirma conocer las etapas de la respuesta sexual humana donde sólo el 0.35 % mencionó las etapas correctamente siendo que el 3.19 % contestó erróneamente.

Con respecto al sexo masculino el 2.73 % afirmó conocer las etapas de la RSH donde sólo el 0.16 % la definen correctamente el porcentaje restante 2.56 % tienen idea sobre los conceptos aunque esta no es correcta.

La excitación, meseta, orgasmo y resolución en conjunto son las etapas de la RSH donde el conocimiento por parte de la pareja de cada una de estas permite una relación satisfactoria y recíproca (ver cuadros No. 15, 16 y 17 p. 137, 138, y 139 respectivamente).

El 78.80 % del total de la población femenina afirmaron tener conocimiento sobre planificación familiar, mientras que

el 21.20 % expreso no tener conocimiento sobre el tema. De los que si conocen el 17.79 % la describen como la decisión de la pareja de cuantos hijos desean tener y espaciar sus embarazos el 31.06 % como tener pocos hijos para darles mucho y el 22.16 % la describen como cuidarse para no tener tantos hijos a través de un método anticonceptivo.

Respecto al sexo masculino el 31.07 % de la población afirmaron desconocer que es la planificación familiar, mientras que el 68.93 % afirmaron tener ideas sobre el tema. De estas el 13.91 % la describen como la decisión de la pareja de cuantos hijos desea tener; el 37.37 % como tener pocos hijos para darles alimento y vivienda y en pequeña proporción aunque representativo el 13.26 % mencionan usar un método anticonceptivo para que no se embarace la mujer.

La mujer de las comunidades rurales asume en su mayoría el papel de jefe de familia debido a las actividades que realiza, de alguna manera se le responsabiliza de su fecundidad, asimismo la adopción de algún método anticonceptivo, en tanto el hombre sólo se dedica al aporte económico.

Ya que la planificación familiar es el derecho de la pareja de decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Las parejas de las comunidades rurales tienen información sobre que es la planificación familiar siendo mínima e incompleta ya que existe poco interés por parte de la pareja sobre el tema (ver cuadros No. 18, 19 y 20 p. 140, 141 y 142 respectivamente)

El 72.17 % del sexo masculino y el 62.14 % del sexo femenino negaron haber recibido información sobre educación sexual y el porcentaje restante con el 17.83 % y el 37.86 % respectivamente contestaron si haber recibido este tipo de información.

El 37.86 % del sexo femenino que afirmó haber recibido información sobre educación sexual, el 14.23 % la recibió en la escuela, el 8.73 % en la casa, el 5.68 % por parte de la auxiliar de salud, el 3.23 % por parte de amigos y el 1.29 % restante por el método y el 4.70 % corresponde a otros.

De la población masculina el 12.49 % corresponde a amigos; el 9.06 % a la escuela; el 2.10 % auxiliar de salud; el 0.64 % en la casa; el 0.48 % en el trabajo y médicos y el 2.58 % a otros. La escuela juega un papel muy importante sobre la impartición de educación sexual en ambos sexos, siendo que a la mujer se le recluye más a las labores del hogar por lo que los padres llegan a proporcionar esta información.

mientras que los hombres la buscan en el grupo de amigos, ya que pasan la mayor parte del tiempo fuera del hogar (ver cuadros No. 21 y 22 p. 143 y 144)

El 28.15 % de la población femenina afirma tener el conocimiento sobre educación sexual así como el 17.79 % de la población masculina. Mientras que el 71.85 % del sexo femenino y el 82.21 % del sexo masculino negaron tener conocimiento sobre la misma.

Del 22.97 % en ambos sexos el 9.54 % la define como la orientación que dan sobre el funcionamiento del cuerpo humano así como la prevención de enfermedades venéreas; mientras el 5.99 % lo definen como la orientación sobre planificación familiar y metodología anticonceptiva; en tanto que el 3.66 % afirman que es la orientación que se recibe sobre noviazgo, la vida de pareja hombre-mujer, el como tener hijos, saber los educar. Desde el momento del nacimiento, el ser humano recibe educación sexual, al estar en contacto con la familia; siendo la base para el desarrollo de su sexualidad; influenciada por factores sociales y culturales del medio en que vive.

Además condicionado por aquellos canales de socialización los cuales emiten mensajes en tonos, modalidades y contenidos diferentes de sexualidad.

A lo anterior la educación sexual no es conocida en su totalidad por la pareja joven; desconociendo que la educación sexual es proporcionada durante toda la vida del ser humano.

Además de acuerdo al tipo de población y las necesidades económicas limitan al individuo a tener un conocimiento amplio sobre el tema, teniendo sólo algunos componentes sobre el mismo (ver cuadro No. 23 y 24 p. 145 y 146)

El 68.12 % del sexo femenino y el 65.85 % del sexo masculino afirmaron saber que es sexo; en tanto que el 31.88 % en las mujeres y el 34.15 % de los hombres desconocen el término.

Del 66.98 % en ambos sexos; el 5.19 % lo definen como la diferencia que existe entre el hombre y la mujer; el 36.81 % mencionan que es tener relaciones con su esposo (a); mientras que el 13.68 % piensan que es la relación hombre-mujer y el porcentaje restante tiene conceptos diversos sobre el sexo.

Por otro lado el sexo es conceptualizado como "el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que en la especie humana diferencian al varón y a la mujer y que al

complementarse tienen en sí la potencialidad de la reproducción".

Al interrogar a la población sobre lo que es sexo la mayoría lo asocian directamente a la relación sexual y sólo un bajo índice que tiene una idea cercana a lo que es en realidad. Además debido a las costumbres que rigen en la sociedad en la que se desarrollan provoca una limitación a la expresión libre de sus ideas sobre lo que significa sexo (ver cuadro No. 25 y 26 p. 147 y 148)

El 66.82 % del sexo femenino y el 90.62 % del sexo masculino negaron usar algún método anticonceptivo, mientras que el 33.18 % de las mujeres y el 9.38 % de los hombres son usuarios de algún método anticonceptivo.

De acuerdo a los porcentajes obtenidos se observa que la mujer es más accesible y de fácil convencimiento a recibir información sobre planificación familiar y metodología anticonceptiva de ahí que tiene el porcentaje más alto de aceptación además de que la mayoría de los métodos anticonceptivos están diseñados para el organismo de la mujer.

Por otro lado existen factores limitantes para la aceptación de un método anticonceptivo como: La religión que sólo acepta métodos naturales; la falta de información correcta causando desconfianza por la pareja.

Y en la población masculina el aceptar algún método anticonceptivo como el condón y la vasectomía se ven limitados por el temor a ser catalogados de poca virilidad (ver cuadro No. 27 p. 149)

De acuerdo al 33.18 % de las usuarias: el 12.94 % usa pastillas el 9.67 % el dispositivo intrauterino, el 3.72% la inyección, el 2.92 % se realizó la oclusión tubaria bilateral y el 3.72 % aceptan como método anticonceptivo al ritmo.

Del 9.38 % de usuarios; el 6.79 % usan el preservativo y el 2.58 % el coito interrumpido.

De lo anterior se deduce que los métodos hormonales son los que tienen mayor aceptación por su facilidad de acceso o por la disponibilidad que tienen las parejas para la opción del método anticonceptivo. (ver cuadro No. 28 p. 150)

Del 12.94 % de usuarias de pastillas anticonceptivas el 4.69 % afirman saber las indicaciones completas mientras que el 8.24 % tienen información incompleta; con respecto a las contraindicaciones el 3.07 % la tienen completa y el 9.65 %

incompleta sobre los efectos colaterales el 1:29 % la tienen completa y el 11.05 % incompleta (ver cuadro No. 29 p. 151)

El 3.72 % de usuarias que utilizan la inyección el 0.64% mencionan conocer las indicaciones y el 3.08 % tienen información incompleta en cuanto a las contraindicaciones el 1.45% tienen la información completa e incompleta el 2.27 % y por último el 0.97 % si tienen información completa sobre efectos colaterales y el 2.75 % la tiene incompleta (ver cuadro. No. 30 p. 152)

Se nota que a pesar de la amplia información que se les proporciona por parte del personal de salud y la propaganda proporcionada por el sector salud existe una limitación del conocimiento acerca de las indicaciones, contraindicaciones y efectos colaterales.

Del 6.79 % de la población masculina que utiliza el preservativo como medio anticonceptivo para evitar la concepción el 5.65 % tienen información completa sobre indicaciones; el 1.14 % la tiene incompleta; respecto a las contraindicaciones el 6.30 % expresaron tenerla completa y el 0.49 % la tienen incompleta; el 3.39 % expresaron conocer los efectos colaterales mientras que el 3.40 % tienen información incompleta.

Siendo este un método accesible y de fácil uso de este método la mayoría de la población masculina tiene información fidedigna sobre indicaciones, contraindicaciones y efectos colaterales. (ver cuadro No. 31 p. 153)

En lo referente al 9.87 % que utilizan el dispositivo intrauterino el 1.45 % tienen información completa sobre indicaciones e incompleta el 8.42 %; en cuanto a contraindicaciones el 0.98 % es completa mientras que el 8.69 % tiene incompleta la información y con respecto a efectos colaterales el 1.29 % afirma tener información completa y el 8.56 % no la tiene.

Otro método que puede adoptar la mujer al tener alguna otra contraindicación o efecto colateral con los métodos anticonceptivos hormonales es el dispositivo intrauterino por lo que su aplicación sólo se realiza en centros hospitalarios o centros de salud por lo que la aportación de información sobre indicaciones, contraindicaciones y efectos colaterales es poca o nula, aunque en ocasiones no se pide la autorización de la usuaria para la aplicación o bien la falta de comunicación con el personal de salud ocasiona de alguna manera el rechazo de los métodos anticonceptivos (ver cuadro No. 32 p. 154)

Con respecto al 2.92 % de las mujeres que se les realizó la oclusión tubaria bilateral: el 0.81 % tienen indicaciones completas, el 2.11 % tienen información incompleta; mientras el 0.48 % mencionaron las contraindicaciones completas y el 2.44 % incompletas, en cuanto a los efectos colaterales el 2.92 % tienen información completa.

A lo anterior se deduce que existe falta de información sobre este método definitivo que se indica cuando hay paridad satisfecha por la mujer o bien por la pareja, siendo que esta piensa si se somete a esta intervención quirúrgica va a dejar de ser mujer poniendo en peligro la cuestión psicológica familiar, además que no necesariamente la mujer puede intervenir quirúrgicamente ya que en el hombre también existe la vasectomía que al igual es un método anticonceptivo definitivo y el cual tiene un rechazo por parte del hombre (ver cuadro No. 33 p. 155)

El 2.59 % que utilizan el coito interrumpido como método anticonceptivo el 0.16 % tienen información completa sobre indicaciones e incompleta el 2.43 %; en cuanto a contraindicaciones y efectos colaterales el 2.59 % tienen información incompleta. En las parejas que no aceptan ningún tipo de método anticonceptivo optan por este método natural que es coito interrumpido a pesar de ser sencillo existe desinformación en el como realizarlo correctamente (ver cuadro No.34 p. 156)

Del 3.72 % de mujeres que utilizan el ritmo como control de natalidad el 3.39 % tienen indicaciones completas, el 0.33 % incompleta; el 3.72 % tienen información completa con respecto a las indicaciones y en lo referente a efectos colaterales el 3.72 % afirman tener información incompleta.

Se deduce que existe una orientación sobre indicaciones y contraindicaciones completas excepto en los efectos colaterales, que en ocasiones no se mencionan por no causar temor en la mujer ya que se desarrollan problemas psicosexuales (ver cuadro No. 35 p. 157)

## 2.1. CUADROS

CUADRO No. 1

Edad de las parejas jóvenes de las comunidades rurales.

EDAD	S E X O			
	FEMENINO F	%	MASCULINO F	%
Hasta 20 años	205	33.17	115	18.60
21 - 25 años	104	16.82	114	18.44
24 - 26 años	83	13.43	88	14.23
27 - 29 años	64	10.47 *	77	12.45
30 - 32 años	79	12.78	75	12.17**
33 - 35 años	83	13.43	149	24.11
T o t a l	616	100.00	616	100.00

Nota: \* Se aumenta 1 centésima para fines de redondear al 100 %

\*\* Se agregó 4 centesimas para redondear al 100 %

Fuente: Cuestionario aplicado a las parejas de las comunidades rurales de los módulos: Morelia III, Tarímbaro, Uruetaro y Pátzcuero del Estado de Michoacán. México 1992.



CUADRO No. 2

Escolaridad de las parejas jóvenes  
de las comunidades rurales.

ESCOLARIDAD	SEXO			
	FEMENINO F	%	MASCULINO F	%
Analfabeta	17	12.45	49	7.92
Sabe leer y escribir	51	18.26	84	18.59
Primaria incompleta	180	29.6	166	24.86
Primaria completa	167	27.02	160	26.37
Secundaria incompleta	37	5.96	54	8.73
Secundaria completa	49	7.92	75	12.17*
Otros	23	3.76*	27	4.36
<b>T o t a l</b>	<b>418</b>	<b>100</b>	<b>618</b>	<b>100</b>

Nota: \* Se aumento una centésima con el fin de redondear al 100 %

Fuente: La misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 3

Religión de las parejas jóvenes de las  
comunidades rurales.

Religión	Sexo			
	Femenino F	%	Masculino F	%
Católica	533	86.24	544	88.02
Testigos de Jehová	-	-	-	-
Evangelistas	50	8.09	47	7.60
Otros	35	5.67*	27	4.36**
T o t a l	618	100.00	618	100.00

Nota: \* Se aumenta 1 centésima para redondear al 100 %

\*\* Se aumentan 2 centésimas para redondear  
al 100 %

Fuente: La misma del Cuadro No. 1

CUADRO No. 4

Ocupación de las parejas jóvenes de las comunidades rurales.

Ocupación	Sexo			
	Femenino F	%	Masculino F	%
Hogar	612	99.02	-	-
Lava y plancha	-	-	-	-
Artesano (a)	2	0.32	2	0.32
Comerciante	1	0.16	12	1.74
Obrero (a)	-	-	50	8.09
Campeño	1	0.16	376	60.84
Otros	2	0.34 *	178	29.81**
T o t a l	618	99.96	618	100.00

Nota: \* Se aumentaron 2 centésimas para redondeo del 100 %

\*\* Se aumento 1 centésima para redondeo del 100 %

Fuente: La misma del Cuadro No. 1

CUADRO No. 5

Conocimiento sobre Menstruación por las  
parejas jóvenes de las comunidades rurales.

Alternativa	Sexo			
	Femenino F	%	Masculino F	%
Si	518	60.82 *	353	57.47
No	100	16.18	265	42.56*
T o t a l	618	100.00	618	100.00

Nota: \* Se agregó 1 centésima para fines de redondear al 100%

Fuentes: La misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 6

Definiciones sobre Menstruación por el sexo femenino de las comunidades rurales.

Definiciones	F	%
La regla de la mujer.	137	22.16
Sangrado que se presenta en la mujer cada mes.	195	31.83
Es la forma de la mujer de arrojar sus desechos que significa - que no está embarazada.	138	22.33
Se presenta cuando la niña se convierte en mujer y se está desarrollando.	10	1.61
Es algo natural que se presenta en la mujer cada mes.	13	2.10
Cuando está la mujer en su mes.	10	1.61
Problemas.	3	0.53 *
Para tener hijos.	9	1.45
Todo el significado de la mujer.	1	0.16
Maduración del óvulo.	1	0.16
No sabe explicarlo.	1	0.16
No sabía.	100	16.16
<b>T o t a l</b>	<b>618</b>	<b>100.00</b>

Nota: \* Se agregaron 5 centesimas para redondear al 100 %  
Fuente: La misma del Cuadro No. 1

CUADRO No. 7

Definiciones sobre Menstruación por el sexo masculino de las comunidades rurales.

Definiciones	F	%
La regla de la mujer.	117	18.93
Sangrado que presenta la mujer cada mes.	133	21.52
Es cuando ella esta en su mes.	22	3.55
Es cuando el óvulo no es fecundado y se rompe presentando el sangrado cada mes.	16	2.58
Desecho de la matriz.	6	0.97
Para descanso de la mujer.	38	6.14
Para embarazarse.	10	1.61
Es una cosa natural de la mujer.	2	0.36 *
No sabe explicarlo.	11	1.77
No sabían.	263	42.55
<b>T o t a l</b>	<b>618</b>	<b>100.00</b>

Nota: \* Se agregó 6 centésimas para redondear al 100 %

Fuente: La misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 8

Grado de Conocimiento que tiene las mujeres sobre las Partes que Conforman el A.R.F de las Comunidades Rurales.

Modelidad	F	%
Vagina.	79	12.78
Vagina, matriz.	78	12.62
Matriz.	118	19.09
Vagina, matriz, ovarios.	64	10.35
Ovarios.	2	1.29
Vagina, matriz, trompas.	20	3.23
Ovarios, óvulos.	7	1.13
Ovarios, matriz.	21	3.37
Ovarios, senos, matriz.	16	2.58
Matriz, pechos.	8	1.29
Matriz, vagina, vúlva.	6	0.97
Vagina, útero, ovarios, trompas, vúlva, clítoris.	5	0.80
Pechos, vagina, matriz.	5	0.80
Matriz, trompas, ovarios.	3	0.56 *
Matriz, trompas, ovarios, vagina.	14	2.26
No quisieron mencionarlos.	166	26.86
<b>T o t a l</b>	<b>618</b>	<b>100.00</b>

Nota: \* Se agregaron 8 centésimas para fines de redondeo al 100 %.

Fuente: La misma del Cuadro No. 1

CUADRO No. 9

Grado de Conocimiento que tienen los hombres sobre las partes que integran el A.R.F. pertenecientes a las comunidades rurales.

Modalidad	F	%
Vagina.	22	3.55
Vagina, matriz.	151	24.43
Vagina, matriz, ovarios.	65	10.51
Matriz.	44	7.11
Vagina, matriz, ovarios, trompas.	45	7.28
Senos.	1	0.23 *
Vagina, uretra.	16	2.58
Matriz, ovarios.	14	2.26
Pechos, vagina, matriz.	4	0.64
Vagina, matriz, ovarios, pechos, trompas.	7	1.13
Matriz, ovarios, pechos.	4	0.64
Pechos, matriz.	12	1.94
No quisieron mencionarlos.	233	37.70
<b>T o t a l</b>	<b>618</b>	<b>100.00</b>

Nota: \* Se agregaron 7 centesimas para redondear al 100 %

Fuente: La misma del Cuadro No. 1.



CUADRO No. 10

Grado de Conocimiento que tienen las mujeres sobre las partes que conforman el A.P.M. de las comunidades rurales.

Modalidad	F	%
Pene.	144	23.30
Pene, testículos.	149	24.11
Pene, testículos, prostata.	5	0.80
Pene, testículos, prostata, epididimo, escróto, vejiga.	15	2.42
Pene, testículos, escroto, uretra.	14	2.26
Pene, testículos, escroto, espermatozoides.	3	0.48
Espermatozoides.	1	0.19 *
No quisieron nombrarlos.	257	46.44
<b>T o t a l</b>	<b>618</b>	<b>100.00</b>

Nota: \* Se agregaron 3 centésimas para redondear el 100 %

Fuente: La misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 11

Grado de Conocimiento que tienen los hombres sobre las partes que integran el A.R.M. pertenecientes a las comunidades rurales.

Modalidad	F	%
Pene.	222	35.92
Pene, testículos.	107	17.31
Pene, testículos, espermatozoides.	24	3.88
Espermatozoides.	2	0.36 *
Pene, testículos, prostata.	11	1.77
Pene, testículos, uretra, semen, espermatozoides.	6	1.29
Testículos.	1	0.48
No quisieron mencionarlos.	241	38.99
<b>T o t a l</b>	<b>618</b>	<b>100.00</b>

Nota: \* Se agregarón 4 centésimas con fines de redondear al 100 %

Fuente: La misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 12

Grado de Conocimiento sobre el Coito por las parejas  
jóvenes de las comunidades rurales.

Alternativa	Sexo			
	Femenino F	%	Masculino F	%
Si	50	8.10 *	59	9.55*
No	568	91.90	559	91.45
<b>T o t a l</b>	<b>618</b>	<b>100.00</b>	<b>618</b>	<b>100.00</b>

Nota: \* Se agregó una centésima con fines de redondear al 100 %

Fuente: La misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 13

Conceptos sobre Coito por el sexo femenino  
de las comunidades rurales.

Concepto	F	%
Es la introducción del pene a la vagina de la mujer durante la relación sexual.	22	3.55
Es la satisfacción durante la - relación sexual.	9	1.45
Estar con mi esposo.	3	0.48
Es la entrada de los espermato - zoides.	1	0.20 *
No sabe explicarle.	15	2.42
No sabían.	568	91.90
<b>T o t a l</b>	<b>618</b>	<b>100.00</b>

Note: \* Se agregaron 4 centésimas con fines de redondear al 100 %

Fuente: La misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 14

Conceptos sobre Coito por el sexo masculino  
de las comunidades rurales.

Concepto	F	%
Introducción del pene a la vagina de la mujer.	25	4.04
Es la relación sexual entre el hombre y la mujer.	11	1.77
Es el acto sexual del hombre y la mujer poniendo el semen en la vagina.	5	0.83*
No sabe explicarlo.	18	2.91
No sabían.	559	90.45
<b>T o t a l</b>	<b>618</b>	<b>100.00</b>

Nota: \* Se agregaron 3 centésimas para dedondear al 100 %

Fuente: La misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 15

Grado de Conocimiento sobre las Etapas de la Respuesta Sexual Humana por las carejas jóvenes de las comunidades rurales.

Alternativa	Sexo			
	Femenino F	%	Masculino F	%
Sí	22	3.55	17	2.75
No	596	95.45 *	601	97.25 *
T o t a l	618	100.00	618	100.00

Nota: \* Se aumento 1 centesima a la cifra para redondeo del 100 %

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 16

Concepto sobre cada una de las Etapas de la Respuesta Sexual Humana por el sexo femenino de las comunidades rurales.

Modalidad	F	%
- Caricias a la pareja antes de la relación sexual.	11	1.77
- Atracción de tener el otro cuerpo cerca.	3	.48
- Deseo, eyaculación y satisfacción.	3	.48
- Excitación, meseta, orgasmo y resolución.	2	.35 *
- Inicia con caricias y termina con la satisfacción en ambos sexos.	3	.48
- No sabe.	595	96.44
<b>T o t a l</b>	<b>618</b>	<b>100.00</b>

Nota: \* Se aumento 3 centésimas a la cifra para redondeo del 100 %

Fuente: La misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 17

Conceptos sobre cada una de las Etapas de la Respuesta Sexual Humana por el sexo masculino de las comunidades rurales.

Modalidad	F	%
- Es cuando la pareja se acaricia hasta que se satisfacen sus cuerpos.	14	2.76
- Penetración, eyacuación y terminación de la relación sexual.	1	.16
- Excitación: Inicio del preludio amoroso. Meseta: Es seguir las relaciones íntimas. Orgasmo: Es el nivel de satisfacción a que llega la pareja con la introducción del pene. Resolución: Es la relajación.	1	.16
- Excitación, meseta y orgasmo.	1	.16
- No sabe.	611	97.26 *
<b>T o t a l</b>	<b>618</b>	<b>100.00</b>

Nota: \* Se aumento 2 centésimas para redondeo del 100 %

Fuente: La misma del Cuadro No. 1.



CUADRO No. 13

Grado de Conocimiento sobre Planificación Familiar  
de la pareja joven en las comunidades rurales.

Alternativa	Sexo			
	Femenino F	%	Masculino F	%
Si	487	78.60	426	69.97
No	131	21.20 *	192	31.07 *
T o t a l	618	100.00	618	100.00

Nota: \* Se aumento 1 centésima a la cifra para redondeo del 100 %

Fuente: La misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 19

Conceptos acerca de la Planificación Familiar por el sexo femenino de las comunidades rurales.

Modalidad	F	%
- Tener pocos hijos para darles mucho.	192	31.06
- Es cuidarse para no tener tantos hijos a través de un método anticonceptivo.	137	22.16
- Es la decisión de la pareja de cuantos hijos deseen tener y espaciar sus embarazos.	110	17.79
- Es un bien de uno para que rinda más el dinero.	17	2.75
- No sabe explicarlo.	31	5.05 *
- No sabe.	131	21.19
<b>T o t a l</b>	<b>618</b>	<b>100.00</b>

Nota: \* Se aumentan 4 centésimos para redondeo del 100 %

Fuente: La misma del Cuadro No. 1

CUADRO No. 20

Conceptos acerca de la Planificación Familiar por el  
sexo masculino de las comunidades rurales.

Modalidad	F	%
- Tener pocos hijos para darles alimento y vivienda.	231	37.37
- Es usar un método anticoncep - tivo para no embarazarse la mujer.	32	13.26
- Es la decisión de la pareja de cuantos hijos desean tener.	66	13.91
- Tener muchos hijos.	2	.36 *
- No sabe explicarlo.	25	4.04
- No sabe.	192	31.06
<b>T o t a l</b>	<b>618</b>	<b>100.00</b>

Nota: \* Se aumento 4 centésimas con fin de redondeo del 100 %

Fuente: La misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 21

Información recibida acerca de la  
Educación Sexual por las parejas jóvenes

Alternativa	Sexo			
	Femenino F	%	Masculino F	%
Si	234	37.86	172	27.83
No	384	62.14	446	72.17*
T o t a l	618	100.00	618	100.00

Nota: \* Se aumento 1 centésima al porcentaje para redondeo -  
del 100 %

Fuente: La misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 22

Lugar o Persona que proporcionó Información de tipo Sexual a las parejas jóvenes de las comunidades rurales.

Modalidad	Sexo		Masculino F	%
	Femenino F	%		
Casa.	54	8.73	4	.64
Amigos.	20	3.23	77	12.49**
Escuela.	88	14.23	56	9.09
Trabajo.	-	-	3	.48
Auxiliar de Salud.	35	5.68 *	13	2.10
Médico.	8	1.29	3	.48
Otros.	29	4.70	16	2.56
No recibieron.	384	62.14	446	72.17
T o t a l	618	100.00	618	100.00

Nota: \* Se aumento 2 centésimas a la cifra original para fines de redondeo.

\*\* Se aumentarán 4 centésimas.

Fuente: La misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 23

Conocimiento sobre Educación Sexual por la pareja joven de las comunidades rurales.

Alternativa	Sexo			
	Femenino F	%	Masculino F	%
Sí	174	28.15	110	17.74
No	444	71.85 *	506	82.21 *
<b>T o t a l</b>	<b>618</b>	<b>100.00</b>	<b>618</b>	<b>100.00</b>

Nota: \* Se agregó 1 centésimo para redondear al 100 %

Fuente: La misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 2A

Definiciones sobre Educación Sexual por la pareja joven de las comunidades rurales.

Definición	Sexo			
	Femenino F	%	Masculino F	%
Es la orientación que se recibe sobre el noviazgo, la vida de pareja del hombre y la mujer el como tener hijos y saberlos educar.	36	5.82	34	5.50
Orientación que dan sobre el funcionamiento del cuerpo humano. Así como la prevención de enfermedades venereas.	80	12.49	38	6.14
Es la orientación sobre Planificación Familiar y metodología anticonceptiva.	53	8.57	21	3.41 *
Hablar de sexo con los amigos.	2	0.34 *	3	0.48
No sabe explicarlo.	3	0.48	14	2.26
No sabían.	444	71.85	508	82.21
<b>T o t a l</b>	<b>618</b>	<b>100.00</b>	<b>618</b>	<b>100.00</b>

Nota: \* Se agregaron 2 centésimas con fines de redondear al 100 %

Fuente: La misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 25

Conocimiento sobre Sexo por la pareja joven  
de las comunidades rurales.

Alternativa	Sexo			
	Femenino F	%	Masculino F	%
Si	431	66.12	407	65.85
No	197	31.88 *	211	34.15 *
<b>T o t a l</b>	<b>618</b>	<b>100.00</b>	<b>618</b>	<b>100.00</b>

Nota: \* Se agregó 1 centésima para redondear al 100 %

Fuente: La misma del Cuadro No. 1.



CUADRO No. 26

Definiciones sobre Sexo por la pareja joven  
de las comunidades rurales.

Definiciones	Sexo			
	Femenino F	%	Masculino F	%
Es tener relaciones con su esposo.	293	38.51	217	35.11
Es la relación hombre-mujer.	124	20.06	104	17.63
Es la diferencia que existe entre hombre y mujer.	25	4.08 *	39	6.31
Hacer el amor.	3	0.48	6	1.31**
Una necesidad fisiológica que tienen el cuerpo humano.	5	0.80	12	1.94
Es demostración de cariño.	10	1.61	-	-
No sabe explicarlo.	16	2.58	22	3.55
No sabían.	197	31.88	211	34.51
<b>T o t a l</b>	<b>618</b>	<b>100.00</b>	<b>618</b>	<b>100.00</b>

Nota: \* Se agregó 4 centésimas para redondear el 100 %

\*\* Se agregó 2 centésimas para redondear el 100 %

Fuente: La misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 27

Parejas jóvenes que utilizan algún  
Método Anticonceptivo de las  
comunidades rurales.

Alternativa	Sexo			
	Femenino F	%	Masculino M	%
Si	200	33.15 *	56	9.38
No	410	66.82	560	90.62 *
<b>T o t a l</b>	<b>610</b>	<b>100.00</b>	<b>616</b>	<b>100.00</b>

Nota: \* Se agregó 1 centésima con el fin de redondear al 100 %

Fuente: La misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 28

Métodos Anticonceptivos utilizados  
por parte de las Parejas Jóvenes  
de las comunidades rurales.

Método	Sexo			
	Femenino F	%	Masculino F	%
Pastillas.	80	12.94	-	-
Inyecciones.	23	3.72	-	-
Preservativos.	-	-	42	6.79
D.I.U.	61	9.87	-	-
Salpingoclasia.	18	2.93 *	-	-
Vasectomía.	-	-	-	-
Otros.	23	3.72	16	2.55
No usan.	413	66.82	560	90.63 *
<b>T o t a l</b>	<b>618</b>	<b>100.00</b>	<b>618</b>	<b>100.00</b>

Nota: \* Se agregó 2 centésimas con el fin de redondear al 100 %

Fuente: La misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 29

Información que tienen sobre las Pastillas Anticonceptivas las usuarias de las comunidades rurales.

Modocidad	Información				F	Total %
	Completa F	%	Incompleta F	%		
Indicaciones.	22	4.69	51	8.24*	80	12.94
Contraindicaciones.	17	3.07*	61	9.86	80	12.94
Efectos colaterales.	8	1.29	72	11.65*	80	12.94

Nota: \* Se aumento 1 centesima para fines de redondeo.

Fuente: La misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 30

Información que tienen sobre la inyección las usuarias de las comunidades rurales.

	Información				Total	
	Completa F	%	Incompleta F	%	F	%
Indicaciones.	4	0.64	19	3.08*	23	3.72
Contraindicaciones.	9	1.45	14	2.27*	23	3.72
Efectos colaterales.	6	0.97	17	2.75*	23	3.72

Nota: \* Se aumento 1 centésima para fines de redondeo.

Fuente: La misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 31

Información que tienen sobre el Preservativo los usuarios de las comunidades rurales.

	Información				Total	
	Completa		Incompleta		F	%
	F	%	F	%		
Indicaciones.	35	5.65	7	1.14*	42	6.79
Contraindicaciones.	39	6.30	3	0.49*	42	6.79
Efectos colaterales.	21	3.38	21	3.40*	42	6.79

Nota: \* Se agregó 1 centésima para fines de redondeo.

Fuente: La misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 32

Información que tienen sobre el Dispositivo Intrauterino las usuarias de las comunidades rurales.

Nodalidad	Información				Total	
	Completa F	%	Incompleta F	%	F	%
Indicaciones.	9	1.45	52	8.42*	61	9.87
Contraindicaciones.	6	.98†	55	8.89	61	9.67
Efectos colaterales.	6	1.00	53	8.58†	61	9.67

Nota: \* Se agregó 1 centésima para fines de redondear.

Fuente: La misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 33

Información que tienen sobre la Salpingoclasia las usuarias de las comunidades rurales.

Modalidad	Información				Total	
	Completa		Incompleta			
	F	%	F	%	F	%
Indicaciones.	5	.81	10	2.11*	15	2.92
Contraindicaciones.	3	0.48	15	2.44*	18	2.92
Efectos colaterales.	18	2.92	0	-	18	2.92

Nota: \* Se agregó 1 centésima para fines de redondeo.

Fuente: La misma del Cuadro No. 1.



CUADRO No. 34

Información que tienen sobre el Coito Interrumpido  
las usuarias de las comunidades rurales.

Modalidad	Información				Total	
	Completa F	%	Incompleta F	%	F	%
Indicaciones.	1	0.16	15	2.434	16	2.59
Contraindicaciones.	-	-	16	2.59	16	2.59
Efectos co- terales.	-	-	16	2.59	16	2.59

Nota: \* Se agregó 1 centésima para fines de redondeo.

Fuente: La misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 35

Información que tienen sobre el Ritmo las usuarias de las comunidades rurales.

	Información Completa		Información Incompleta		Total	
	F	%	F	%	F	%
Indicaciones.	21	3.38	2	0.33*	23	3.71
Contraindicaciones.	23	3.72	0	-	23	3.72
Efectos colaterales.	0	-	23	3.72	23	3.72

Nota: \* Se agregó 1 décimo para fines de redondeo.

Fuente: La misma del Cuadro No. 1.

### 3. - CONCLUSIONES

### 3.- CONCLUSIONES:

Para este estudio se planteó el siguiente problema: ¿Cuál es la influencia de los factores culturales y la educación sexual en la aceptación de la planificación familiar y la metodología anticonceptiva por la pareja joven de las comunidades rurales de los módulos: Morelia III, Tarímbaro, Uruétaro y Pátzcuaro del Estado de Michoacán?

Los objetivos e hipótesis fueron los siguientes:

**Objetivo general:** Analizar la influencia que tienen los factores culturales y la educación sexual en la aceptación de la planificación familiar y metodología anticonceptiva por parte de la pareja joven.

**Objetivos específicos:**

Identificar el grado de conocimiento de la educación sexual por la pareja joven.

Detectar los factores que condicionan la aceptación de la planificación familiar.

Proporcionar alternativas de solución a la problemática.

**Hipótesis:**

A mayor educación sexual mayor será la aceptación de la planificación familiar y la metodología anticonceptiva por la pareja joven de las comunidades rurales de los módulos: Morelia III, Tarímbaro, Uruétaro y Pátzcuaro del Estado de Michoacán.

Los factores culturales repercuten directamente en la aceptación de la planificación familiar y la metodología anticonceptiva por la pareja joven de los módulos antes mencionados.

Para la comprobación del problema ha estudiar antes planeado se utilizó la siguiente metodología.

La presente investigación es de tipo sociomédica analizando el problema de una manera retrospectiva, transversal y comparativa.

El marco teórico global se integró por medio de la consulta bibliográfica siendo un apoyo para la investigación. Se utilizó la observación directa para la delimitación de la

muestra ha estudiar, que una vez seleccionada fuerón 963 parejas jóvenes entre el grupo de menos de 20 años hasta 35 años de las 40 comunidades ha estudiar, el cual se redujo a lo largo de la aplicación de cuestionarios a 618 parejas.

Para el procesamiento de datos se clasificaron en tarjetas y concentradas a través del paloteo para posteriormente presentar la información en cuadros para su análisis y así poder plantear alternativas de solución.

De lo anterior se obtuvieron las siguientes conclusiones: La falta de conocimiento sobre educación sexual favorece a que la población femenina en comparación con la masculina formen pareja a temprana edad ignorando las responsabilidades que esto origina repercutiendo en la estabilidad emocional de la pareja.

El desinterés por parte de los padres de familia, las necesidades económicas y el nivel cultural influyen en el desarrollo escolar de los hijos, por lo que únicamente se preocupa por saber leer y escribir alcanzando en ocasiones el nivel escolar básico.

A pesar del tiempo la religión católica sigue predominando lo que conlleva a una limitación de las actividades que realiza el sector salud sobre todo en aquellas que tienen un enfoque sobre educación sexual y aún más en acciones que ayudan a la planificación familiar.

Tradicionalmente la familia crea e incorpora a los hijos a la sociedad por lo que la mujer sigue siendo educada para el hogar, mientras que el hombre se le asigna el rol de aporte económico para el sustento de la familia situación que no se da en el medio urbano donde la mujer aporta también sustento al hogar.

El bajo nivel escolar que predomina en la población estudiada determina que esta tenga un conocimiento limitado sobre todos los temas relacionados con educación sexual tal es el caso de la menstruación que solo lograrán definirlo como un sagrado que se presenta cada mes y no como un proceso fisiológico en el organismo de la mujer sino como un signo de embarazo.

Con respecto al conocimiento sobre los órganos que integran el aparato reproductor femenino y masculino pocos son los órganos que mencionan y lo hacen de acuerdo a las funciones que desempeñan por ejemplo: pene-vagina a coito, ovario al alojamiento para el crecimiento y desarrollo del nuevo ser. El término coito no es conocido por la población -

estudiada sin embargo, se utilizó un sinónimo por parte del entrevistador para fines de entendimiento y aun así la población lo asocia directamente con la relación sexual hombre-mujer, en sí no indica que es coito. Así mismo existió pleno desconocimiento sobre las etapas que conforman la respuesta sexual humana.

El concepto que tiene la población sobre planificación familiar esta influenciada principalmente por los medios masivos de comunicación que solo difunden conceptos básicos limitados de alguna manera el real.

La educación sexual siempre ha sido un tema restringido por la familia y la sociedad, aun en tiempos modernos esto refleja un alto índice de desinformación que prevalece claramente en las parejas entrevistadas y la poca información que se recibe es brindada por amigos y el núcleo familiar creando confusión y desviación sobre el tema.

El sexo es considerado por la pareja como sinónimo de relación coital heterogénea que esta influenciada por diversas fuentes informativas con fines lucrativos.

La aceptación de la metodología anticonceptiva se ve influenciada por factores de tipo educativo, cultural y ocupacional determinan un bajo índice de usuarios, cabe hacer mención que a pesar de los esfuerzos que realiza el sector salud en el primer nivel de atención y siendo un programa prioritario el impacto en la comunidad no es del todo satisfactorio.

La poca información que aporte el personal de salud hacia el usuario logra que adopte un método anticonceptivo ocasionando que desconozcan todo lo referente al método que utiliza esto repercute con frecuencia hacia el abandono de este.

Por todo esto se puede decir que las hipótesis postuladas al inicio de la investigación se pudieron comprobar.

#### 4.- ALTERNATIVAS DE SOLUCION

#### 4.- ALTERNATIVAS DE SOLUCION

Motivar a la población investigada a lograr terminar la educación básica con la colaboración y apoyo de grupos de alfabetización como por ejemplo: INEA-Estatal demostrando les con hechos los beneficios que trae consigo el tener el papel que abale la educación con que cuenta la persona y así poderse desarrollar mejor dentro de la sociedad teniendo mejores alternativas de vida.

Una mejor orientación sobre los principales temas de educación sexual a la población en general no altera de ninguna manera las creencias y costumbres religiosas.

Concientizar a los padres de familia para garantizar a cada niño que nace alimentación suficiente, cuidados en cuanto a su salud, desarrollo, educación y preparación adecuada para integrarse de manera productiva ante la sociedad, creando les un conocimiento más amplio sobre temas de educación sexual.

Motivar al profesor a que proporcione información y orientación de educación sexual en el escolar y adolescente, ya que es parte de su formación, asegurando con ello que por lo menos esta población tendrá nociones sobre los siguientes temas: Anatomía de órganos reproductores masculino y femenino, cambios en la pubertad, ciclo menstrual.

Proporcionar información a las parejas jóvenes sobre un criterio más amplio de educación sexual como: Anatomía y fisiología de órganos reproductores masculino y femenino, acto sexual (coito), respuesta sexual humana, principales riesgos de salud en el matrimonio a temprana edad.

Brindar pláticas de planificación familiar y metecología anticonceptiva a las parejas con énfasis en la diferencia que existe entre ambas, con información veraz y oportuna por medio de una fuente de alta credibilidad y confianza para la población.

Promover el uso de métodos anticonceptivos eficaces y de mayor continuidad a las parejas con vida sexual activa con el objeto de lograr una disminución sostenida de los niveles de fecundidad.

Enfatizar la importancia de que el usuario realice una revisión periódica una vez que adopte un método anticonceptivo.

Capacitar al personal operativo que esta en continuo con



tacto con la población sobre: Educación sexual, planificación familiar y metodología anticonceptiva, porque es el enlace entre la comunidad e institución.

Coordinación con el personal de salud involucrado de utilizar un lenguaje adecuado sociocultural del usuario y usar material educativo que apoye las acciones de información.

## 5.- ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

" CUESTIONARIO DE INVESTIGACION PARA LA PAREJA JOVEN "

ELABORADO POR:

GARATACHEA NEJIA PAULA.

SONDALES CHINAL ELBA.

HERNANDEZ RIVERA ARMANDO.

VILLANUEVA GARCIA RAQUEL F.

CON ASESORIA DEL:

L.E.O. EZEQUIEL CANELA NUREZ.

**OBJETIVO:**

" Conocer el grado de conocimiento de la pareja joven -  
acerca de Educación Sexual, Planificación Familiar y -  
Metodología Anticonceptiva "

**FICHA DE IDENTIFICACION:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Comunidad: \_\_\_\_\_ Módulo \_\_\_\_\_

Pareja Número: \_\_\_\_\_ .

**INSTRUCCIONES:**

Lea cuidadosamente las preguntas que ha continuación se  
anuncian y marque con una " X " o simplemente según corres-  
ponda a su respuesta.

**EDAD:**

- Menos de 20 años ( )
- de 21 a 23 años ( )
- de 24 a 26 años ( )
- de 27 a 29 años ( )
- de 30 a 32 años ( )
- de 33 a 35 años ( )

**Escolaridad**

Analfabeta ( )  
Sabe leer y escribir ( )  
Primaria Completa ( )  
Primaria Incompleta ( )  
Secundaria Completa ( )  
Secundaria Incompleta ( )  
Otros \_\_\_\_\_

Especifique

**Religión**

Católica ( )  
Evangelista ( )  
Testigo de Jehová ( )  
Otros \_\_\_\_\_

Especifique

**Ocupación**

Hogar ( )  
Lava y plancha ajeno ( )  
Artesano (a) ( )  
Comerciante ( )  
Campesino (a) ( )  
Obrero (a) ( )  
Otros \_\_\_\_\_

Especifique

¿Sabe que es la menstruación?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Describalo con sus palabras \_\_\_\_\_

Mencione las partes que conforman el Aparato Reproductor -

Masculino: \_\_\_\_\_

Mencione las partes que conforman el Aparato Reproductor -

Femenino: \_\_\_\_\_

¿Sabe usted que es el Coito o Penetración?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Describalo con sus palabras \_\_\_\_\_

¿Conoce las etapas de la Respuesta Sexual Humana?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿En que consiste cada una de ellas? \_\_\_\_\_

¿Sabe usted que es la Planificación Familiar?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Describa con sus palabras \_\_\_\_\_

¿Ha recibido información acerca de Educación Sexual?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Especifique en donde:

Casa ( )

Amigos ( )

Escuela ( )

Trabajo ( )

En su comunidad  
por la Auxiliar  
de Salud. ( )

Médico ( )

Otros \_\_\_\_\_

Especifique

INSTRUCCIONES:

En esta fase cuidadosamente y seleccione la opción según sea su respuesta.

¿Conoce usted que es la educación sexual?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Describa con sus palabras \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Sabe que es Sexo?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Describalo con sus palabras \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Es usted usuaria (o) de algún método anticonceptivo?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Qué método usa actualmente?

Pastillas ( )

Inyecciones ( )

Preservativos ( )

D.I.U. ( )

Salpingoclasia ( )

Vasectomía ( )

Otros \_\_\_\_\_

Especifique

Mencione las indicaciones, contraindicaciones y efectos colaterales del método que usted usa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Encuestador



## GLOSARIO

- ANASTOMOSIS.** - Comunicación entre dos vasos o nervios.
- ARCO REFLEJO.** - Vía nerviosa que sigue un arco reflejo, constituida por el nervio aferente que lleva el impulso, el centro nervioso y el nervio eferente que lo conduce, a un órgano peritérico.
- CONGESTION.** - Acumulación excesiva o normal de sangre en los los vasos de una parte.
- CONTRACTURA.** - Contracción involuntaria, duradera o permanente de uno o más grupos musculares, que mantiene la parte respectiva en posición tónica, difícil o imposible de corregir por movimientos pasivos.
- CORIOAMNIOITIS.** - Inflamación de las membranas amnióticas producidas por microorganismos en el líquido amniótico, que a continuación queda infiltrado por leucocitos polimorfonucleares.
- COSTUMBRE.** - "Lo que se hace" "Lo que debe hacerse"; algo que cause admiración o contentos desfavorables.
- CREENCIAS.** - Son proposiciones o doctrinas aceptadas emocionalmente por los individuos que tengan o no un fundamento objetivo.
- DISLIPEMIA.** - F. Alteración de los niveles normales de lípidos circulantes.
- ELEFANTEASIS.** - (Elefa - Elephantiasis) Enfermedad crónica causada por la Filariasis (Wuchereria bancrofti) caracterizada principalmente por la inflamación y obstrucción de los vasos linfáticos, con hipertrofia de la piel y tejidos subcutáneos, que alcanza a veces proporciones enormes, por orden de frecuencia afecta las extremidades inferiores, escroto, brazos, mamas, etc.
- FILIACION.** - Procedencia de los hijos respecto a los padres; señas personales de un individuo.
- FULGURACION.** - Conjunto de efectos producidos por el rayo sobre el hombre o mujer.
- METODO DE POMEROY.** - Ligadura y sección de los trompas de Falopio.

lopio el tercio medio.

**MIOTONIA.**- Prolongación de la contracción muscular, voluntaria o no, más allá de su margen normal, retrasando la relajación. Incremento de la tensión muscular.

**MITO.**- Tradición alegórica que tiene por base un hecho real, histórico o filosófico.

**TRIAPISMO.**- Erección anormal del pene sin deseo sexual ordinariamente sintomática de una afección inflamatoria, blenorragica comunmente de la uretra y vejiga, o de una lesión de la médula espinal.

**PROCREACION.**- Generación, multiplicación.

**SINEQUIA.**- Adherencias de partes próximas.

**TABU.**- Prohibición absoluta basada sobre la religión, tradiciones, costumbres sociales o superstición.

**TROFISMO.**- m. Influencia trófica directa; estado de la nutrición.

**VASOCONGESTION.**- Dilatación de los vasos sanguíneos, especialmente de las venas del área genital.

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

- Alvarez, Goyou, Elementos de Sexología Edit. Interamericana 1a. Edición 1979 p.p. 183.
- Azcarraga, Gustavo Sexología Básica. Guía para la educación sexual ediciones científicas La Prensa Mexicana, S. A. 2a. edición, 1986 p.p. 318.
- Benson, Pernoll, Diagnóstico y Tratamiento Gineco-obstétricos. Edit. Manual Moderno 5a. edición. México 1989, p.p. 3063
- B. Olds, Sally Enfermería Maternoinfantil. Edit. Interamericana 2a. edición México, D. F. 1987 p.p. 1261.
- C. Sandberg, Eugene Tratado de Obstetricia. 10a. edición Edit. Boletín de México 1981 p.p. 350
- Código Civil. Edit. Porrúa S. A. - 1991. p.p.
- Constitución Política de los E.U.A. 1992. p.p. 136.
- CONAPO Familia y Sexualidad. Edit. Los Angeles 1982 vol. 2 p.p. 340
- CONAPO Sociedad y Sexualidad. Edit. Los Angeles 1982 vol. 3 p.p. 360
- CONAPO Individuo y Sexualidad. Edit. Los Angeles 1982 vol. 1 p.p. 340
- CONAPO La educación de la Sexualidad humana. Edit. Los Angeles vol. 4 p.p. 342.
- Danforth, D.N. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 4a. edición Edit. Interamericana 1987 p.p. 1287.
- Dexeus, Santiago La Contracepción, hoy 2a. edición - Edit. Salvat México 1986 p.p. 233.
- Gally, Esther Sexualidad humana y Planificación Familiar. Edit. Pan. México p.p.190

- García, R. Estudios Psicosociales de la Reproducción Humana. 1a. edición Edit. Imprenta de la Facultad de Medicina VANL Septiembre 1961 p.p. 165.
- Garatachea Mejía, Paula Diagnóstico de Comunidad. Módulo - Tarimbaro, Michoacán 1992 p.p. 50.
- González Chimal, Elba Estudio de Comunidad y Diagnóstico de Salud (Nocutzepo) Pátzcuaro, - Michoacán 1992 p.p. 91.
- Hernández Rivera Armando Diagnóstico de Comunidad Módulo - Uruetaro, Michoacán 1992 p.p. 50.
- Have Mann, Ernest, et.al Control de Natalidad (un informe - internacional) 1970 p.p. 118.
- J. Burt, John Educación Sexual 2a. edición, Edit. Interamericana México 1976 p.p. 120
- M. Hellman, Louis Obstetricia Edit. Salvat México - 1976 L.p. 530.
- Mondragón Casto Héctor Obstetricia Básica ilustrada Edit. Trillas, 3a. edición México 1990 - p.p. 853.
- Norma Técnica No. 22  
Publicada por el Diario Oficial el 7 de Julio de 1986 2a. sección - p.p. 73-77.
- Núñez Maciel, Eduardo Ginecología 4 Obstetricia 3a. edición A.M.H.G.O. No. 3 IMSS A.C. México 1991 p.p. 1302.
- Peel, John Técnicas de Control de la Natalidad 2a. edición Edit. Diana México 1972 p.p. 371.
- R. Novak, Edmund Tratado de Ginecología 3a. edición Edit. Interamericana 1977 México - p.p. 650.
- Salvat Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas 12ava. edición Edit. Salvat p.p. 1209.

- San Martín, Hernán Salud y Enfermedad  
Edit. La Prensa Médica Mexicana  
4a. edición 1984 México D. F. p.p.  
897.
- S.S.A. Manual de Normas de educación para  
la salud 4a. edición Edit. Talleres  
gráficos de la Nación México -  
1983. p.p. 50.
- S.S.A. D.G.E.H.  
Dirección Cartilla de Salud, 1974 p.p. 25
- Subdirección de - Jefatura de los servicios de salud  
servicios de salud en el Estado de Michoacán.  
D.G.P.F.
- Programa de P.F. Michoacán 1973 -  
Enero p.p. 53 elaborado en los -  
servicios estatales de salud con -  
base a los resultados del IX Taller  
nacional del programa y evaluación  
del programa de planificación fami-  
liar que se efectuó en la Ciudad de  
Puebla del 15 al 17 Julio de 1971.
- Villanueva García, Raquel Diagnóstico de Comunidad del Módulo  
Morelia III, Michoacán México 1982  
p.p. 52.