

64A

203



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

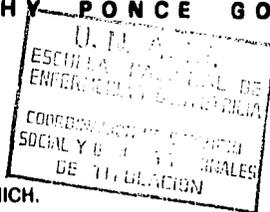
EL GRADO DE ORIENTACION SEXUAL Y EL CONOCIMIENTO SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS DEL INDIVIDUO ADOLESCENTE REPERCUTEN DIRECTAMENTE EN LA FRECUENCIA DEL EMBARAZO DURANTE ESTA ETAPA.



## TESIS PROFESIONAL

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

P R E S E N T A N :  
ALICIA PEREZ AGUILAR  
Y  
GANDHY PONCE GOMEZ



LAGUNILLAS, MICH.

1994

FALLA L. ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



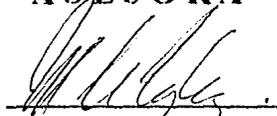
## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **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.

**ASESORA**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mta. Ma. Cristina Müggenburg R. V.', written over a horizontal line.

**Mta. Ma. Cristina.  
Müggenburg R. V.**

**Dedicatoria:**

A nuestros padres  
y hermanos porque  
gracias a su apoyo  
este sueño hoy es  
realidad.

# CONTENIDO.

	Pag.
INTRODUCCION.	
I. PROBLEMA.....	4.
1. <u>Descripción de la situación problema</u> .....	4.
2. <u>Problema</u> .....	4.
II. MARCO TEORICO.....	5.
A. ANATOMIA Y FISILOGIA DE LOS	
ORGANOS SEXUALES.....	6.
1. <u>Sistema reproductor masculino</u> .....	6.
1.1. Testículos.....	6.
1.2. Conductos.....	11.
1.3. Glándulas accesorias.....	14.
1.4. Pene.....	15.
2. <u>Sistema reproductor femenino</u> .....	18.
2.1. Ovarios.....	18.
2.2. Tubas uterinos o Trompas de falopio.....	21.

2.3. Utero.....	21.
2.4. Vagina.....	31.
2.5. Vulva.....	31.
2.6. Periné.....	32.
2.7. Glándulas mamarias.....	34.
<b>B. LA SEXUALIDAD HUMANA.....</b>	<b>35.</b>
<b>1. <u>Desarrollo psicosexual del individuo</u>.....</b>	<b>36.</b>
1.1. Desarrollo psicosexual durante la infancia.....	36.
1.2. Desarrollo psicosexual durante la pubertad.....	41.
1.3. Desarrollo psicosexual en el joven.....	46.
1.4. Desarrollo psicosexual en el adulto.....	46.
<b>C. RESPUESTA SEXUAL DEL HUMANO.....</b>	<b>49.</b>
<b>1. <u>El ciclo de respuesta sexual</u>.....</b>	<b>50.</b>
1.1. Etapas de la respuesta sexual.....	51.
<b>D. ORIENTACION SEXUAL.....</b>	<b>57.</b>
<b>E. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.....</b>	<b>61.</b>

1. <u>Causas del embarazo en la adolescencia</u> .....	62.
2. <u>Consecuencias biológicas, psicológicas y sociales</u> .....	64.
F. METODOS ANTICONCEPTIVOS.....	70.
1. <u>Clasificación de los métodos anticonceptivos</u> .....	72.
1.1. <u>Métodos anticonceptivos temporales</u> .....	72.
a) <u>Hormonales orales</u> .....	72.
b) <u>Hormonales inyectables</u> .....	76.
c) <u>Hormonales subdérmicas</u> .....	78.
d) <u>Dispositivo intrauterino</u> .....	80.
e) <u>Método de barrera: condón o preservativo</u> ...	81.
f) <u>Método natural o del ritmo</u> .....	83.
1.2. <u>Métodos anticonceptivos permanentes</u> .....	84.
a) <u>Oclusión tubaria bilateral</u> .....	84.
b) <u>Vasectomía</u> .....	85.
III. <u>JUSTIFICACION</u> .....	87.
IV. <u>OBJETIVOS</u> .....	88.

V. HIPOTESIS.....	88.
VI. METODOLOGIA.....	89.
1. <u>Campo de investigación</u> .....	89.
2. <u>Tipo de investigación</u> .....	90.
3. <u>Selección de métodos, técnicas e</u> <u>instrumentos de la investigación</u> .....	90.
VII. DESCRIPCION DE RESULTADOS.....	93.
VIII. ANALISIS DE RESULTADOS.....	101.
IX. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	107.
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	108.
BIBLIOGRAFIA.....	115.
ANEXOS.....	121.
ANEXO 1. Cronograma de actividades.	
ANEXO 2. Instrumentos de recolección de datos.	
ANEXO 3. Cuadros y gráficas.	

# INTRODUCCION.

El objetivo de esta investigación radica en determinar que la incidencia de embarazos en la adolescencia está relacionada con el grado de conocimientos sobre orientación sexual y metodología anticonceptiva. La investigación se llevó a cabo por medio de entrevistas y encuestas aplicadas a escolares adolescentes de las comunidades del módulo Lagunillas, Michoacán; asignado para la realización del Servicio Social.

La valoración de estas variables permite obtener datos que hablan de la formación familiar, actitudes, prácticas y conocimiento sobre métodos anticonceptivos en el adolescente escolar, que nos lleva a crear un mosaico de necesidades prioritarias a esta edad.

La necesidad de orientación sexual y conocimientos sobre metodología anticonceptiva se considera un problema de salud pública por ser éste un país predominantemente joven; y que en comunidades rurales se presentan embarazos durante la adolescencia, trayendo consigo consecuencias a nivel biológico por su alto riesgo; psicológico por la inmadurez e irresponsabilidad del individuo y, social por el rechazo que aún se muestra; además de la inestabilidad económica para formar una familia. Toda esta problemática puede ser abordada preventivamente por medio de la educación sexual temprana y al nivel requerido a la edad

del individuo, tomando como recursos a todo el Equipo Interdisciplinario de Atención a la Salud.

El presente informe se ha integrado a partir de la organización de nueve capítulos de tal manera que facilita su lectura y comprensión.

El primer capítulo retoma la fundamentación del tema de investigación contemplando la descripción del problema. El segundo capítulo comprende el marco de referencia, en el cual se desarrollan conocimientos acerca del fenómeno de estudio. Los capítulos tercero, cuarto y quinto exponen la justificación de la investigación, sus objetivos y la hipótesis, respectivamente.

La metodología se explica en el capítulo seis, y en ella se delimita el campo de investigación, el tipo de estudio y la selección de métodos, técnicas e instrumentos de la misma.

En el capítulo siete, se realiza la presentación y descripción de resultados, que nos da la amplia visión de las características encontradas en el grupo de estudio.

El análisis y discusión se enmarcan en el capítulo ocho, haciendo la interpretación de los resultados de la información recopilada; a partir de las cuales se elaboran algunas

**conclusiones y se sugieren alternativas de solución para la mejora de condiciones y problemas detectados, las cuales aparecen en el capítulo nueve.**

# I. PROBLEMA.

## 1. Descripción de la situación problema.

Como consecuencia a las funciones cotidianas desarrolladas durante el servicio social y teniendo como barreras algunos factores culturales tales como mitos, costumbres y creencias y desarrollo de actividades propias del individuo de una comunidad rural dispersa, escasez de vías de comunicación y transporte y por tanto difícil acceso a servicios de salud y educación nos acercó a la problemática de salud en el módulo de Lagunillas.

Nuestras actividades de acuerdo a la Estrategia de Extensión de Cobertura permitieron detectar problemas que mediante la educación pueden ser solucionados, ellos orientaron nuestra atención hacia la gran cantidad de embarazos en la adolescencia y con ello indagar las posibles causas de este fenómeno.

## 2. Problema.

¿Cuáles son los factores que condicionan el embarazo entre los escolares adolescentes del módulo Lagunillas, Michoacán?

## **II. MARCO TEORICO.**

## A: ANATOMIA Y FISILOGIA DE LOS ORGANOS SEXUALES.

Los órganos de los aparatos genitales del varón y de la mujer se agrupan según su función. Las gónadas, siendo los testículos en el hombre y los ovarios en la mujer, desempeñan funciones en la producción de los gametos o sea los espermatozoides y los óvulos, respectivamente; además de otra función, que es la secreción de hormonas.

La producción de gametos y el hecho de que pasen desde sus sitios de origen a conductos, hace que se clasifique a las gónadas como glándulas exocrinas, mientras que la producción de hormonas por parte de las propias gónadas las sitúa entre las glándulas endocrinas(1). Los conductos se encargan de transportar, recibir y almacenar a los gametos; mientras que las glándulas accesorias producen sustancias que nutren a los gametos.

### 1. Sistema reproductor masculino.

El sistema reproductor masculino consiste esencialmente en dos testículos, conductos que parten de ellos, glándulas accesorias y pene.

#### 1.1. Testículos

Los testículos son órganos glandulares de forma ovoide. Están dentro de una estructura sacu-

liforme denominada escroto. Su función consiste en producir testosterona y espermatozoides o gametos masculinos(2). La localización del escroto y la contracción de sus fibras musculares regulan la temperatura de los testículos. La formación y vida de los espermatozoides requieren de una temperatura menor que la del resto del cuerpo, 3°C menos. Los testículos están cubiertos por la túnica albugínea, que es una capa densa de tejido fibroso blando que se extiende hacia dentro y divide a cada testículo en un conjunto de compartimientos internos, o lobulillos. Cada lobulillo en número de 200 a 300, contiene uno a tres túbulos muy contorneados y extremadamente largos, por cuya razón han de enrollarse para tener cavida en los compartimientos que los alojan, éstos son llamados túbulos seminíferos, que generan los espermatozoides mediante el proceso denominado espermatogénesis, que se verá más adelante (Fig. 1).

#### a) Espermatogénesis.

La formación de espermatozoides por meiosis en los testículos es la espermatogénesis. En humanos, la espermatogénesis dura 2 a 3 semanas. Los túbulos seminíferos están revestidos por células inmaduras, los espermatogonios, que son las células madre de la línea celular de los espermatozoides(3).

Los espermatogonios son células diploides en sus cromosomas y están constituidos por tres tipos de células: células A pálidas, A oscuras y B. Las primeras se reproducen por mitosis

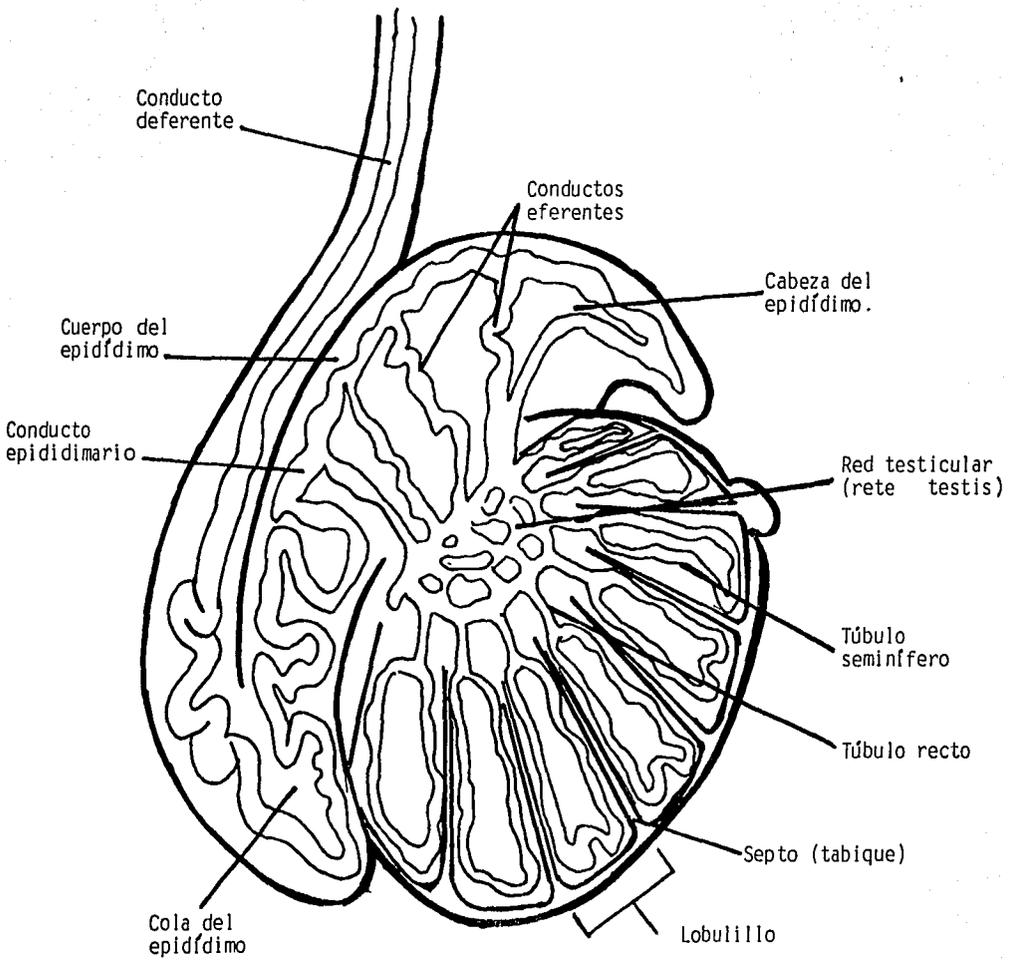


FIG. 1. Anatomía de los testículos (Corte sagital).

teniendo hijas diploides también, que evitan que se termine la reserva de células madre y están cerca de la membrana basal. Las células B o espermatogonios B darán lugar a espermatozoides como veremos. También se piensa que las células A oscuras son células madres de reserva por si se acabaran las células A pálidas o disminuyeran sus niveles críticamente.

Las células B aumentan de tamaño denominándose espermatocitos primarios, es aquí donde entra el otro sistema de reproducción denominado meiosis dando lugar a dos espermatocitos secundarios, cada uno de los cuales tiene 23 cromosomas, o sea el número haploide; cada cual da origen a dos espermatozoides, cada uno conteniendo también 23 cromosomas y ellos se localizan cerca de la luz de los túbulos seminíferos. Cada espermátide está incluido en una célula sustentacular (célula de Sertoli) y, como resultado de su desarrollo, presenta un acromosoma, además de flagelo o cola. Las células sustentaculares se extienden desde la membrana basal hasta el interior del tubo seminífero, donde nutren a los espermátides en desarrollo. El espermátide se transforma en un sólo espermatozoide (Fig. 2).

Los espermatozoides entran en la luz del tubo seminífero y emigran hacia el epidídimo, donde se completa su maduración en 18 horas a 10 días, con lo que están listos para fecundar al óvulo. Otro lugar donde se almacenan y conservan fértiles por varios meses es en

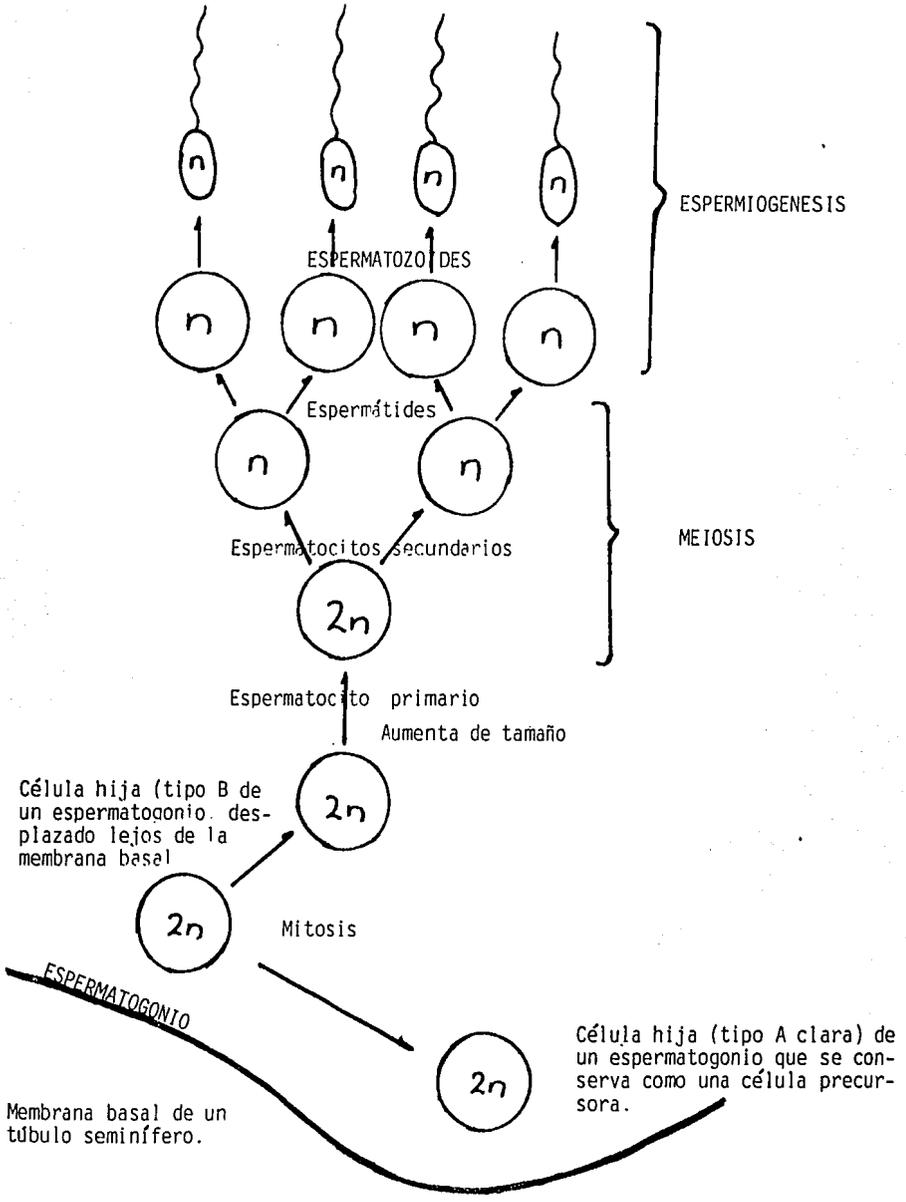


FIG. 2. Espermatogénesis.

el conducto deferente (4).

#### b) Espermatozoides.

Los espermatozoides se forman o maduran a un ritmo de 300 millones y ya que han sido eyaculados, sobreviven 48 horas en el aparato genital femenino. Están compuestos por cabeza, porción media y cola. En la cabeza está el material nuclear y un gránulo denso, el acrosoma que contiene enzimas (hialuronidasa y proteinasas) que facilitan la penetración del óvulo por el espermatozoide. La porción media contiene mitocondrias que aportan energía para el desplazamiento de la célula, y la cola, que es un flagelo, da el movimiento del espermatozoide.

### 1.2. Conductos.

#### a) Epidídimo.

El epidídimo es un tubo largo y apilotonado localizado en el escroto y sobre los testículos, sirve como vía de paso para los espermatozoides que se dirigen al exterior. Dentro de él está el conducto epididimario, muy contorneado, su comienzo que sale del testículo se llama conducto eferente, sigue su continuación con el mencionado epididimario y sale del epidídimo como conducto deferente(5).

#### b) Conducto deferente.

En la cola del epidídimo, el conducto epididimario se vuelve menos contorneado y aumenta

su diámetro, tomando el nombre de conducto deferente. Este, asciende por el borde posterior del testículo, entra al conducto inguinal, se introduce en la cavidad pélvica llegando a la cara posterior de la vejiga urinaria donde recibe la desembocadura de las vesículas seminales, dando origen al conducto eyaculador, su función es conducir los espermatozoides desde el epidídimo al conducto eyaculador (Fig. 3).

#### c) Conducto eyaculador.

El conducto eyaculador es un conducto corto y recto formado por la unión del conducto deferente y el conducto procedente de la vesícula seminal, atraviesa la glándula prostática y acaba vaciándose en la uretra.

#### b) Conductos prostáticos.

Los conductos prostáticos salen de la próstata a nivel del conducto eyaculador y desemboca en él secretando otras sustancias necesarias para la motilidad del espermatozoide.

#### e) Uretra.

La uretra es el conducto terminal del aparato genital y urinario del varón, es decir, por él se expulsan los espermatozoides y la orina. En el varón, sigue por arriba de la próstata, atraviesa el diafragma urogenital y el pene. Su desembocadura es denominada meato urinario externo (6).

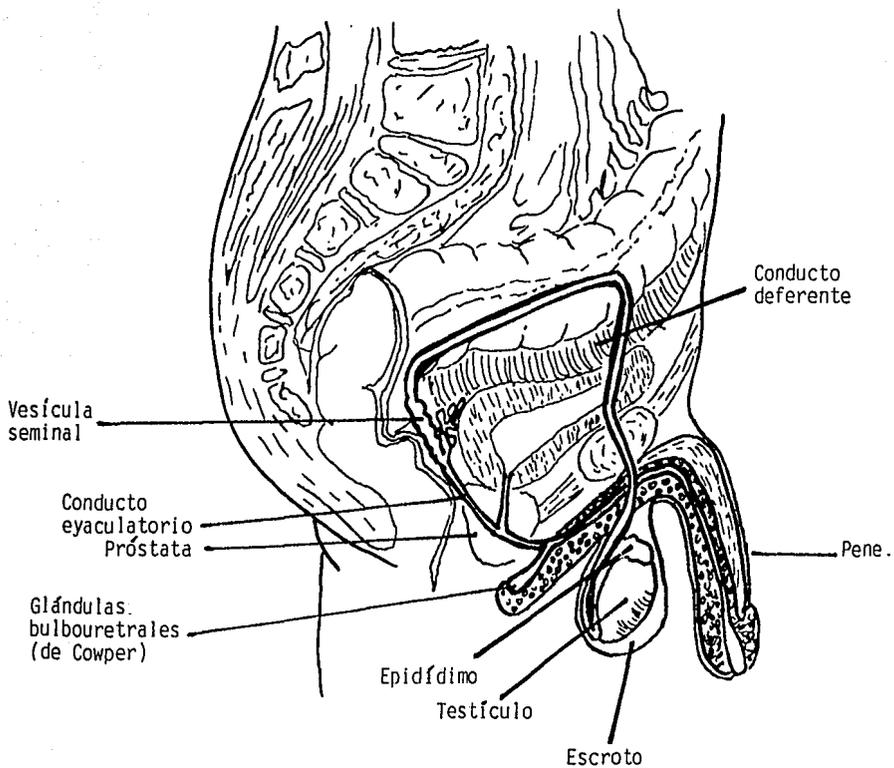


FIG. 3. Organos genitales del varón y estructuras vecinas en corte sagital.

### 1.3. Glándulas accesorias.

Los conductos del aparato genital del varón almacenan y transportan los espermatozoides; mientras que las glándulas accesorias secretan la porción líquida del semen.

#### a) Vesículas seminales.

Son dos glándulas alargadas que se hayan por detrás y debajo de la vejiga urinaria, estas vesículas se abren a los conductos eyaculadores. Secretan un líquido viscoso y alcalino, con contenido alto de carbohidratos, que pasa al conducto eyaculatorio. Esta secreción contribuye a la viabilidad de los espermatozoides y forma el 60% del volumen del semen.

#### b) Próstata.

La glándula prostática se sitúa por debajo de la vejiga urinaria y alrededor de la porción inicial de la uretra; dicha secreción constituye un 13 a 33% del volumen del semen y aumenta la motilidad de los espermatozoides.

#### c) Glándulas bulbouretrales.

Las glándulas bulbouretrales o glándulas de Cowper se sitúan por debajo de la próstata y también desembocan en la uretra y secretan una sustancia alcalina, que protege a los espermatozoides al neutralizar el medio ambiente ácido de la uretra. Desemboca en la porción inferior de la uretra.

#### d) Semen.

El semen es una mezcla de espermatozoides y las secreciones de las vesículas seminales, próstata y glándulas bulbouretrales. El volumen promedio de semen en cada eyaculación contiene 100 a 300 millones de espermatozoides y es un volumen de 2.5 a 5 ml. Las secreciones prostáticas le confieren un aspecto lechoso, mientras que el resto de las secreciones glandulares le dan una consistencia viscosa.

#### 1.4. Pene.

El pene es el órgano de la cópula, con él se introducen los espermatozoides en la vagina. Tiene forma cilíndrica y sus partes son cuerpo, raíz y glande. El cuerpo se compone de tres cilindros: dos cuerpos cavernosos y un cuerpo esponjoso que contiene el conducto uretral. Estas tres masas consisten en tejido eréctil en que penetran los senos sanguíneos.

A raíz de la estimulación sexual, las arterias que irrigan el pene, se dilatan, con lo que entran grandes volúmenes de sangre en dichos senos. La expansión de estos espacios comprime las venas que drenan el pene de modo que permanece en éste la mayor parte de la sangre que entre en él. Estos cambios vasculares dan por resultado la erección, que depende de un reflejo parasimpático. El pene vuelve a su estado de flaccidez cuando desaparecen la contracción arterial y la presión ejercida sobre las venas. Durante la eyaculación, que depende de un reflejo simpático, se contrae el músculo esfínter de la base de la vejiga

urinaria, a causa del aumento de presión en la uretra como resultado de la expansión del cuerpo esponjoso del pene, por lo que no se expulsa orina durante la eyaculación ni entra el semen en la vejiga urinaria (7).

La raíz del pene es correspondiente a la base del mismo y consiste en bulbo y pilares del pene.

La porción distal del pene como continuación del cuerpo esponjoso, es una región expandida llamada glánde, su extremo recibe el nombre de corona, y la piel de ajuste laxo que le cubre se denomina prepucio (Fig. 4).

La función del pene como ya ha sido mencionado es depositar los espermatozoides en el tracto vaginal de la mujer. Sirve, además, para eliminar la orina ya que el cuerpo esponjoso contiene la última porción de la uretra.

Los aspectos fundamentales del acto sexual son la erección y la eyaculación. La erección permite la introducción del pene en la vagina, y se produce gracias al llenado sanguíneo de los cuerpos cavernosos. La eyaculación consiste en la emisión de semen al interior del tracto reproductor femenino (8).

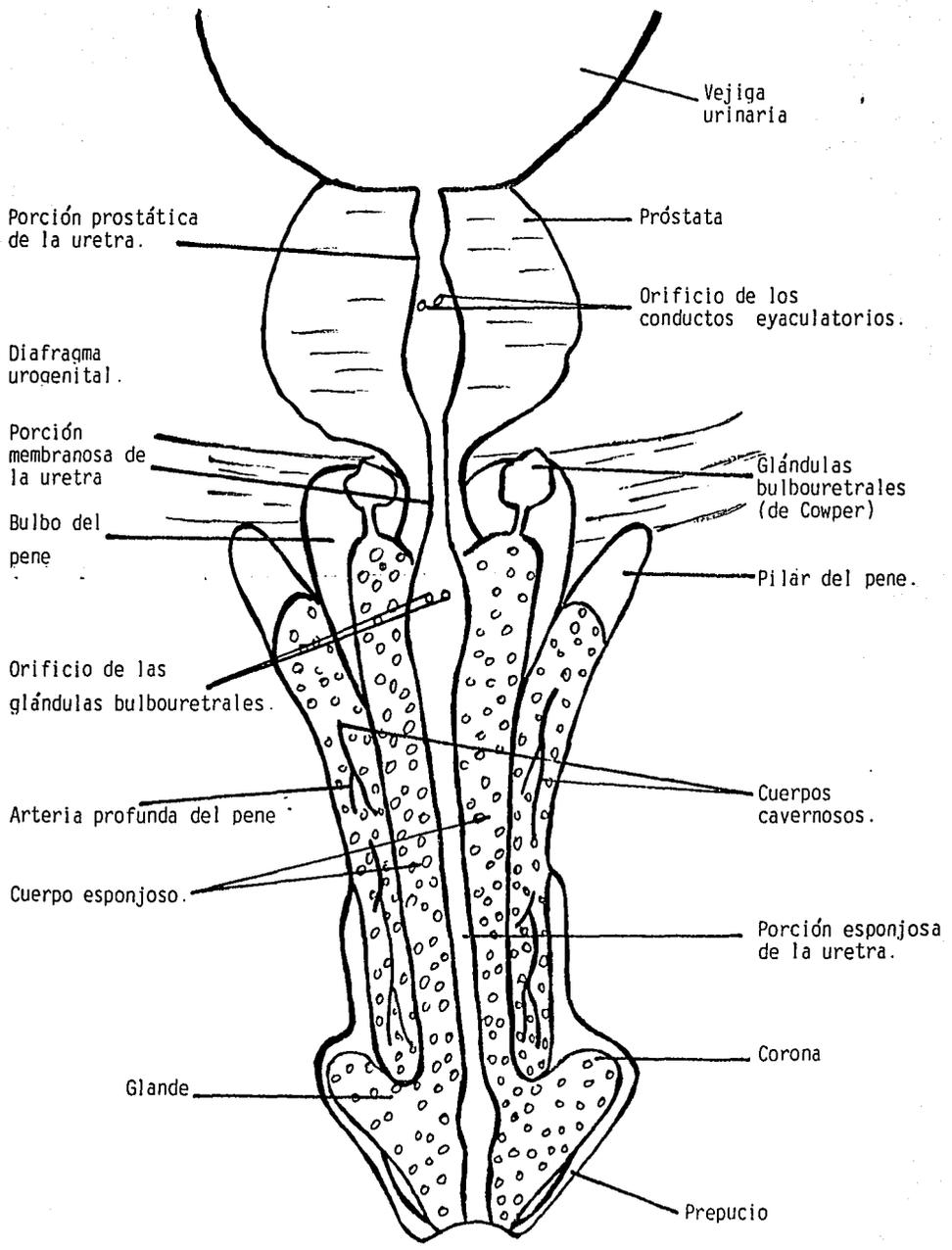


FIG 4 Estructura interna del pene.

## 2. Sistema reproductor femenino.

Los órganos que comprenden el sistema reproductor femenino son: los ovarios, que producen óvulos y hormonas y que se verán más adelante; trompas de Falopio, que transportan a los óvulos hasta el útero o matriz que es otro de los órganos; además de la vagina y los órganos externos que forman la vulva. También son consideradas parte del sistema reproductor femenino las glándulas mamarias.

### 2.1. Ovarios.

Los ovarios o gónadas femeninas son dos glándulas con forma de almendra y tienen función semejante a la de los testículos. Los ovarios están situados en la parte superior de la cavidad pélvica, a cada lado del útero. Sus funciones principales son el desarrollo y la expulsión de óvulos y la secreción de algunas sustancias de secreción interna, llamadas hormonas como son los estrógenos y progesterona. Cada ovario posee un hilio, por el cual entran y salen vasos sanguíneos y nervios (9).

#### a) Oogénesis.

La formación del óvulo haploide se lleva a cabo del proceso denominado oogénesis o foliologénesis. En primera instancia tenemos al oogonio que es una célula diploide que prolifera por mitosis en la etapa prenatal; siguiendo su desarrollo estos oogonios pierden su capacidad

para reproducirse por este mecanismo y ellas hacia el tercer mes de formación se transforman en células de mayor tamaño y se denominan oocitos primarios que continúan teniendo un número diploide de cromosomas.

Los oocitos primarios permanecen en esta etapa hasta que respondan a la Hormona Foliculocestimulante (HFE), del lóbulo anterior de la hipófisis que a su vez es respuesta de la Hormona liberadora de gonadotropinas hipotalámica. Cuando llega la pubertad, algunos folículos responden mes a mes al aumento de concentraciones de HFE. Cuando se está en la fase preovulatoria del ciclo menstrual y hay secreción de la Hormona Lutinizante (HL) por parte del lóbulo anterior de la hipófisis, uno de los folículos llega a una etapa en que el oocito primario (diploide) tiene una división dando lugar a dos células de tamaño desigual, ambas con 23 cromosomas cada una. La célula pequeña es llamada primer cuerpo polar, es material de desecho; mientras que la célula más grande es el oocito secundario, el que ha recibido la mayor parte del citoplasma de la célula original (10).

Cuando sucede la ovulación, se expulsa del ovario el oocito secundario con su cuerpo polar; entra a la tuba uterina o trompa de Falopio y, si hay espermatozoides, sucede la fecundación junto con la siguiente división de la que resultan dos células de tamaño desigual, ambas haploides. La célula grande es el óotide, que a la larga se transforma en el óvulo, y la pequeña es un cuerpo polar que también se desintegrará (Fig. 5).

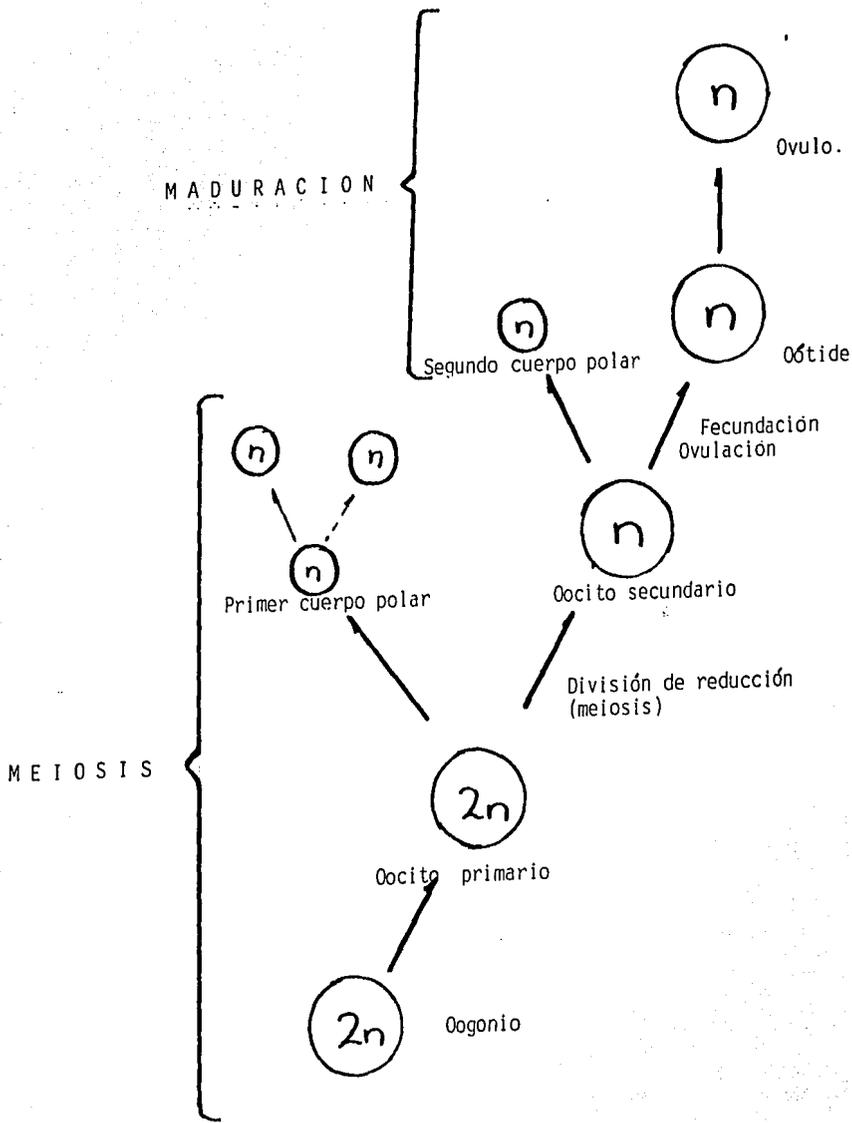


FIG. 5 . Oogénesis.

Al oóide también se le conoce como Folículo de Graaf ya que está maduro (11).

## 2.2. Tubas Uterinas o Trompas de Falopio.

Las trompas de Falopio u oviductos son dos tubos de 10 cm de largo cada uno. Cada trompa se extiende lateralmente del útero hasta el ovario del mismo lado. El extremo del oviducto que más se acerca al ovario formando prolongaciones digitiformes que se llaman fimbrias, recibe al óvulo cuando es expulsado del ovario (12).

En cada trompa hay un conducto de poco calibre que abarca toda su longitud; la mucosa que reviste éste, posee cilios. Los movimientos de la trompa impulsan al óvulo a lo largo de esta última hasta el útero.

## 2.3. Útero.

El útero es un órgano muscular hueco de paredes gruesas, en forma de pera invertida. Está situado en medio de la cavidad pélvica, entre la vejiga y el recto. Desempeña dos funciones importantes: 1) es el órgano de la menstruación, y 2) durante el embarazo recibe el huevo fecundado, lo retiene y lo nutre hasta que, transformado en feto, lo expulsa durante el parto.

Las subdivisiones anatómicas del útero incluyen la porción en forma de domo que se sitúa por arriba de las tubas uterinas, o sea el fondo; la ahusada central o principal, o sea el cuerpo, y la angostada inferior, que se abre en la vagina, es decir, el cuello del útero. Entre el cuerpo y el cuello, está el istmo, que es una porción constreñida de 1 cm de longitud. El interior del cuerpo del útero es la cavidad uterina, y el del cuello angosto, el canal o conducto cervical. La unión de este último con el istmo es el orificio interno del útero, mientras que la del cuello con la vagina es el orificio externo del útero (Fig. 6) (13).

La posición del útero en normalidad es en anteflexión; es decir, que se dirige hacia adelante y levemente hacia arriba de la vejiga urinaria, mientras que el cuello lo hace en sentido posteroinferior sobre la pared anterior de la vagina.

Desde el punto de vista histológico, el útero consiste en tres capas de tejido: la externa, que es el perimetrio o serosa que forma parte del peritoneo visceral; la capa intermedia del útero, o miometrio, constituye la mayor parte del espesor de la pared uterina y; la capa interna, o endometrio es una mucosa que consiste en dos capas principalmente: la capa más cercana a la cavidad o estrato funcional, que se desprende con la menstruación y, el estrato basal, que es una capa permanente que constituye el origen del nuevo estrato funcional subsecuente a la menstruación.

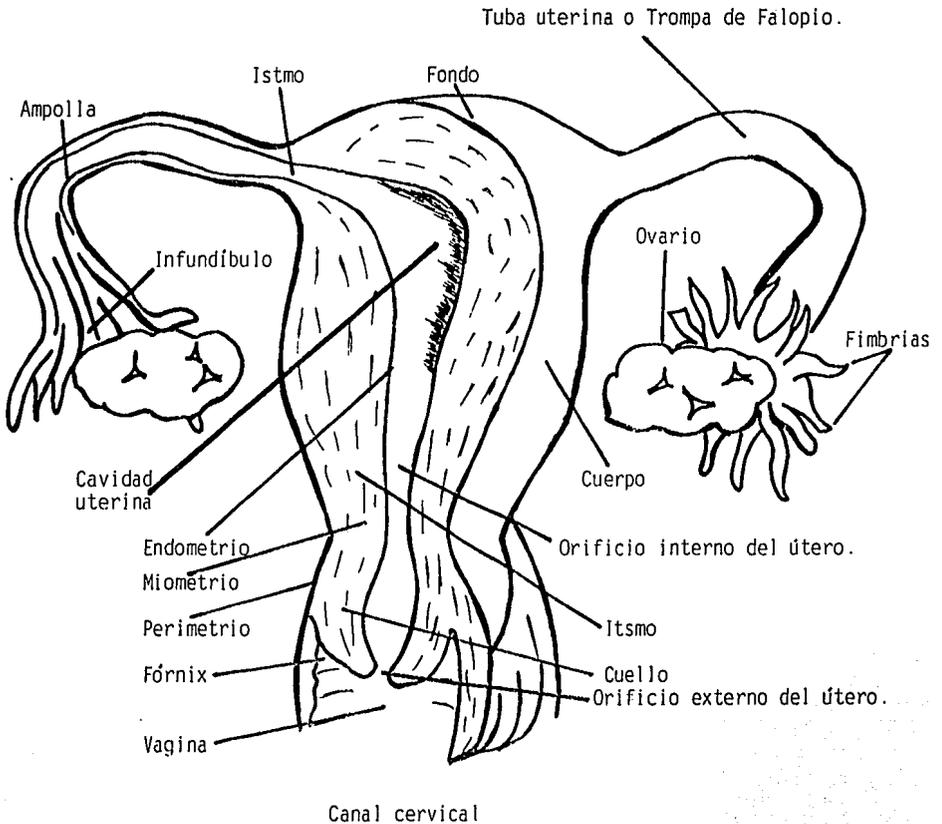


FIG. 6. Utero y estructuras afines en vista anterior.

La irrigación abundante del útero proviene de las arterias ováricas y uterinas (14).

a) Relaciones endócrinas: ciclo menstrual y ovárico.

Los fenómenos principales del ciclo menstrual se relacionan con los ciclos ovárico y los cambios del endometrio.

El ciclo menstrual consiste en un conjunto de cambios del endometrio en mujeres no embarazadas. Cada mes, el endometrio se prepara para recibir el óvulo fecundado, que se transformará en feto y lo alojará hasta su nacimiento. Si no hay fecundación, el estrato funcional de desprenderá.

El ciclo ovárico generalmente ocurre junto con el inicio del ciclo menstrual; y éste se relaciona con la maduración del óvulo.

- Regulación Hormonal.

Los ciclos menstrual y ovárico son regulados por un factor del hipotálamo: la hormona de liberación de gonadotropinas. La hormona liberadora de gonadotropinas estimula la liberación de la HFE; por parte del lóbulo anterior de la hipófisis. La HFE estimula a su vez el desarrollo inicial de los folículos ováricos y la secreción de estrógenos por parte de los

mismos. También la hormona liberadora de gonadotropinas causa la liberación de hormona luteinizante (HL) por parte del lóbulo anterior de la hipófisis. La HL estimula la continuación del desarrollo de los folículos ováricos, causa la ovulación y estimula la producción de estrógeno, progesterona y relaxina por parte de las células ováricas.

Los estrógenos, u hormonas del crecimiento desempeñan tres funciones: desarrollo y conservación de las estructuras de la mujer que participan en la reproducción, en particular del endometrio, así como las características sexuales secundarias (distribución de grasas en abdomen, mamas, monte de venus; ensanchamiento de caderas, etc.). En segundo lugar, regulan el equilibrio electrolítico, y en tercero, aceleran la anabolía de las proteínas (15).

La progesterona es una hormona de la maduración, colabora junto con los estrógenos en la preparación del endometrio para la implantación del óvulo fecundado y la de las glándulas mamarias para la secreción de leche. Grandes concentraciones de progesterona inhiben la secreción de la hormona liberadora de gonadotropinas y la prolactina.

La relaxina desempeña sus funciones hacia el fin de la gestación relajando la sínfisis del pubis y participando en la dilatación del cuello uterino para facilitar el parto.

a) Fase menstrual o menstruación.

El ciclo menstrual varía entre 24 y 35 días; pero en promedio se usa la cifra de 28 días. El ciclo menstrual es dividido en tres fases: menstrual, preovulatoria y postovulatoria (fig, 7).

La fase menstrual o menstruación es la expulsión periódica de 25 a 65 ml de sangre, líquido tisular, moco y células epiteliales. Es producto de la disminución súbita de las concentraciones de estrógeno y progesterona y dura aproximadamente los 5 primeros días del ciclo menstrual. La menstruación se relaciona con la degeneración del estroma funcional, aparición de áreas dispersas de hemorragias en el útero, vaciamiento de glándulas uterinas por colapso y también se expulsa el líquido tisular. La menstruación o flujo menstrual de la cavidad uterina al cuello y la vagina, y al exterior, termina cuando se ha desprendido el estrato funcional y sólo queda el estrato basal; este proceso dura hasta el quinto día del ciclo.

Al tiempo que sucede la fase menstrual, el ciclo ovárico está activo. Se inicia el desarrollo de los folículos primarios; 20 a 25 folículos inicia concentraciones muy bajas de estrógenos. Alrededor del futuro óvulo se desarrolla la zona pelúcida; hacia el fin de la fase menstrual (4° ó 5° día), unos 20 folículos se transforman en folículos secundarios.

#### b) Fase preovulatoria o proliferativa.

Esta fase corresponde al periodo que va desde la menstruación a la ovulación. Su duración es variable, dura de 6 a 13 días en un ciclo de 28 días.

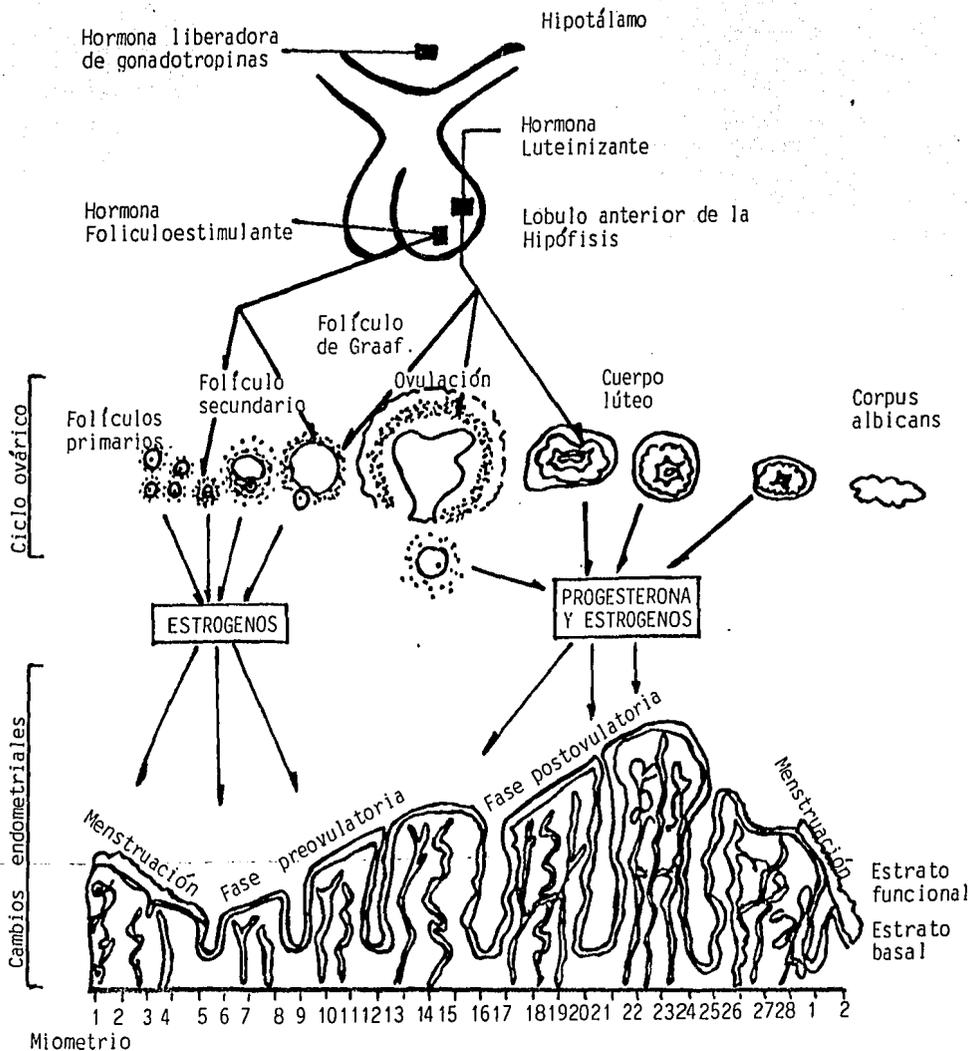


FIG. 7 Correlación de los ciclos menstrual y ovárico con las hormonas del Hipotálamo y Lóbulo anterior de la Hipófisis.

La HFE y la HL estimulan la producción de una mayor cantidad de estrógenos por parte de los folículos ováricos y que a su vez origina la reparación del endometrio. A raíz de esta reparación, la fase preovulatoria recibe el nombre de fase proliferativa; o también fase folicular por el aumento de secreción de estrógenos por parte de los folículos en desarrollo.

Durante esta fase uno de los folículos secundarios madura y se convierte en folículo ovárico vesicular (Folículo De Graaf), que está listo para la ovulación. En la fase preovulatoria se secreta más HFE por parte de la adenohipófisis y la HL aumenta conforme se acerca la ovulación y el folículo De Graaf produce cantidades mínimas de progesterona, uno o dos días antes de la ovulación.

### c) Ovulación.

La ovulación o ruptura del Folículo De Graaf con liberación del óvulo inmaduro en la cavidad pélvica tiene lugar el día 14 de un ciclo regular de 28 días. La alta concentración de estrógenos días antes de la ovulación inhibe la producción de hormona liberadora de gonadotropinas por parte del hipotálamo, que a su vez inhibe la secreción de HFE por parte de la hipófisis. De la misma manera las altas concentraciones de estrógenos provoca aumento en la liberación de HL con la cual da lugar la ovulación . Después de la ovulación, el folículo experimenta un colapso formando un cuerpo hemorrágico que es absorbido por las células foliculares residuales, que tiempo después aumentan de tamaño y cambian sus

características y forman el cuerpo lúteo.

c) Fase postovulatoria.

La fase postovulatoria del ciclo menstrual es la más constante, y va del día 15 al día 28 de un ciclo normal. Después de la ovulación, la secreción de HL estimula el desarrollo del cuerpo lúteo, secretando este último cantidades considerables de estrógenos y progesterona. La progesterona prepara al endometrio para que reciba al óvulo fecundado. Su preparación consiste en engrosamiento, almacenamiento de glucógeno y aumento del volumen del líquido tisular en el útero. Estos cambios llegan a sus niveles mayores una semana después de la ovulación que corresponde al tiempo previsto para la nidación.

La hormona que predomina en esta etapa es la progesterona, que en ausencia de fecundación e implantación junto con las concentraciones de estrógenos, ambos secretados por el cuerpo lúteo inhiben la secreción de hormona liberadora de gonadotropinas y de HL por lo que degenera el cuerpo lúteo y se transforma en cuerpo albicans. Se reduce la producción de estrógeno y progesterona por parte del cuerpo lúteo degenerado, con lo que se inicia un nuevo ciclo menstrual. Además la reducción de ambas hormonas causan un nuevo aumento de hormonas hipofisarias (en especial HFE) con lo que se inicia un nuevo ciclo ovárico (Fig.

8).

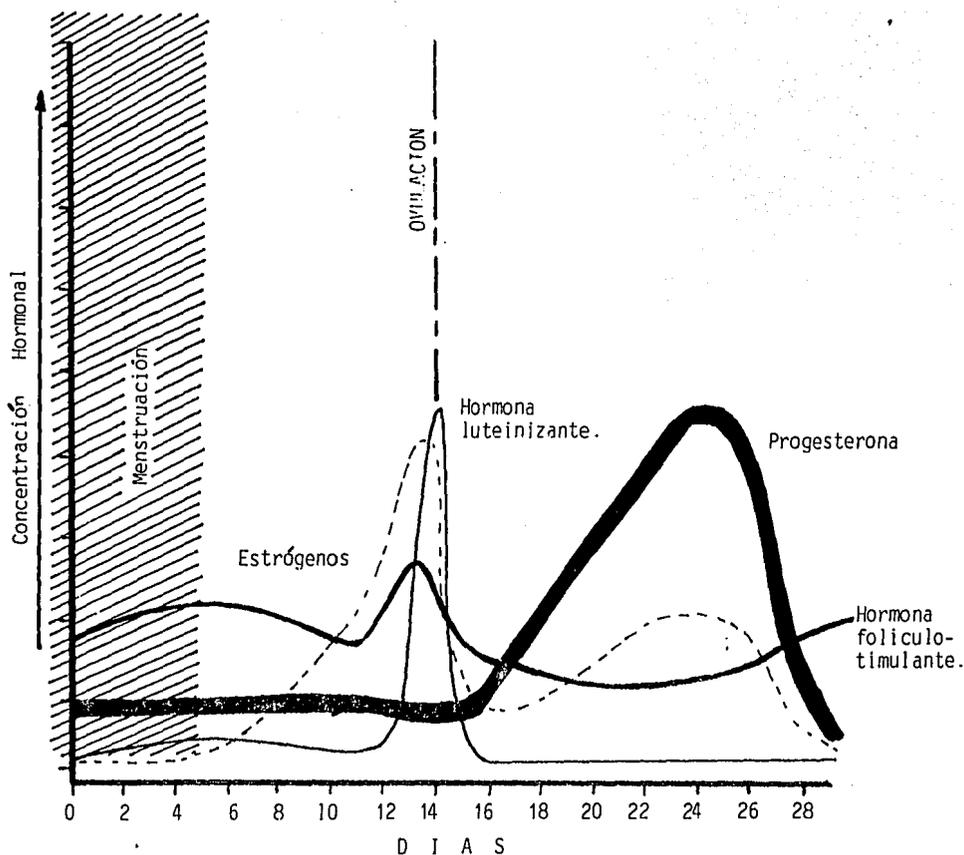


FIG. 8. Concentraciones relativas de las hormonas hipofisarias anteriores (foliculoestimulante y luteinizante) y ováricas (estrógenos y progesterona) durante un ciclo menstrual normal

#### 2.4. Vagina.

La vagina es una estructura musculomembranosa por la que se expulsa el flujo menstrual, se extiende del útero a la vulva, esta interpuesta entre la vejiga urinaria y el recto. Otra de las funciones es que es el órgano de la cópula en la mujer y forma parte del canal de parto.

#### 2.5. Vulva.

Los componentes de la vulva son: monte de Venus o monte del pubis, labios mayores, labios menores, clitoris, orificio vaginal y glándulas anexas.

El *monte del pubis* es una prominencia de tejido adiposo cubierta por vello grueso; se situa sobre la sínfisis homónima, por delante de los orificios vaginal y uretral. Desde dicho monte, dos pliegues longitudinales de piel los *labios mayores*, se dirigen en sentido posteroinferior. Por dentro de los labios mayores, están otros dos pliegues, los *labios menores*, se diferencian de los mayores porque están desprovistos de vello sudoríparas, pero abundantes en glándulas sebáceas.

El *clitoris*, es una masa cilíndrica y pequeña de tejido eréctil, situada en la unión anterior de los labios menores. Una capa de piel, o prepucio, se forma en el punto de unión de los labios

menores y cubre el cuerpo del clitoris. La porción expuesta de este último es el glande. El clitoris es equivalente al glande del pene en el varón. Al igual que el pene, aumenta de tamaño como resultado de la estimulación táctil, desempeña funciones en la excitación sexual de la mujer.

La hendidura que hay entre los labios menores en el vestíbulo, dentro del cual están el himen y los orificios vaginal, uretral y diversos conductos glandulares. El *orificio vaginal* ocupa la mayor parte del vestíbulo y está limitado por el himen. Por delante de él y detrás del clitoris, está el orificio uretral, a los lados del cual se observan los orificios de los conductos de las *glándulas parauretrales (glándulas de Skene)*, incluidas en la pared de la uretra y que secretan moco. A ambos lados del orificio vaginal, se localizan las *glándulas vestibulares mayores (glándulas de Bartholin)*, cuya función es producir una secreción mucóide que complementa la lubricación durante la relación sexual (Fig. 9) (16).

## 2.6. Periné.

Es el área romboidea situada en el extremo inferior del tronco, entre los muslos y el glúteo, en ambos sexos. Está limitado en sentido anterior por la sínfisis púbica, hacia los lados por las tuberosidades isquiáticas y posteriormente por el cóccix. Una línea transversa imaginaria, que se traza entre dichas tuberosidades, lo divide en triángulo urogenital anterior, que contie-

ne los genitales externos; y triángulo anal posterior, que contiene el ano.

## 2.7 Glándulas mamarias.

Los senos o glándulas mamarias son dos glándulas cutáneas especializadas , situadas en uno y otro lado anterior del tórax, entre la tercera y la séptima costillas (17).

En lo relativo a su estructura interna, cada glándula mamaria consiste en 15 a 20 lóbulos, compartimientos separados por tejido adiposo. El volumen de éste último es el que determina el tamaño de las mamas, que no guarda relación con el volumen de leche producida. Cada lóbulo incluye compartimientos de menor tamaño, denominados lobulillos y constituidos por tejido conectivo en el que se encuentran incluidas las células secretoras de leche o alveolos. Los alveolos presentan una disposición a la que se ha comparado con un racimo grande de uvas pequeñas, y en un conducto lactífero alveolar que a su vez convergen en 12 a 20 conductos lactíferos (conductos galactóforos). Al acercarse estos últimos al pezón presentan una dilatación conocida como seno lactífero (ampolla lactífera), en el que suele acumularse la leche; éstos terminan en el pezón. Cada conducto transporta leche de uno de los lóbulos hasta el orificio por el que se abre al exterior.

El área circular hiperpigmentada que rodea al pezón es la areola, cuyo aspecto irregular se

debe a la presencia de glándulas sebáceas modificadas. la función principal de las glándulas mamarias es la secreción de leche (lactación).

## B. LA SEXUALIDAD HUMANA.

En cuanto al comportamiento humano, el estudio de la sexualidad es uno de los temas más conflictivos y problemáticos.

La sexualidad puede ser definida como "la expresión psicológica y social de los individuos, en tanto seres sexuados, en una cultura y un momento determinado, es decir, no sólo se refiere a la reproducción o a las relaciones coitales sino aún más, a los sentimientos, pensamientos, actitudes y comportamientos cotidianos de la vida.

Siendo hombre y mujer una acción de tres esferas: biológica, psicológica y social; se induce que la sexualidad como parte de la naturaleza humana está formada como ya se vió por estos tres aspectos (18).

El factor biológico se refiere a las características anatómicas y fisiológicas que distinguen al varón de la mujer y que en conjunción hacen posible la reproducción.

El factor psicológico comienza desde el nacimiento a diferencia del factor biológico que

comienza desde la concepción. Desde que el individuo nace hace su aparición en un mundo social, del que desarrollará su personalidad. El primer hecho psicológico es la identidad del sexo, es decir, se sabe perteneciente a un sexo y reconoce la existencia de comportamientos apropiados para el hombre y para la mujer; paulatinamente con el crecimiento y desarrollo ve e interioriza las diferencias anatómicas propias y del sexo opuesto; de tal manera que aprenderá a representar un sólo modelo adulto, acompañado de pensamientos, deseos, fantasías, etc.

El componente social también se adquiere con el nacimiento ya que poseerá rasgos, intereses, responsabilidades y actos definidos como apropiados ya sea para el hombre, para mujer o para ambos sexos, de tal manera que aprenderá a actuar dentro del régimen que su sociedad marca.

## 1. Desarrollo psicosexual del individuo.

### 1.1. Desarrollo psicosexual durante la infancia.

Las fases que constituyen la infancia son enmarcadas de diferentes maneras, pero según Klaus Riegel, se dividen en tres fases para su estudio:

- a) Primera Fase: Del nacimiento a los 18 meses.

b) Segunda Fase: De los 18 meses a los 6 años.

c) Tercera Fase: De los 6 años hasta el inicio de la pubertad ó 12 años.

a) Del nacimiento a los 18 meses.

La impresión general que se tiene del recién nacido es de acuerdo a sus capacidades y habilidades. El bebé cuenta con los reflejos necesarios para buscar con la boca, succionar y tragar para tomar leche. Los ojos, la boca y la cara de la madre que es la visión que recibe el pequeño al ser amamantado es un tipo de estímulo que capta su atención, él es más sensible a los sonidos. Adulto e infante empiezan a interactuar con este hecho ya que la voz melodiosa y alta, es percibida por el pequeño; mientras que la mujer se ve más relajada por la liberación de una hormona cortisol, debida al estímulo de amamantamiento, de tal manera que es más sensible a las señales del bebé.

De las 6 a las 8 semanas de nacido el niño ve ahora los objetos de una forma diferente, empieza a distinguir una cara de otra, sonríe con más frecuencia, duerme toda la noche y adquiere más sensibilidad.

Durante el período de consolidación de los 2 a los 8 meses existen cambios neurológicos graduales como maduración del sistema motor de tal manera que el niño puede sentarse, alcanzar algunas cosas; examina los objetos para saber qué son y no dónde están. Mejora la

visión; puede identificar a uno de los padres a cierta distancia y tiene preferencia por uno o más adultos, mostrando poco interés por los demás niños.

El período que abarca de los 8 a los 18 meses se caracteriza por una intensa actividad y cambio. Aquí el lenguaje empieza a manifestarse, el niño empieza a caminar y a desplazarse con más confianza. En lo que a lenguaje se refiere, el pequeño utiliza oraciones de dos palabras. Hay un aumento considerable en su interés por otros niños. El niño es más independiente, aunque no deja de exigir atención.

b) De los 18 meses a los 6 años.

De los 18 a los 24 meses el niño empieza a caminar sólo, aumenta su vocabulario haciéndolo más complejo, a los 2 años dice su nombre, imita patear la pelota, intenta vestirse, desvestirse, comer o bañarse sólo.

De los 3 a los 4 años dice frases, emplea yo, mi, tu cuanto habla; explica una acción, dice su nombre y apellido. Adquiere mayor desarrollo psicomotor mostrando equilibrio al pararse en un pie, ya baja las escaleras alternando ambos pies. Y en cuanto a lo neurológico, nombra uno o más colores correctamente y tiene preferencia por utilizar una de las dos manos.

De los 5 a los 6 años tiene noción de tiempo y espacio reconoce mañana, tarde y noche;

señala las posiciones arriba, adelante, atrás, a un lado.

A esta edad el niño aprende por imitación, aparecen los miedos nocturnos, los cuales muchos son producto de su imaginación.

A los 6 años el niño salta, brinca, trepa, habla correctamente, conoce los colores y domina las posiciones y se encuentra ubicado en tiempo y espacio de acuerdo a sus intereses.

Los niños ya se identifican con su sexo y con juegos y juguetes sexualmente estereotipados.

c) De los 6 a los 12 años.

El desarrollo del niño se centra en la esfera intelectual y social; Piaget lo ubica como la etapa operacional.

Al llegar a la escuela se le muestra al niño una oportunidad de ampliar sus horizontes y de confrontar su experiencia adquirida en la familia con otro sistema social que es la escuela.

El crecimiento físico continúa a un paso estable y sin que se presenten impulsos significativos hasta la pubertad.

El pensamiento del niño aumenta de nivel y puede efectuar operaciones como la suma, la resta, y el ordenamiento en serie. Está menos relacionado con las características físicas de los objetos, y es más capaz de realizar acciones mentales.

Aquí el niño aprende a leer y escribir, aprende formas de construcción de oraciones más complejas.

En lo social los amigos se vuelven una esfera muy importante, pero casi todos los grupos están compuestos por el mismo sexo. Los niños están explorando y aprendiendo sus roles sexuales en parte a través de la imitación de los modelos del mismo sexo (19).

Las vinculaciones con los padres son menos visibles, pero siguen estando presentes; reconoce las relaciones de parentesco por consanguinidad. Se empiezan a moldear actividades específicas para cada sexo.

El desarrollo del lenguaje parece llevarse a cabo con el apoyo ambiental, principalmente la exposición al lenguaje de los adultos.

La curiosidad del niño hacia lo social se torna más evidente, sobre todo en lo referente a la sexualidad, pues mantiene un mayor contacto con los medios masivos de comunicación,

sobre todo, revistas, periódicos, televisión y cine, integrando y confrontando nueva información con la ya existente y con la estructurada por sus compañeros que buscan respuestas a las interrogantes que no pudieron despejar.

Al acercarse el final de la fase, el interés se aboca sobre algunos temas sociales como la prostitución, la guerra, la religión y el aborto; muestra interés manifiesto sobre cuestiones eróticas y la planificación familiar, así como también crean inquietud especial los cambios puberales que le sucederán (20).

### 1.2. Desarrollo psicosexual durante la pubertad.

La pubertad o adolescencia es el período durante el cual acontece la aparición de los caracteres sexuales secundarios, presentándose cambios internos y externos, lo que marca la terminación de la infancia y el inicio de la capacidad reproductiva (21).

La adolescencia es una etapa de muchos cambios físicos, psicológicos y psicosociales. En las edades que abarca hay muchas controversias pero según S. L. Hammar, la pubertad en las niñas abarca de los 10 a los 18 años de edad y en los niños de los 12 a los 20; generalizando al grupo entre los 12 y los 18 años.

#### a) Cambios físicos en el varón.

La presencia de testosterona en el varón y de estrógenos en la mujer desencadena una serie de cambios. En la pubertad hay un cambio notable en el ritmo del crecimiento, que resulta en aumento de talla corporal, cambio en la forma del cuerpo y rápido desarrollo de las gónadas.

Los cambios puberales son resultado de mayor secreción por las gónadas y la corteza suprarrenal. Iniciándose el crecimiento casi todas las dimensiones musculares y esqueléticas participan en éste y alcanza o manifiesta su máximo desarrollo hacia los 14 años en el hombre y alrededor de los 12 en la mujer (22).

Conforme se da el desarrollo musculoesquelético conjuntamente se da la aceleración de los órganos sexuales y los caracteres sexuales secundarios.

El varón el primer signo del comienzo de la pubertad es la mayor sudación axilar, aumento de sensibilidad testicular a la presión, agrandamiento de testículos y enrojecimiento y punteado del escroto. Cerca del crecimiento en estatura, hay aumento de la longitud del pene. Vello axilar, facial y cambios en la voz son manifestaciones tardías de la pubertad y ocurren después de haber alcanzado el máximo en crecimiento de estatura. Las primeras eyaculaciones de líquido seminal por lo general ocurren alrededor de un año después de que el pene inicia el aumento de crecimiento. Las emisiones nocturnas suelen comenzar a los 14 años de edad.

## b) Cambios físicos en la mujer.

Los cambios físicos que se manifiestan en la mujer son desarrollo y crecimiento de las mamas que se caracterizan por la aparición del botón mamario (pezón) y crece el diámetro de la areola. Mientras continúa el crecimiento mamario, el contorno femenino se va redondeando debido al ensanchamiento de la pelvis y a la distribución de grasa en las caderas, hombros y glúteos. El vello axilar se presenta uno o dos años después del crecimiento del vello pubiano.

Las glándulas apócrinas o secretoras de sudor así como glándulas cutáneas aumentan su función con lo que se puede presentar acné en cara, tórax y espalda.

En lo que se refiere a los genitales se encuentran cambios en la vulva, los labios mayores se engruesan, lo que da lugar a una consistencia más firme. Crece el clítoris, la vagina, el útero y los ovarios en forma rápida hasta desarrollarse por completo física y funcionalmente.

La menarquia o primera menstruación aparece dos años después de que las mamas empiezan a crecer. Estas primeras menstruaciones no garantizan la capacidad inmediata de reproducción, ya que la ovulación puede ocurrir un año después a la primera menstruación.

Los primeros ciclos pueden ser irregulares y posteriormente hacerse regulares.

La influencia de la testosterona, producida por las glándulas suprarrenales, se manifiesta por la aparición del vello en los labios mayores o en el monte de venus. A medida que crece se torna más oscuro y adquiere la distribución de triángulo invertido.

c) Desarrollo psicosocial en la adolescencia.

En el desarrollo social hay un periodo de desequilibrio con mayores problemas en las relaciones padre e hijo, hay una influencia mayor de la presión de los compañeros y es punto máximo de los problemas de la conducta y depresión.

Las amistades individuales son importantes a lo largo de este periodo, aunque también se inician las relaciones heterosexuales, refiriéndonos a lo social al adolescente le empieza a atraer el sexo opuesto (23).

El adolescente trata de confirmar su imagen, deseos y pensamientos para tomar una identidad personal que al fin de todo es la identidad sexual. Esta confirmación la logra a través de la compañía con los del mismo sexo estableciendo una estrecha relación con un amigo; con lo que ahora esta sensación de igualdad le permite encontrar un lugar en la sociedad (24).

Como los adolescentes no están definidos en sus intereses y creencias, sus demandas de

congruencia ante la vida, de honestidad, igualdad, etc.; responden a la necesidad de aclararse a sí mismos y comprender la contradicción social y encontrar un lugar en ese mundo.

Pensar distinto a como pensaba antes y a como piensan sus padres le resulta conflictivo, y tratará de imponer su ideología inestable como lo único y verdadero; exigirá que se le trate como adulto.

De todo lo anteriormente expuesto se puede afirmar que el eje central, a partir del cual gira la problemática adolescente, se refiere a su búsqueda de identidad, la cual es más o menos difícil, y se ve dificultado por la amplia gama de opciones que se le presentan, muchas de ellas contradictorias entre sí.

Los adolescentes son sexualmente activos, hecho que suele inquietar a sus padres; es común la actividad sexual como masturbación, experimentación heterosexual y a veces experiencias homosexuales. En la adolescencia es común que los varones logren mayor experiencia sexual que las niñas, debido en gran parte a mayores impulsos sexuales durante la adolescencia tardía, y al hecho de que la actividad sexual del varón es más aceptada socialmente. Otro factor importante es que descubre patrones sexuales aumentados en otros compañeros, lo que de manera oculta fomenta su propia actividad sexual.

### 1.3. Desarrollo psicosexual en el joven.

Si la adolescencia es, en cierto sentido, una larga transición, entonces el período de la juventud puede considerarse como un período de consolidación (25).

En la etapa de la adolescencia una de las tareas notables es la de establecer relaciones íntimas.

Se considera adolescente al individuo que oscila entre las edades de 18 a 22 años. Es en esta etapa donde se crea un nuevo equilibrio, logran su identidad, el desarrollo moral por lo regular se alcanza. Las amistades son consideradas como un compartir mutuo; y los amigos son tratados con mayor tolerancia y respeto, ésto último formando la base para la intimidad (26).

El joven absorbe grandes cantidades de nueva información, nuevos datos.

### 1.4. Desarrollo psicosexual del adulto.

Se destaca el desarrollo del adulto por medio de etapas ya que aquí a diferencia de la niñez y la adolescencia se sitúan cambios que van decreciendo en capacidades y actitudes,

a) Madurez o edad adulta temprana: 22 a 40 años.

Con tensiones y adaptaciones, el adulto joven entra en un periodo de consolidación. Estos años se caracterizan por una máxima capacidad física y mental concentrada normalmente en el trabajo, sobre todo en los hombres.

La satisfacción marital está en un nivel muy bajo y no hay gran interés por las amistades. Lo social queda fuera del desarrollo del adulto joven y su atención esta concentrada en el logro, la seguridad, en poner a prueba sus límites de las capacidades personales.

En la mujer sobresalen las cualidades maternas al igual que de logro. Este periodo comprende el matrimonio, el nacimiento de todos los hijos.

En lo fisiológico la madurez temprana posee la función máxima de las capacidades corporales.

b) Edad adulta o madurez media: 40 a 65 años.

Esta es la edad de crisis, es época de desiciones cruciales: promoción o estancamiento, jefe o perpetuo segundo, realización de la ambición juvenil o mediocridad languideciente (27).

Para la mayoría de los adultos, el punto máximo físico e intelectual ha sido experimentado a

los 40 ó 45 años. Hay una pérdida continua de las capacidades físicas en el área motora.

Para la mujer, una vez completada su carrera de madre o nifera, esta edad suele ser de búsqueda de una nueva identidad a través de otra carrera o estilo de vida. Existe para ambos alta satisfacción marital después de que los hijos han partido (28). La partida de los hijos es un desafío crítico a sus facultades de adaptación; da oportunidad para una intimidad nueva o restaurada, o bien aumenta la distancia y la soledad crónica.

En la edad adulta media ocurren cambios en la personalidad y en su expresión sexual. El climaterio ocurre tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres, comprendiendo una pérdida gradual de las hormonas sexuales. En las mujeres, hay también una pérdida de la capacidad reproductiva.

c) Edad adulta avanzada: de los 60 a los 75 años.

En la edad adulta avanzada hay una mayor disminución en las funciones, tales como la pérdida de la agudeza visual, el oído, el aprovechamiento de oxígeno, el número de papilas gustativas y del cabello. El ajuste es esperado y ya se han realizado parte de la preparación física y mental.

Parece haber muy poca o ninguna disminución en la actividad social, las relaciones con la

familia o con los amigos.

d) Edad adulta muy avanzada: de los 75 años en adelante.

Aún en aquellos individuos que permanecen físicamente activos, hay ahora una notable pérdida de la velocidad y las funciones en muchas áreas físicas.

La reducción cognoscitiva es más notable en este período.

Parece haber cierto rompimiento o evasión de los compromisos sociales.

### C. RESPUESTA SEXUAL DEL HUMANO.

La respuesta sexual tanto en hombres como en mujeres es producto del interactuar de factores psíquicos y fisiológicos. El sexo es uno de los impulsos básicos del ser humano, pero su manifestación es más maleable que la alimentación o el sueño, por ejemplo.

La expresión en una cultura conduce a muy diversas conductas relacionadas con el sexo, pero las bases biológicas de la interacción sexual poseen muchas más similitudes que diferencias entre las personas (29).

## 1. El ciclo de respuesta sexual.

Los sistemas de anatomía y fisiología sexual que se organizan alrededor del clítoris en mujeres y en el pene en el hombre, son homólogos. Cada parte de la persona tiene su equivalencia en la de otra. Estos equivalentes pueden ser estructuralmente iguales en el varón o en la mujer, o modificadas para ejecutar la misma función, pero en forma distinta, o tener una función diferente. El ciclo de respuesta sexual con sus dos mecanismos fisiológicos de vasocongestión y miotonía evoluciona por fases idénticas, con cambios correspondientes en los órganos genitales y otros más en mujeres y varones. Hay algunas diferencias en la sucesión cronológica de funciones y las características de cada uno de los sexos dentro de este proceso fisiológico común (30).

La respuesta sexual como ya se mencionó es la interacción entre elementos psicológicos y fisiológicos. La estimulación de zonas erógenas, estímulos auditivos, visuales, etc; provoca en forma refleja o automática excitación sexual. Cuando hay estimulación sensitiva, los nervios periféricos envían señales a un centro de relevo en la porción inferior de la médula espinal, el cual, a su vez, devuelve una señal o estímulo.

Los estímulos psicógenos son procesados por los centros cerebrales superiores. Los estímulos pueden ser aferentes, como imágenes visuales, auditivas, olfativas y táctiles; así

como fenómenos cognoscitivos, como ideas, fantasmas, recuerdos y otro tipo de imágenes.

### 1.1. Etapas de la respuesta sexual.

El conjunto de fenómenos psíquicos y orgánicos que se observan constituyendo la respuesta sexual sigue un curso definido que principia con el deseo, excitación y culmina con el orgasmo y resolución.

#### a) Deseo.

El deseo se caracteriza por la necesidad que se siente de satisfacer el impulso sexual por medio de experiencias sexuales existiendo un carácter apremiante, es decir, solamente una sensación.

Se sabe que el deseo forma parte del sistema sexual del cerebro con núcleos importantes en el hipotálamo y la región preóptica. Es importante mencionar que hay conexión con los centros del placer y del dolor, lo que implica el placer durante el coito y que con el dolor se inhiba el deseo sexual. También hay comunicaciones con centros cerebrales que analizan experiencias complicadas, con los de la memoria y con los del olfato, lo que explica que un olor pueda ser excitante (31).

Hoy en día es aceptado que la endorfina, una sustancia elaborada por el cerebro excita al sistema sexual.

Los centros cerebrales mencionados y el sistema sexual tienen también comunicación con los centros medulares de la erección y la eyaculación.

Normalmente el deseo sexual es despertado por estímulos orgánicos (congestión de los órganos sexuales, elevada secreción de hormonas sexuales), por estímulos psíquicos (recordar a la persona amada, percibir por los órganos de los sentidos la presencia, la voz o algún olor característico de ella, etc), o por el estímulo sobre las zonas erógenas en más lento que los dos primeros, ya que el deseo sexual por estímulos psíquicos u orgánicos aparece antes del juego precopulatorio.

Es necesaria la percepción sostenida de los estímulos producidos por los pensamientos eróticos y por el uso de las zonas erógenas para adquirir el grado de excitación necesaria para llegar al nivel del orgasmo (32).

#### b) Excitación.

La excitación se caracteriza por una vasodilatación general, siendo más notable, en los órganos pélvicos principalmente en los genitales. La vasodilatación trae como consecuencia

un mayor aporte sanguíneo a estos órganos sufriendo algunas modificaciones.

**Genitales masculinos.** En las primeras etapas de la excitación hay erección y aumento de volumen del pene al doble, así como su consistencia. La erección obedece a la injurgitación de los órganos eréctiles (cuerpos cavernoso y esponjoso) realizada gracias a la erección del parasimpático sobre las arterias, produciendo una dilatación que permite un aporte mayor de sangre que llena a presión las células de los órganos eréctiles; las venas disminuyen su luz e impiden o retardan el paso o retorno de la sangre del pene.

La duración de la excitación durante el coito depende de la eficiencia de los estímulos y de la habilidad para controlar su respuesta; además de la atención por parte de él.

La uretra aumenta su diámetro al doble o triple de su origen, al igual que su longitud. El glándula aumenta su volumen, principalmente la corona.

Las bolsas escrotales aumentan su espesor por congestión y contracción del dartos. Los testículos se elevan por contracción del cremáster y acortamiento del cordón espermático.

**Genitales femeninos.** La excitación sexual en la mujer obedece a los mismos estímulos que en el hombre, a diferencia de que en la mujer la respuesta es más lenta.

La primera respuesta que se presenta en la mujer es la lubricación de la vagina por abundante secreción, que se manifiesta entre 10 a 30 segundos después de iniciada la excitación. La lubricación es originada por el trasudado consecutivo a la vasodilatación de los plexos venosos que rodean a la vagina. Hay que recordar que la vagina no posee glándulas.

El clítoris aumenta el volumen a expensas del glande, ya que el cuerpo sólo en raras ocasiones se erecta. Su prepucio aumenta de espesor y longitud.

Los labios mayores se aplanan y se separan hacia los lados como respuesta a la excitación, asumiendo un carácter más plano, con alargamiento en sentido anteroposterior.

La piel de los labios tiene color rosa, cuyo tono se intensifica con la excitación y llega al rojo.

Los labios menores aumentan su tamaño y sobresalen con la vasocongestión, desde los labios mayores, y alargan funcionalmente la vagina. Las glándulas de Bartholin, secretan sólo escasa cantidad de moco consistente, al final de la excitación. Su función es modificar el pH de la vagina para hacerlo apropiado a la supervivencia de los espermatozoides.

Durante la excitación la vagina aumenta su longitud. El cuello y el útero tienen participación menos importante en la respuesta sexual de la mujer. el útero se agranda y se retrae hacia

arriba y atrás junto con la porción alta de la vagina (33).

Durante la fase de excitación, las mamas, área no genital, también participa en la excitación, las mamas se agrandan y el pezón queda erecto, por la congestión. La piel puede presentar hipotermia sobre todo en el epigastrio, extendiéndose al pecho, cuello, cara, vientre, muslos, brazos, región lumbar y glútea, si la excitación es muy intensa, puede haber espasmos de abdomen, glúteos y muslos. Y puede presentarse el reflejo carpopedal en la persona que está en posición supina; ya que la persona que está encima sólo realiza contracciones voluntarias y tiene menos oportunidad para contracciones reflejas.

### c) Orgasmo.

Se llama orgasmo al clímax de las sensaciones placenteras, que corresponde al momento en que la excitación llega a su máximo y se disipa bruscamente dando la sensación de una carga de tensión. En el hombre, el orgasmo va acompañado de la eyaculación.

La eyaculación es la expulsión de semen por la uretra. El vaciamiento de éste en la uretra se realiza gracias a la contracción de las paredes y los conductos de las vesículas y la próstata; con la relajación concomitante de sus esfínteres. Después el espermatozoide es expulsado de la uretra como consecuencia de la contracción de los músculos bulbocavernosos, isquiocavernosos, transversos superficiales y profundos del periné y los músculos de la pared uretral

(34).

El orgasmo de la mujer tiene las mismas sensaciones y contracciones perineales que el hombre, sin la expulsión de secreciones, como la eyaculación.

Al llegar al orgasmo, el tercio anterior de la vagina sufre contracciones espasmódicas; hay contracciones también uterinas que van del fondo al cuello. Poco después del orgasmo se ve una discreta dilatación del cuello uterino.

**d) Resolución.**

La resolución es la fase final de la respuesta sexual. Hay desaparición de los cambios en los genitales, y otros órganos. Los testículos desminuyen de tamaño y descienden inmediatamente. el pene se vuelve flácido. En la mujer el clitoris vuelve rápidamente a su posición original al igual que la vagina y los labios mayores y menores.

Algunos varones y mujeres sudan profundamente y tienen toda la superficie corporal cubierta por una capa delgada de sudor. Suele haber sensaciones de calma y de relajamiento.

Unas personas sienten cansancio y sueño, mientras que otras se sienten estimuladas y frescas.

#### D. ORIENTACION SEXUAL.

En los últimos 10 a 15 años, el tema de sexo ha surgido desde los días de la edad victoriana hacia la luz del día. Los adolescentes se enfrentan al problema de qué es lo que han de hacer con su sexualidad en sazón. Están biológicamente listos, en especial los muchachos, pero sólo lo están en ese aspecto (35).

Muchos factores afectan significativamente las actitudes sexuales del niño cuando comienzan a emerger, alterando su conducta: la forma como lo aman sus padres, la manera como lo acarician y cargan, el afecto o dureza con el que se manifiestan sus voces, el olor y aroma de sus cuerpos. Los progenitores, por tanto empiezan el entrenamiento sexual del lactante desde que nace y ellos son enseñados en forma inconsciente.

Las investigaciones científicas conforman que el ajuste sexual está relacionado con la educación sexual precisa, bien sincronizada, actualizada y presentada en forma congruente. Si los adolescentes de hoy son educados en forma adecuada, sus hijos estarán bien orientados sexualmente; pero desde el tiempo en que se implantaron las escuelas secundarias, la educación sexual ha sido un fantasma.

Antes se creía que la educación sexual había de procurarse en el hogar o quizá con un ministro religioso, o con autoridades de la salud. Las extrañas actitudes irracionales hacia el sexo provienen desde la creencia judeocristiana de que el sexo es la expresión del pecado original,

considerándolo pecado por las emociones eróticas, el placer individual como la masturbación, etc.; y en la creencia de que el sexo es sólo una actividad medio trascendente en la edad adulta.

Después se cayó que la masturbación era la principal causa de las enfermedades mentales, inmoralidad delincuencia. La literatura de finales de 1800 tomaba como un tema idílico y asexual este tipo de acciones, con la finalidad de proteger al niño de la sexualidad prematura.

Freud hizo ver que el comportamiento sexual infantil no sólo era un acto físico sino la estructuración del carácter y su personalidad; pero desafortunadamente por décadas la educación sexual consiste en la enseñanza de hechos específicos sin relacionarlos con la personalidad.

A los niños se les instrua sobre el crecimiento físico y de la reproducción y a los adolescentes, de una manera científica y sin trascendencia. Cuando se hablaba acerca de higiene, los temas eran prostitución y enfermedades venéreas, Se creía que la sexualidad era un tema privado a descubrir cada quién por sí sólo y que el adolescente no necesitaba preocuparse por el comportamiento sexual pre y extramatrimonial.

Hoy en pleno siglo XX hay más apertura a estos temas, no hay temor a las enfermedades venéreas o al embarazo ni por parte del individuo ni de la sociedad. Gran parte de la

educación sexual ocurre en los medios masivos. Los anuncios en las revistas y en la televisión hacen aparecer lo sexual como cebo; las tiras cómicas, las cubiertas de los libros y cuadernos, etc; convirtiendo el cuerpo prácticamente desnudo, a la mujer seductora o al hombre varonil, en motivos de atracción.

Actualmente los niños reciben la información distorsionada a través de las películas, donde aparecen matrimonios rotos, prostitución, amores ilícitos y adulterio como cosas de la vida diaria (36).

Hoy en día hay una preocupación social desmedida por la inadecuación e impropiedad de las leyes sobre el aborto, las ofensas y ofensores sexuales, la pornografía, la propagación de información sobre el control natal y medios anticonceptivos.

A menudo los progenitores suponen que si sus hijos no conocen el sexo, lo evitarán y consecuentemente llevarán vidas sexualmente puras, por ejemplo, con frecuencia los progenitores retendrán información sobre la anticoncepción y las enfermedades venéreas por completo o sólo explicarán los peligros y la vergüenza del embarazo ilegítimo y de los padecimientos venéreos, esperando que con ello sus hijos no se enfrascarán en el coito premarital (37).

Sin embargo, estudios han demostrado que el temor al embarazo y a las enfermedades

sexuales rara vez disuade a alguien de las relaciones sexuales. Muchas jóvenes por supuesto se embarazan por ignorancia sexual. Los adolescentes que no ingieren métodos anticonceptivos, por lo general, no insisten en que sus parejas lo hagan, ello a pesar de que tres cuartas partes de ellos, temen al embarazo.

De todos los argumentos contra la educación sexual en las escuelas, quizá el más válido se refiere a la calidad de los que la enseñan. Gran parte de los educadores no reciben una instrucción formal y toman fuentes no profesionales. Por vergüenza, muchas veces se enseña en forma mecánica y es de suma importancia para la captación y asimilación del contenido, las actitudes del educador hacia el educando.

Las nuevas normas sexuales requieren que el adolescente tenga bastante conocimiento acerca del sexo, para poder dirigir y encauzar sus impulsos de manera constructiva.

El que madure dependerá en parte de su capacidad para aceptar su funcionamiento sexual como algo que puede manejar (37).

Para disfrutarse, el sexo debe estar libre de culpa. Los programas de educación sexual son importantes vías para ayudar a la gente a aliviar sus sentimientos de culpa y angustia.

Estos programas, cuando están en manos de individuos capacitados y emocionalmente conscientes y se presentan cuidadosa y objetivamente, pueden ayudar a establecer actitudes y valores sanos. Estos programas tienen gran importancia ya que otras fuentes de información sexual son inadecuadas, incorrectas o llegan muy tarde (38).

### E. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

Hoy en día es muy clara la necesidad que hay de una mayor y mejor preparación de los jóvenes con respecto a su propia sexualidad. Es una verdad por demás evidente que si uno se espera hasta que el joven llega a la secundaria, casi cierto es que ya será demasiado tarde. Unas prueba de esta necesidad es el aumento constante de nacimientos ilegítimos (39).

Cuando la muchacha adolescente se ha casado y está lista psicológicamente para asumir las responsabilidades de formar una familia, sus actitudes hacia el embarazo probablemente serán positivas y de previsión. El embarazo sin matrimonio suele negar a la muchacha el acceso a las relaciones sociales que han dado sentido a su vida. Su cambio físico puede aislarla y dejarla en soledad (40).

La falta generalizada de precauciones anticonceptivas, aunada al aumento continuo en las relaciones sexuales premaritales entre los adolescentes, ha hecho que un millón de jovencitas entre los quince y los diecinueve años hayan sido embarazadas en un año; y más de la cuarta

parte de éstos termina en aborto inducido, un diez por ciento terminan en nacimientos maritales concebidos premaritalmente y más de un cincuenta por ciento termina como nacimientos extramaritales (41).

### 1. Causas del embarazo en la adolescencia.

Durante algunos años, las explicaciones que se han querido dar a los embarazos y partos ilegítimos en la adolescencia se ubican en ciertos rasgos de la personalidad. Antes de 1930, se centraba la explicación en deficiencia mental, inmoralidad y malas compañías. En 1930, se dió lugar a los factores ambientales y ecológicos; pobreza, hogares deshechos, etc. A finales de los treinta y en los cuarentas, la ilegitimidad se vió ya naturalmente.

Actualmente en estudios se ha descubierto que las principales razones para no utilizar anti-conceptivos, fueron que las adolescentes creían no poder embarazarse debido al clima, a la edad o al carácter eventual de las relaciones o porque no contaban con los anticonceptivos cuando los necesitaban.

El impulso sexual del adolescente emerge o aparece ante la influencia de múltiples estímulos ya sean internos o externos y no necesariamente eróticos. Así, actividades físicas como el ejercicio, o emociones como la irritabilidad, o la angustia, provoca una tensión que puede

transformarse en impulso sexual, llevándolo a afrontar diversos riesgos y entre ellos el embarazo (42).

Asimismo, la búsqueda de identidad sexual, la necesidad de aceptación por el grupo de compañeros y el desafío a la actividad como signo de independencia son aspectos característicos de la adolescencia que provocan embarazos. Para el hombre es un medio de reafirmación sexual, y en la mujer es una forma de sentirse "más mujer" o persona adulta. Para otras, es una demanda de atención y de cariño o medio para forzar a un matrimonio.

En zonas urbanas, el avance tecnológico, la introducción de la mujer al trabajo, la infinidad de información y la adopción de hábitos y comportamientos ajenos; generan nuevas necesidades y cambian la mentalidad, provocando distorsión de modelos en el adolescente y la necesidad de adultez.

En la población rural, donde la vida es menos compleja, la educación es más rígida y menos asediada que en las ciudades, pero aún así no escapan a los mensajes sexuales y a las costumbres de sus antecesores en cuanto a la aprobación de matrimonios entre adolescentes.

Desde muy temprana edad, a las adolescentes, se les inculcan las pautas de comportamiento sexual sumamente estrictas, lo que implica mantenerse castas hasta el momento del

matrimonio y asumir recato y pasividad sexual, que son considerados como valiosos atributos femeninos; pero por otra parte, si se trata de un ambiente urbano, las alienta a participación sexual. La insistencia sexual de su enamorado y los valores tradicionales que las presionan para casarse pronto e inmediatamente después de ser madre, son causas que predisponen a la adolescente para embarazarse (43).

Tenemos por último, que otra causa de embarazo en la adolescencia es la violación, siendo mayor de las veces víctima del padre o familiares, y en menor índice de desconocidos.

## 2. Consecuencias biológicas, psicológicas y sociales.

Claramente es sabido el peligro del embarazo en la adolescencia, en primer lugar por sus implicaciones biológicas, ya que la jovencita está en pleno desarrollo orgánico por lo que los órganos a pesar de ya estar en función, todavía no son capaces de equilibrar toda la serie de cambios que se tendrán durante la gravidez; se presentarían problemas en la madre como hipertensión, acentuación de problemas cardíacos o endócrinos, etc.; y para el producto, un nacimiento prematuro, disminución del crecimiento intrauterino o incluso abortos repetitivos.

Por otra parte, en cuanto a lo psicosocial, el embarazo precoz por lo general no es planeado,

ello aunado a la falta de oportunidades familiares, laborales y sociales provocan problemas de angustia, pérdida de la autoestima, pérdida del valor moral por ya no ser virgen hasta llegar al matrimonio; etc.

Al momento de que una adolescente descubre su embarazo se enfrentará al rechazo y litigio con sus padres, familia, amigos, compañeros, pareja y la sociedad en general. No sabe que actitud adoptar ante la ambivalencia de tener a su hijo y afrontar el rechazo o no tenerlo, siendo una parte de su propio cuerpo. Es entonces cuando la angustia, el miedo, la indecisión la invaden. Ella deberá adoptar una posición entre las diferentes maneras de pensar de sus padres, su pareja, la sociedad o sus deseos internos y sentimientos.

Por lo general pensará la adolescente optar por deslindar el problema a sus padres en la unión o el matrimonio, o criar ella sola a su hijo o interrumpir su embarazo por medio del aborto.

#### a) Madres solteras.

La sociedad ha implantado como único medio legal y moralmente bien visto para instituir una familia al matrimonio.

La madre soltera en la actualidad es algo muy común debido a la urbanización, la liberación

de la mujer, etc.

La definición de "madres solteras" se plantea de manera compleja; no obstante se puede explicar así: "toda mujer que no ha contraído vínculo matrimonial de tipo civil y religioso y tiene un hijo es una madre soltera, independientemente del tipo y estabilidad de su vínculo marital. Se incluyen así en esta categoría a las mujeres que conviven en unión libre estable, en unión libre sin convivencia permanente pero con obligatoriedad de fidelidad y sometimiento al padre de sus hijos, las uniones libres sucesivas y las mujeres que han estado sin el compañero de su embarazo (44).

La adolescente embarazada cursa por su primera angustia al saberse embarazada cuando no ha planeado este nacimiento y mucho menos cuando no es deseado; ella experimentará sentimientos de rechazo, independencia buscada, y la responsabilidad de que un nuevo ser depende de ella.

La adolescente frente al embarazo truncará sus deseos de casarse con la aprobación y buen agrado de sus padres y familiares, tal vez con situación económica asegurada, y la terminación de un nivel educativo de acuerdo a sus aspiraciones. De todo ello probablemente culpará a su pareja o a su hijo.

Aunque la adolescente, está madurando biológicamente, al embarazarse pierde todos sus derechos y cuando tiene que quedarse a vivir en el seno de su familia por la falta de apoyo de su pareja, la familia es la que decidirá su vida por haber defraudado la confianza de ellos. Los padres de la adolescente pueden adoptar uno de los dos roles; el primero, es un papel negativo e intransigente por ver sus ideales frustrados y, el segundo es que los abuelos el pretender proteger al nieto y a su hija cambian los roles erróneamente y adoptan la postura de padres y la madre de hermana.

Toda esta crisis no quiere decir que no hayan madres solteras que adopten el rol de padre y madre y satisfagan su maternidad con responsabilidad y amor.

#### b) Matrimonio o uniones entre adolescentes.

Cuando un adolescente se entera de que su pareja está embarazada, se manifiestan actitudes de miedo e indecisión, y la primera solución que emerge es el rompimiento con su pareja ya que también verá frustradas sus ideas de realizarse en su educación, y su vínculo social con amigos, y le asusta la idea de que mujer e hijo dependerán de él. Otros adolescentes reconocen su responsabilidad y por su creencia de madurez deciden trabajar y hacerse cargo de una familia.

Sus padres consideran que es la mejor solución para salvar el mal ver de la familia y la so-

ciudad. Normalmente la mayoría de los matrimonios de adolescentes embarazadas o jóvenes que han embarazado a sus parejas se realiza en forma presionada.

El matrimonio forzado tiene grandes probabilidades de terminar en separación, las parejas asumirán responsabilidades para las que no están preparadas tanto biológica, como psicológicamente y también económicamente.

Los adolescentes que son responsables de una familia aplazarán o abandonarán sus estudios, buscarán un círculo laboral, lo cual será muy difícil; y cerrarán ambos sus aspiraciones de diversión para tener obligaciones.

Todas estas situaciones si terminan o no en separación han de afectar al hijo, ya que él será el depositario de las frustraciones de su madre o de ambos padres.

El que los jóvenes puedan triunfar en la unión con su pareja dependerá no sólo de ellos, sino también de la familia y de la sociedad.

#### c) Aborto.

El aborto se puede definir como la terminación del embarazo antes de que el producto de la concepción sea viable, es decir, antes de que esté en condiciones de sobrevivir fuera del

útero; antes de las 20 semanas o cuando el producto pese menos de 500gr. (45).

Las mujeres desde hace mucho tiempo, han buscado el aborto como una solución del embarazo no deseado, independientemente de la aprobación o condena por parte de su medio cultural. Se ha calculado en todo el mundo que cada año las mujeres terminan por voluntad de 30 a 35 millones de embarazos (46).

Respecto a las características de las mujeres que se practican el aborto son jóvenes, solteras y sin hijos.

De acuerdo a la encuesta sobre Comportamiento Reproductivo de los jóvenes y adolescentes del Area Metropolitana de la Ciudad de México en 1988; se encontró que el 10% de los embarazos en las adolescentes terminó en aborto y el 20% del primer embarazo engendrado por los hombres culminó de la misma manera.

Las complicaciones más graves son biológicas ya que en México, el aborto es practicado ilegalmente provocando infecciones y hemorragias, y algunas veces culminando en histerec-tomía; también trayendo como consecuencias a futuro abortos repetitivos, prematuridad, embarazo ectópico, bajo peso al nacer, etc. La consecuencia más grave es la muerte de la mujer.

En las consecuencias psicológicas encontramos el sentimiento de soledad y frustración por una maternidad a la que tiene que renunciar, y por no haber tenido el apoyo de su pareja; además por no poder aparentar ante la sociedad. Para la mayoría de las mujeres, el aborto es un alivio, pero este sentimiento se convertirá después en sentimiento de culpa por quitarle la vida a un ser indefenso parte de ella.

Muchos datos indican que el aborto en la adolescente trae menos consecuencias emocionales y sociales, que el embarazo en las mismas. El aborto en sí, sigue siendo un grave problema biosocial de nuestro país y que influye en las grandes tasas de mortalidad materna.

#### F. METODOS ANTICONCEPTIVOS.

Como base en la prioridad nacional para establecer los programas necesarios para cumplir con el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que asienta "el derecho de decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos", y en base a ello, la Ley General de Población en su artículo 1, fracción 2a del artículo 3°, se indica "la finalidad de regular la dinámica de población para lograr que participe justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social y los programas se lleven a cabo en los servicios educativos y de salud pública con respecto absoluto de los derechos elementales del hombre preservando la dignidad de la fa-

milia".

Durante años se ha querido equilibrar los recursos disponibles y las necesidades humanas básicas, como son educación, empleo, alimentación, servicios sociales, capacitación y calidad moral de los individuos a través de la práctica de la Planificación Familiar; mejorando así la esfera de salud general y salud reproductiva de la pareja.

La Planificación Familiar previene los embarazos de alto riesgo, abortos y embarazos no deseados, todo ello a partir del uso de métodos anticonceptivos.

Los métodos anticonceptivos son aquellos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja en forma temporal o permanente (47).

La selección del método apropiado depende de varios factores: de las condiciones de salud del usuario, de una adecuada combinación entre ellos y el usuario, de las preferencias personales, de la aceptabilidad social o religiosa y de los recursos disponibles de cada localidad (48).

## 1. Clasificación de los métodos anticonceptivos.

Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en temporales y permanentes, y son los siguientes:

- Temporales:
- a) Hormonales orales.
  - b) Hormonales inyectables.
  - c) Hormonales subdérmicos.
  - d) Dispositivo intrauterino.
  - e) Barrera.
  - f) Naturales o de abstinencia periódica.
- Permanentes:
- a) Oclusión tubaria bilateral.
  - b) Vasectomía.

### 1.1. Métodos anticonceptivos temporales.

- a) Hormonales orales.

Los hormonales orales son un método temporal de regulación de la fertilidad.

Los anticonceptivos orales más frecuentes utilizados en la actualidad consisten en una combinación de un agente estrogénico y de un agente progestágeno. Un efecto muy importante es la prevención de la ovulación producida por supresión de la liberación de

factores hipotalámicos que, a su vez, conducen a una secreción inapropiada por la hipófisis de hormona foliculoestimulante y de hormona luteinizante. Otro de los efectos anticonceptivos es la alteración de la maduración del endometrio, con lo que no ocurre una buena implantación. El índice de fracaso es de menos de 1 de cada 100 mujeres por año de empleo (49).

- **Indicaciones:**

Los anticonceptivos orales están indicados para mujeres en edad fértil, nuligestas, nulíparas o multiparas, incluyendo adolescentes que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas o grageas en las siguientes circunstancias: antes del primer embarazo, en el intervalo intergenésico, en posaborto inmediato; o en el posparto, después de la tercera semana, si la mujer no está lactando (50).

- **Contraindicaciones:**

Son **contraindicaciones absolutas** la lactancia en los primeros seis meses posparto; en embarazo o sospecha de embarazo; padecer o haber padecido enfermedad tromboembólica, considerando entre ellas la trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica y reumática; padecer o haber padecido cáncer mamario o del cérvix, tener tumores hepáticos ya sea malignos o benignos y

padecer o haber padecido cáncer mamario o del cérvix, tener tumores hepáticos ya sea malignos o benignos y padecer enfermedad hepática aguda o crónica grave.

Son **contraindicaciones relativas** la diabetes no controlada, hipertensión arterial, lactancia, edad mayor de 35 años, fumadoras mayores de 40 años, hemorragia uterina anormal, insuficiencia renal y alteraciones de la coagulación.

**- Dosis y forma de administración:**

Los anticonceptivos orales deben iniciarse preferentemente dentro de los primeros cinco días del ciclo menstrual; pudiéndose iniciar en el sexto o séptimo día, en este caso deben usarse simultáneamente con un método de barrera durante los primeros siete días de la administración del método.

En la presentación de 21 tabletas o grageas, se ingiere una tableta diaria durante 21 días consecutivos, seguidos de 7 días de descanso sin medicación. Los ciclos subsecuentes deben iniciarse al concluir los 7 días de descanso del ciclo anterior.

En las presentaciones de 28 grageas se debe administrar una tableta diaria a intervalos no mayores de 24 horas, por espacio de 21 días ya que cada una de ellas contiene hormonas. Las ocho pastillas restantes se continúan tomando una diaria y ellas contienen hierro o

lactosa. Los ciclos siguientes se continuarán inmediatamente después de haber ingerido la última tableta de hierro o lactosa del ciclo anterior.

En caso de olvidar una tableta se le debe tomar en la mañana siguiente, sin suspender la correspondiente a ese día.

En caso de olvidar dos tabletas, se recomienda tomar dos tabletas diarias durante los dos días siguientes al olvidado y usar un método de barrera por el resto del ciclo.

Si se han dejado de tomar tres tabletas seguidas se recomienda suspenderlas, tomar un método de barrera al presentarse la menstruación, e iniciar un nuevo paquete al quinto día de sangrado.

**- Reacciones adversas:**

Entre las reacciones adversas que se pueden presentar están la cefalea, náusea, vómito, mareo, mastalgia, cloasma, manchado intermenstrual, cambios de peso y depresión. Esta sintomatología es transitoria y comúnmente se presenta en los primeros ciclos de uso.

Se debe suspender el método y ofrecer un cambio en caso de presentarse sospecha de embarazo, cefalea intensa, alteraciones visuales, disnea, ictericia, dolor torácico intenso o dolor de miembros inferiores (51).

#### b) Hormonales inyectables.

Estos son fármacos anticonceptivos de acción prolongada que ofrece las ventajas de espaciar su aplicación y por tanto mantener su confidencialidad. Los inyectables pueden ser combinados de estrógeno y progestina, o los que sólo contienen progestina. Este método puede brindar protección por 1, 2, 3, 6 meses o hasta un año según sea su presentación.

#### - Indicaciones.

Están indicados en mujeres en edad fértil, nuligestas, nulíparas o multíparas e incluyendo adolescentes que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción.

#### - Contraindicaciones:

Las contraindicaciones son las mismas que las mencionadas para los hormonales orales.

#### - Dosis y forma de administración:

Los anticonceptivos inyectables combinados se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea. La primera aplicación debe hacerse en cualesquiera de los primeros cinco días después de iniciada la menstruación. También puede aplicarse en cualquier tiempo siempre y cuando esté segura de no estar embarazada, además de usar un método de barrera dentro de los siete días subsiguientes a su aplicación. Las inyecciones subsiguientes deben aplicarse cada 30 +/- 3 días, independientemente de que exista menstruación o no.

En el posparto, cuando la mujer no está amamantando, la aplicación del hormonal combinado debe ser después de la tercera semana.

Después de un aborto se puede iniciar la administración del hormonal a las dos semanas.

Los anticonceptivos inyectables que sólo tienen progestina también se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea. La primera aplicación debe efectuarse en cualquiera de los primeros siete días después del inicio del ciclo menstrual.

Las inyecciones subsecuentes de Acetato de medroxiprogesterona deben aplicarse cada tres meses y las de Enantato de noretisterona cada dos meses.

En el posparto, cuando la mujer está lactando, la aplicación debe ser después de la sexta semana.

En el posaborto, la aplicación puede ser inmediata.

- Reacciones adversas:

Algunas mujeres pueden presentar aumento de peso, cambios en el patrón de sangrado

vaginal, incluyendo irregularidades en la duración del ciclo menstrual, sangrado intermenstrual y amenorrea; poco frecuente mastalgia, cefalea, dolor abdominal, ictericia por hepatitis (52).

**c) Hormonales subdérmicos:**

El método hormonal subdérmico es un método temporal, de acción prolongada, que se inserta subdérmicamente y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética y no contiene estrógeno, brindando protección hasta el 99% en el primer año de uso; y disminuyendo gradualmente al 96% al quinto año de su implante.

**- Indicaciones:**

Este método se indica a mujeres en edad fértil, nuligestas, nulíparas o multíparas e incluso adolescentes que deseen un método de acción larga y que no requiere de la toma o aplicación periódica.

Se indica antes del primer embarazo o en el intervalo intergenésico cuando los estrógenos están contraindicados.

También se puede usar en el posparto o poscesárea con o sin lactancia; o en el posaborto inmediato.

**- Contraindicaciones:**

Las contraindicaciones son en embarazo o sospecha de embarazo, tener o haber tenido cáncer mamario o de cérvix, tener o haber tenido tumores hepáticos malignos o benignos, y enfermedad aguda o crónica activa.

**- Dosis y forma de administración:**

Las cápsulas deben insertarse subdérmicamente en la cara interna del brazo de acuerdo a normas y técnicas quirúrgicas recomendadas para el método. Preferentemente debe insertarse durante los primeros siete días del ciclo menstrual o cualquier otro día siempre y cuando se tenga la certeza de no embarazo. En el posparto y poscesárea con lactancia debe insertarse después de la sexta semana.

La protección anticonceptiva dura hasta cinco años después de su inserción.

**- Reacciones adversas:**

Algunas mujeres pueden presentar hematoma en el área de aplicación, infección local, dermatosis, irregularidades menstruales (hemorragia, amenorrea o manchado por tiempo prolongado), cefalea o mastalgia (53).

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

d) Dispositivo Intrauterino.

El Dispositivo Intrauterino es un artefacto que se introduce en la cavidad uterina con fin anti-conceptivo y con caracter temporal.

Los dispositivos intrauterinos disponibles consisten en un cuerpo en forma de "T" de polietileno flexible y contienen un principio activo o coadyuvante de cobre o de cobre plata; y tienen además hilos guía para su localización.

- Indicaciones:

El DIU está indicado para mujeres en edad fértil, nuligestas, nullparas o múltiparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad (54).

- Contraindicaciones:

El DIU está contraindicado absolutamente en: anomalías de la cavidad uterina, hemorragia uterina anormal, endometritis y anexitis agudas, dismenorrea incapacitante, antecedentes de embarazo ectópico, miomatosis uterina, presencia de corioamnionitis, útero con histerometría menor de 6 cm, embarazo o sospecha de embarazo (55).

El DIU está contraindicado relativamente en estenosis cervical.

- Dosis y forma de administración:

El DIU debe colocarse en la cavidad uterina en los siguientes momentos:

- \* Período intergenésico: de preferencia durante la menstruación o en cualquier otro día del ciclo si se está seguro de no embarazo.
- \* Posplacenta: debe insertarse 10 minutos después de la salida de la placenta. Se puede re-realizar después de un parto o una cesárea.
- \* Prealta: se puede insertar después de la resolución de cualquier evento obstétrico.
- \* Posaborto: inmediatamente después del legrado.
- \* Puerperio tardío: entre la 4a y 6a semana posaborto, posparto y poscesárea.

- Reacciones adversas:

Algunos efectos se pueden presentar posteriormente a la aplicación del DIU principalmente durante los tres primeros meses; en ocasiones de severidad puede hacer necesario el retiro del método (55).

Las reacciones pueden ser hiperpolimenorrea, dolor pélvico, dispareunia.

e) Método de Barrera: condón o preservativo.

El condón o preservativo es una cubierta de hule o plástico que sirve como cubierta para el pene durante el coito y evita el depósito de semen en la vagina. El condón es eficaz y barato

pero su eficacia depende de su modo de uso. También previene de enfermedades sexualmente transmisibles.

**- Indicaciones:**

Se indica en relaciones sexuales esporádicas; en apoyo a otro método anticonceptivo e intolerancia a otros métodos de planificación familiar; así como apoyo durante las primeras 25 eyaculaciones, posteriores a la realización de la vasectomía.

**- Contraindicaciones:**

Sólo se contraindica en intolerancia al lubricante o al látex, disfunciones sexuales asociadas a la capacidad eréctil y en la incapacidad del hombre para el uso correcto del método.

**- Forma de uso:**

- \* Se debe usar el condón siempre que se practique el coito.
- \* No deben usarse condones en mal estado o caducados.
- \* Colocar el preservativo cuando el pene ya está en erección antes del coito.
- \* No estirar con fuerza el condón contra la punta del pene y desenrollar el condón hasta la base del pene.
- \* Si el condón llega a romperse, retirar el pene y colocarse otro condón.
- \* Después de eyacular y antes de que el pene pierda su erección retirarlo de la vagina.

- \* Desechar los condones usados y usar uno nuevo para cada relación.
- \* No usar aceites o vaselinas ya que se puede dañar el preservativo (57).

- Reacciones adversas:

Puede causar sólo hipersensibilidad en contados casos.

f) Método natural o del ritmo.

El método del ritmo se basa en la regularidad de la ovulación, considerablemente incierta como fundamento de la anticoncepción. También es conocido como abstinencia periódica. Su efectividad anticonceptiva es de 14 a 15 embarazos por 100 mujeres/año. El método del ritmo se basa en ciertas probabilidades fisiológicas.

- La ovulación se produce de 12 a 16 días antes del primer día del siguiente periodo menstrual.

- El tiempo de vida del óvulo es de 24 horas, y el del espermatozoide, de 48.

Si se han registrado cuidadosamente las fechas menstruales durante un periodo considerable de tiempo, es posible estimar la duración de los ciclos más largo y más corto, manteniendo abstinencia durante el periodo de tiempo en que puede tener lugar la ovulación y practicando el coito sólo durante las fechas "fisiológicamente estériles" (58).

Si los ciclos son regulares, a intervalos de 28 días, sólo será necesaria la abstinencia entre los días 10 y 17, y si la longitud del ciclo varía entre 25 y 32 días, el período de abstinencia se prolongará desde el día 7 hasta el 21, lo que para muchas parejas puede ser intolerable.

## 1.2. Métodos anticonceptivos permanentes.

### a) Oclusión tubaria bilateral.

La oclusión tubaria es un procedimiento quirúrgico que consiste en la ligadura y obstrucción, corte o sección de la luz de los oviductos, con objeto de impedir la unión del óvulo y el espermatozoide.

#### - Indicaciones:

La salpingoclasia u obturación tubaria bilateral está indicada bajo las siguientes condiciones: paridad satisfecha, riesgo reproductivo elevado, deficiencia mental, transmisión de padecimientos genéticos.

#### - Contraindicaciones:

La contraindicación es en presencia de enfermedad inflamatoria pélvica (59).

Contraindicación relativa: embarazo o sospecha de embarazo, discrasias sanguíneas no

controladas, anemia severa o grandes tumoraciones pélvicas.

- Reacciones adversas:

No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.

Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico (bloqueo epidural o anestesia general) o quirúrgico en cuyo caso puede haber hemorragia o infección.

b) Vasectomía.

La vasectomía es un procedimiento quirúrgico permanente que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes con el fin de evitar el paso de los espermatozoides.

- Indicaciones:

Este procedimiento está indicado para hombres en edad fértil que deseen un método permanente de anticoncepción en las siguientes condiciones: fecundidad satisfecha, razones médicas, deficiencia mental o transmisión de algunos padecimientos (60).

- Contraindicaciones:

La vasectomía está contraindicada en casos de criptorquidia, antecedentes de cirugía escrotal o testicular, historia de impotencia.

Las contraindicaciones relativas son: infección en el área operatoria, hidrocele, varicocele, filariasis, hernia inguino escrotal y enfermedades hemorrágicas.

**- Reacciones adversas:**

No se conocen efectos asociados directamente al método. Ocasionalmente se presentarán problemas asociados al procedimiento quirúrgico: equimosis, infección de herida quirúrgica, granuloma y hematoma.

### III. JUSTIFICACION.

El presente estudio tuvo como fin, identificar y analizar las causas por las cuales hay gran incidencia de embarazos en la adolescencia, ya que se han detectado por lo menos 3 adolescentes de cada 10 mujeres embarazadas en control prenatal, mediante la Estrategia de Extensión de Cobertura (E.E.C.) en las comunidades del módulo Lagunillas, es aquí donde se desprende la magnitud del problema debido a sus implicaciones en la salud física y mental de la madre como de su hijo.

En lo que a trascendencia se refiere, se tiene que el 60% de la población de las comunidades rurales dispersas de estos módulos, se encuentra en la etapa adolescente y que de ese 60%, el 80% asiste al nivel educativo primario por lo menos; y de ellos un 30% continua con su educación secundaria y 8 a 10% con el bachillerato; ésto de acuerdo con el censo de población escolar del municipio y el censo de población general de cada una de las comunidades. Consideramos por tanto, que este problema es vulnerable ya que puede ser incidido por medio de orientación sexual y conocimientos sobre métodos anticonceptivos desde al nivel primario para disminuir la frecuencia de embarazos en esta etapa.

## IV. OBJETIVOS.

- Determinar el grado de orientación sexual y el conocimiento sobre métodos anticonceptivos que poseen los individuos adolescentes de niveles educativos primario, secundario y bachillerato del módulo Lagunillas Michoacán.
- Distinguir la relación que existe entre el grado de orientación sexual y conocimientos sobre métodos anticonceptivos y la aparición de embarazos en la adolescencia entre los individuos escolares de ésta etapa.
- Plantear alternativas de solución en base a los resultados que se obtengan.

## V. HIPOTESIS.

El grado de orientación sexual y el conocimiento sobre métodos anticonceptivos del individuo adolescente escolar repercuten en la frecuencia del embarazo en esta etapa.

## VI. METODOLOGIA.

### 1. Campo de investigación.

**Universo de Trabajo:** Conformado por 439 escolares adolescentes de nivel primario, secundario y bachillerato.

**Grupo de Estudio:** 215 escolares adolescentes, equivalente a una muestra del 48.97% del universo.

**Espacio:** Instituciones educativas de nivel primario, secundario y bachillerato del módulo Lagunillas de la Jurisdicción Sanitaria No. 4 Pátzcuaro, Michoacán.

**Tiempo:** Desde el mes de abril al mes de septiembre de 1994 abarcando la elaboración, presentación y aprobación del proyecto de investigación, recolección y tabulación de datos, descripción, análisis y presentación del informe (ver anexo 1).

## 2. Tipo de Investigación.

En relación a objetivos, planteamiento del problema, variables investigadas, recursos e instrumentos utilizados, así como la metodología desarrollada, la investigación realizada es de tipo biomédico, transversal y descriptiva.

## 3. Selección de Métodos, Técnicas e Instrumentos de la Investigación.

La estructura del Marco Teórico se llevó a cabo por medio de investigación documental a través de material de anatomía y fisiología, enfermería, psicología, investigación estadística, metodología anticonceptiva y farmacología.

El Universo se constituyó por el total de adolescentes del módulo Lagunillas que asisten a las primarias, secundarias y bachillerato, mismo que corresponde a un total de 439 individuos.

Se tomó una muestra al azar por método de muestreo simple, tipo estratificado, procedente de las 10 primarias, 1 secundaria, 3 telesecundarias y 1 bachillerato, y el número total de casos de la muestra fue 215 adolescentes, que corresponde al 50%.

La técnica para la recolección de datos fue el cuestionario, el cual fue diseñado para identificar el nivel de conocimientos que posee el adolescente sobre sexualidad y metodología anticonceptiva, así como detectar la incidencia de embarazos durante esta etapa, para relacionarlos.

El instrumento de recolección constó de 27 preguntas divididas en cuatro secciones la primera con datos de identificación como edad, sexo, nivel y grado en que estudian, la segunda se refiere a su formación familiar, la tercera sección es de actitudes y prácticas en la que se recaba la función sexual que adopta cada uno de ellos, y por último, la cuarta parte en que se identifican sus conocimientos sobre métodos anticonceptivos (ver anexo 2).

En el levantamiento de la encuesta, para la cual se tuvo como recursos humanos a dos pasantes de la Lic. en Enfermería y Obstetricia, se llevó a cabo a través de un cronograma para fijar tiempos. El gasto de reproducción del instrumento de recolección fue aportado por la Jurisdicción Sanitaria No. 4 de Pátzcuaro, además de gastos de transporte proporcionados por el Centro de Salud Urbano Pátzcuaro.

Antes de la aplicación de la encuesta, se realizó una prueba piloto en el 10% del universo, dividido según la proporción de la población en cada nivel educativo. El fin de la prueba

piloto fue conocer la efectividad del instrumento, el cual se revisó y ajustó de acuerdo al resultado obtenido a la muestra seleccionada.

La aplicación de la encuesta se llevó a cabo del 18 de mayo al 18 de junio de 1994.

El instrumento para la recolección de la información de los casos del nivel primario fue aplicada por medio de entrevista, con objeto de evitar fugas de información y facilitar la comprensión al adolescente, éste fue aplicado a adolescentes desde 2° hasta 6° grado.

En el nivel secundario y bachillerato se entregó la encuesta para que fuera resuelta por ellos mismos, a adolescentes de 1°, 2° y 3er año.

Se realizó la revisión y codificación de datos de 215 cuestionarios siendo recuperados el 100% de ellos, correspondiendo a una muestra del 48.97% del universo.

Se elaboraron cuadros de frecuencias simples y con cruce de variables, procediéndose a la tabulación y al análisis de datos del 26 de junio al 11 de julio de 1994.

La tabulación y el análisis de datos, el cruce entre variables y la descripción de los hallazgos permitió la interpretación de los resultados con sus posibles alternativas y sugerencias al

fenómeno estudiado.

La etapa final consistió en la integración del informe como tesis recepcional con los elementos necesarios previamente revisados para que el lector se percate de todas las implicaciones del estudio.

## VII. DESCRIPCION DE RESULTADOS.

Los datos encontrados en relación a la edad y el sexo de los adolescentes fue que el 50% pertenecen tanto al sexo masculino como al femenino. En el sexo masculino, el 31% tienen 12 años, y los grupos de 13, 15 y 16 años poseen un porcentaje de 12.84 cada uno y un 2.83% tiene 18 años de edad.

Referente al sexo femenino en primer lugar tenemos un 37% para el grupo de 12 años, un 16% para las adolescentes de 15 años, entre el 11 y el 12% para los grupos de 18 años con 0.91% (ver anexo 3, cuadro 1).

Respecto a la relación que existe entre el sexo, nivel y grado de estudios, se detectó que del 15 al 22% tanto del sexo masculino como femenino cursan el sexto año del nivel primario, el segundo año de nivel secundario y el segundo de bachillerato y en cifras consecutivas se

encuentra el quinto de primaria con 7 y 9% para el sexo masculino y femenino respectivamente y, 10 y 11% de adolescentes en 1º de secundaria (cuadro 2).

Con respecto a la edad en que piensan contraer matrimonio un 39% piensan unirse de los 20 a los 24 años, mientras que un 29% no lo han pensado y un 14% muy significativo piensa hacerlo en edades menores a 20 años (cuadro 3).

Referente a la relación de la edad y el sexo del adolescente con la edad en que piensan contraer matrimonio se encontró que del 44 al 62% de escolares de 12 ó 14 años, más mujeres que hombres, piensan en contraer matrimonio de los 20 a los 24 años. En las edades de 15 a 18 años del 40 al 50% en ambos sexos no ha pensado en la edad para unirse y por último tenemos cifras en equitatividad para ambos sexos de 22.97% de adolescentes de 12 años que desean casarse antes de los 20 y el 9-13% del grupo de 13 a 16 años tienen la misma opinión (cuadro 4 y 5).

De acuerdo a la relación que existe entre el nivel de estudios y la edad en que piensan contraer matrimonio se detectó que del 40 al 48% tanto de nivel primaria como secundaria piensan casarse de los 20 a los 24 años, el 48% de los adolescentes de Bachillerato no han pensado en la edad para unirse con su pareja al igual que un 23-25% de escolares de primaria y secundaria. Los porcentajes un tanto irrelevantes pero significativos e importantes

para el estudio en cuanto a casarse antes de los 20 años son de 19% para el nivel primaria, 14% para secundaria y 6% para bachillerato (cuadro 6).

Resulta relevante haber detectado que el 32% de los adolescentes tanto de primaria, secundaria y bachillerato piensan que la edad óptima para que una mujer se embarace es antes de los 20 años, un 30% opinan que debe ser entre los 20 y los 24 años distribuidos de la misma manera en el nivel de estudios y por último el 28% respondió no saber la edad óptima para el embarazo del cual ocupan el mayor porcentaje los escolares de la primaria con un 35%, consecutivo a ellos el bachillerato con 24%, y en tercer lugar los adolescentes de secundaria con 22% (cuadro 7 y 8).

Los datos encontrados de acuerdo a la edad que el adolescente desea tener su primer hijo fueron que el 32% lo desean tener de los 20 a los 24 años, el 28% no lo han pensado y el 27% consideran que lo tendrán antes de los 20 años (cuadro 9).

En cuanto a la cantidad de hijos que desean tener se detectó que el 52% piensa en una familia de 1 a 4 hijos, que relacionado con el nivel de estudios, se observó que tienen los porcentajes mayores del 46-50% en primaria, secundaria y bachillerato, el 27% de los adolescentes que no lo han pensado pertenecen en su mayoría a la secundaria (40%), y ense- guida el bachillerato y la primaria con 29 y 16% respectivamente, en tanto que del 19% de

adolescentes que piensan tener de 5 hasta 9 hijos o los que nazcan, un grupo mayoritario pertenece a la primaria con 32%, posterior a él tenemos un 13% para el nivel secundario y un mínimo de 2% para el bachillerato (cuadro 10 y 11).

El conocimiento que tienen los adolescentes acerca del periodo intergenésico adecuado arrojó datos que señalaron que el 47% de los escolares consideran que debe haber de 2 a 4 años o más entre el nacimiento de un hijo y otro, teniendo esta opinión el 54% de la población de bachillerato, el 50% de la población de secundaria y el 41% de la primaria.

Entre los adolescentes que respondieron no saber (26% del total) obtuvo mayor porcentaje la población de secundaria (34%), seguido de primaria y bachillerato con 22% de cada una de las poblaciones por nivel. Un 19% consideró que el periodo intergenésico adecuado era de un año, teniendo en su mayoría opiniones de la primaria, seguidas del bachillerato y por último la secundaria con 26, 18 y 10% para cada nivel respectivamente (cuadro 12 y 13).

De manera general, se obtuvo que el 81% de los escolares desean tener pocos hijos refiriendo como motivos principales que los pueden mantener mejor además, de dedicarles más tiempo para su cuidado, y el 19% restante piensan en una familia numerosa atribuyéndole beneficios como ayuda en el trabajo doméstico, cuidado en la vejez, ayuda económica para el futuro, y algunos mencionando como razón que les gustan los niños (cuadro 14, 15 y 16).

Un área importante acerca de las fuentes de las cuales reciben o recibieron información

sobre cuestiones sexuales desprendió cifras importantes de que el 24% de los escolares han recibido orientación de sus maestros, un 17% no la ha recibido y el 12 al 13% la ha obtenido a partir de sus amigos o madre de familia, por parte de los medios de comunicación como son cine, radio, televisión, libros y revistas ocupó un 15%. Por otra parte las instituciones de salud abarcan un mínimo del 4% (cuadro 17).

En cuanto a conservar la virginidad de la mujer hasta el matrimonio los adolescentes piensan en un 62% que si se debe conservar, de los cuales la mayoría de las opiniones pertenecen a la población del nivel primario, 75%; le sigue el adolescente de secundaria con 53% y el 32% de bachillerato. Del 23% que piensan que no es necesario conservarla, en primer lugar tenemos con 46% al bachillerato, 16% de secundaria y 7% de primaria. Sólo un 13% que respondió no saber, un 30% es para el nivel secundaria, 22% para el bachillerato y 16% para la primaria (cuadro 18).

Respecto a las relaciones sexuales premaritales, un 67% respondió que deben ser evitadas en su mayoría asumiendo la posibilidad del embarazo (23%), porque se traicionaría la confianza de los padres (21%), por temor al contagio de alguna enfermedad (18%), por cuestiones morales (16%), siguiéndole un 15% motivos religiosos y un 6% mínimo porque sería mal visto por la sociedad. Por otro lado el 30% de los escolares considera que son correctas siempre y cuando exista amor y solo el 21% mencionaron son correctas aunque la pareja no

se ame (cuadro 19 y 20).

Siguiendo el tema de las relaciones sexuales se encontró que entre las razones a las que atribuyen el acto sexual predomina el 41% que le da únicamente la finalidad de tener hijos y el 25% lo consideran el logro de una íntima comunicación con la pareja, un 11% que sólo es para obtener placer y satisfacción propia, y el dar placer sexual a la pareja o procurar placer para ambos tienen porcentaje de 10% para cada uno (cuadro 21).

En la incidencia de relaciones sexuales se observó que un 10% de los adolescentes las ha llevado a cabo, de los cuales el 61% son hombres y el 39% mujeres, en relación con la edad, el 77% del sexo masculino las ha tenido de los 13 a los 15 años y el 23% de los 16 a los 18 años. Entre el sexo femenino corresponde un 50% para cada grupo de edades antes mencionadas. Referente a las consecuencias que han tenido las relaciones sexuales se presentó un 66% de embarazos, de los cuales entre 13 hombres que tuvieron relaciones sexuales sólo 5 no embarazaron a su pareja, y de 8 mujeres sólo 2 no quedaron embarazadas.

El provocar embarazo o embarazarse en su mayoría fue en edades de los 13 a los 15 años. Y la pareja con la que se llevó a cabo el acto sexual resultó ser en un 81% el novio(a) y el 19% restante con un amigo(a) (cuadros 22, 23, 24 y 25).

La idea que tiene el adolescente acerca de la posibilidad de embarazo es que en un 43% no saben respecto a esta consecuencia, el 29% respondieron que sí es posible que una mujer se embarace en su primera relación sexual, mientras que el 28% restante piensan que no es cierta esta posibilidad (cuadro 26).

Al anteponer al adolescente en la situación de embarazar o quedar embarazada el 40% de ellos optaría por casarse y tener al hijo, el 32% no sabría que hacer, el 16% lo tendría sin casarse y un 8% recurriría al aborto (cuadro 27).

Continuando con los acontecimientos acerca de embarazo, se les encuestó a los adolescentes en qué etapa del ciclo menstrual puede ocurrir éste y el 73% respondió no saber, el 55% opinó en la etapa de ovulación, el 9% durante la menstruación y el 5% en la etapa proliferativa (cuadro 28).

La recepción de información sobre Planificación Familiar por medios masivos como la radio y/o televisión han sido escuchados por el 81% de los escolares (cuadro 29).

La mayoría de los adolescentes encuestados (59%) no saben que son o para que sirven los métodos anticonceptivos, del cual el 96% de los escolares de primaria forman parte, además de un 40% de secundaria y un 18% de bachillerato.

Los escolares que tienen idea acerca de ello son un 32% al cual pertenecen un 64% del nivel bachillerato, un 48% del nivel secundaria y el 1% de primaria.

Acerca de tener el conocimiento cierto se encontró sólo un 9% dentro del cual está un 18% de la población de bachillerato un 12% de secundaria y 2% de primaria (cuadro 30 y 31).

Usualmente se puede no saber el significado o el fin de los métodos anticonceptivos y sin embargo si conocer algunos de ellos, en este caso se encuentra un 33% de población que conoce de 1 a 2 métodos como condones o pastillas, un 8% que conoce 3 o más teniendo entre ellos a otros como la inyección y las intervenciones quirúrgicas y por otro lado tenemos un 58% de escolares que no conocen método alguno de Planificación Familiar (cuadro 32).

Sobre metodología anticonceptiva se detectó que del 65 al 85% no saben nada acerca de la salpingoclasia y el método del ritmo que en relación con el nivel educativo se obtuvo que en la primaria del 5 al 6% de la población sólo conoce acerca del condón o preservativo, de secundaria del 34 al 37% conocen los métodos antes mencionados y sólo un 9% conoce el ritmo y por último en el nivel bachillerato un 66 a 72% saben acerca del preservativo y la salpingoclasia y un 48% referente al ritmo (cuadro 33 al 36).

## VIII. ANALISIS DE RESULTADOS.

El estudio fue realizado en cantidad proporcional en adolescentes escolares tanto del sexo masculino como femenino abarcando principalmente edades de 12, 13 y 15 años, aunque también se presentaron individuos hasta de 18 años. En relación al nivel de estudios la mayoría del grupo, se encuentran cursando el sexto año de primaria, y el segundo año de secundaria y bachillerato.

Para establecer una relación matrimonial los adolescentes en su mayoría lo desean a una edad de 20 a 24 años, más mujeres que hombres, tanto del nivel primario, secundario, como del bachillerato, ésta opinión es principalmente para el grupo de edades de 12 a 14 años.

La tendencia podría atribuirse a las experiencias tomadas por parte del escolar al ser miembro de una familia numerosa y vivir todas las carencias que esto conlleva. Otra explicación sería que en la actualidad la influencia educativa ha inferido en el estudiante para la formación de su futura familia.

Es importante mencionar que un 50% de adolescentes de 15 a 18 años, que se encuentran cursando secundaria y bachillerato, todavía no han pensado en el matrimonio, ello debido tal vez a la transición o punto cumbre de la búsqueda por su personalidad y el adolescente está

tomando decisiones entre distintos patrones y de ahí se desprende esa inestabilidad, por otro lado tenemos su lucha por la libertad e independencia que hace que el adolescente no se ponga a pensar sobre el inicio de la vida conyugal.

Entre los datos que alarman se detectó que 14% de los escolares piensan que el matrimonio debe realizarse antes de los 20 años, sobre todo en adolescentes del nivel primario y cifras muy por debajo de ellas en el bachillerato. Y para tener a su primer hijo el 27% lo desean antes de los 20 años, lo que nos indica que muchos de ellos comparados con su edad para establecer la relación conyugal, desean haber concebido antes de contraer matrimonio, es aquí donde se nos muestra que el adolescente no está orientado acerca de los grandes riesgos y problemas biopsicosociales que trae consigo la paternidad y maternidad temprana.

Acercas de la edad óptima para el embarazo se observó que la tercera parte de los adolescentes opinan que debe ser antes de los 20 años, otro grupo igual decidió que es entre los 20 y los 24 años y el resto respondió ignorar esta edad. Nuevamente aquí se pone de manifiesto que el escolar con esta ideología cae en riesgos biológicos, psicológicos, sociales y económicos entre otros. La idea de un embarazo antes de los 20 años tal vez es producto de las costumbres familiares que por generaciones se transmiten. Los padres de familia inculcan a sus hijos sobre el buen ver de la sociedad hacia los matrimonios jóvenes, además de ser conciliados por los propios tutores.

El tamaño de una familia es de suma importancia y lo es más en el medio rural, sobre todo en zonas de población dispersa donde la falta de medios de comunicación, vías de acceso, salud y educación provocan la persistencia de otras costumbres como lo es el tener una familia numerosa. Durante el estudio se detectó un grupo minoritario pero significativo de adolescentes que desean tener de 5 hasta 9 hijos o los que nazcan, opinión que es apoyada por una tercera parte de la población del nivel primario principalmente. Para ellos, el tener muchos hijos les trae un panorama a futuro de ayuda económica, doméstica y cuidado en la vejez. El adolescente no medita acerca de las implicaciones económicas, las necesidades de alimento, casa, comida, vestido, salud, y sobre todo educación. Ellos al igual que sus padres tienen pocas aspiraciones, entre las cuales están aprender a leer, escribir y realizar algunas cuentas, después, los hombres ayudarán a su padre en el campo, y las mujeres colaborarán en el hogar. De ellos es también la opinión de casarse pronto, ya que a su parecer, han cumplido con los ideales que para ellos tenían sus padres.

En el otro extremo tenemos al 80% de los escolares que desean tener pocos hijos y que tienen cierta conciencia del beneficio que esta decisión les trae. Opinan que les pueden mantener mejor y les dedicarán más tiempo a su cuidado. Una familia pequeña da la oportunidad a los hijos para crecer con más cariño, alimento, educación y salud. Lo que a estos adolescentes coloca en un grupo privilegiado que dará una orientación positiva a las

generaciones que de él dependerán.

El periodo intergenésico mínimo es de 2 años, se encontró que la mitad de los adolescentes tienen conocimiento cierto acerca de él, pero la otra mitad refirió cifras erróneas o respondió no saber y éste es el grupo que nos ocupa ya que implica un problema en la salud materno infantil provocando premadurez, hipotrofia y malformaciones congénitas, y en la madre ruptura uterina e hipotonía específicamente.

La orientación sobre cuestiones sexuales sólo la ha recibido un pequeño grupo de parte de sus profesores o por medio de los medios masivos de comunicación. Este tipo de fuente tiene cierto grado de confiabilidad debido a que no es impartida por personal capacitado a través de una instrucción formal. El adolescente a parte de captar información subjetiva en el ambiente escolar sólo toma del ambiente familiar evasión al tema porque los padres piensan que si no conocen de sexo, no lo practicarán. Sin embargo, la época de dudas surge, y es con los amigos(as) o la pareja donde se busca la solución a lo que se le ha planteado como tabú, o prohibido.

Lamentablemente la inaccesibilidad de las poblaciones dispersas, ya sea por situación geográfica, ideológica, costumbres, etc., han sido justificantes para que las Instituciones de Salud, que en su caso son la segunda fuente más adecuada para establecer este tipo de

programas no lo hayan hecho, ya que es en la primaria donde se debe iniciar por formar en el individuo una personalidad sexual responsable.

Referente a la actitud hacia las relaciones sexuales, el adolescente de bachillerato piensa que no es necesario conservar la virginidad ya que este acto es justificado, siempre y cuando exista amor. Esta tendencia es consecuencia del bombardeo psicológico hacia ellos, por medio de la televisión, se transmiten mensajes acerca de la juventud liberal o casos de relaciones ilícitas, que son imitados por ellos.

En primaria y secundaria, la opinión que predomina es mantener la virginidad hasta el matrimonio ya que hacen referencia a la posibilidad de embarazarse, traición a la confianza de los padres y la adquisición de enfermedades. Se considera que ésta población está fuertemente influenciada por la ideología familiar y no se sienten autosuficientes para tomar sus propias decisiones, además que en esta parte de la adolescencia (12-15) años no son tan curiosos, impulsivos ni rebeldes como al entrar al nivel medio superior.

En el ambiente rural, el adolescente ignora el aspecto sentimental del encuentro sexual con su pareja atribuyéndole únicamente el objetivo de tener familia.

Se observó un alto grado de ignorancia referente a la posibilidad de embarazo en el primer

encuentro sexual. De lo que se determina, que el hombre desconoce el inicio de la funcionalidad reproductiva de su sexo y del sexo opuesto, por otra parte la mujer se ve involucrada más que nada sentimentalmente sin tomar en cuenta el riesgo que conlleva una relación sexual.

Al tener como consecuencia un embarazo se opta por el matrimonio como reflejo de la ideología de sus familiares y la presión de la sociedad. Esta población rural en lo particular se distingue por determinar que una relación premarital y el embarazo los va a dirigir obligatoriamente a establecer una sociedad conyugal, y que es la única forma de conseguir a su pareja porque así pasó con sus padres, y con los padres de sus padres.

Hemos tratado los aspectos psicológicos del escolar, pero indagando la práctica sexual, una décima parte del grupo ya ha tenido contacto sexual sobre todo de los 13 a los 15 años teniendo como consecuencia en la mayoría de ellos al embarazo dándose más en mujeres que en hombres, lo cual sería explicado porque la mujer busca realizar su instinto maternal y asegurar un futuro debajo del lazo conyugal.

La otra explicación acerca de la tendencia de embarazos y desorientación en la capacidad y actitud reproductiva, la encontramos en el desconocimiento casi total sobre cambios fisiológicos, hormonales, y del momento en que está en auge el desarrollo de su sexualidad.

El conocimiento acerca de metodología anticonceptiva no solamente comprende el saber su finalidad, sino también su forma de uso y sus tipos y por lo cual se infiere que el adolescente escolar no ha sido orientado o ha recibido información incompleta y errónea referente al tema, lo cual, es la primordial explicación a toda la problemática encontrada en este estudio.

## IX. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

Por el análisis anterior se concluye que la orientación sexual es imprescindible desde que el individuo nace, las primeras cuestiones sexuales que adquieren se toman del núcleo familiar y la solución que se encuentra es formar al adolescente desde la primaria para que el cambie su ideología y por tanto la de su familia, así sucesivamente a través del tiempo.

Se sugiere la implementación de un programa de orientación sexual impartido por una Institución de Salud con personal capacitado y que forme a los docentes de nivel educativo primario, secundario y bachillerato en todo un grupo y de generación en generación escolar.

Será posible la transformación del modo de vida y la actitud sexual de nuestra población con tesón, esfuerzo y paciencia. Para tener un futuro con familias que posean vivienda, alimento, salud y educación dignos, traducidos en bienestar social.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.**

- 1) Tortora, J. Gerard. *Principios de anatomía y fisiología*, pág. 916.
- 2) Reith, J. Etward. *Texto básico de anatomía y fisiología para enfermeras*, pág. 437.
- 3) Tortora, J. Gerard. *Op. cit.*, pág. 919.
- 4) *Ibid.*, pág. 921-922.
- 5) Palacín, Juan Mari. *El cuerpo humano*, pág. G2.
- 6) Tortora, J. Gerard. *Op. cit.*, pág. 925.
- 7) *Ibid.*, pág. 928.
- 8) Reith, J. Etward. *Op. cit.*, pág. 445.
- 9) Reeder, J. Sharon. *Enfermería materno infantil*, pág. 17.
- 10) Tortora, J. Gerard. *Op. cit.*, pág. 932-933.

- 11) Pritchard, A. Jack. Williams, *Obstetricia*, pág. 35.
- 12) Berthea, C. Doris. *Enfermería Materno Infantil*, pág. 17.
- 13) Tortora, J. Gerard. *Op. cit.*, pág. 932-933.
- 14) Berthea, C. Doris. *Op. cit.*, pág. 17.
- 15) Tortora, J. Gerard. *Op. cit.*, pág. 935.
- 16) *Ibid.*, pág. 940-941.
- 17) Reeder, J. Sharon. *Op. cit.*, pág. 104.
- 18) S.S. Dirección General de Planificación Familiar, *Orientación sexual y planificación familiar en la adolescencia*, pág. 91.
- 19) Bee, L. Helen. *El desarrollo de la persona*. pág. 282.
- 20) S.S. Dirección General de Planificación Familiar, *Op. cit.*, pag. 68.

21) *Ibid.*, pág. 73.

22) Smith, W. David. *Las edades biológicas del hombre*, pág. 140.

23) Bee, L. Helen. *Op. cit.*, pág. 406.

24) S.S. Dirección General de Planificación Familiar, *Op. cit.*, pág.75.

25) Bee, L. Helen. *Op. cit.*, pág. 407.

26) *Ibid.*, pág. 921-922.

27) Smith, W. David. *Op. cit.*, pág. 158.

28) Bee, L. Helen. *Op. cit.*, pág. 571.

29) Reeder, J. Sharon. *Op. cit.*, pág. 128.

30) *Ibid.*, pág. 138.

- 31) Azcárraga, Gustavo. *Sexología básica*, pág. 31-32.
- 32) *Ibid.*, pág. 33.
- 33) Reeder, J. Sharon. *Op. cit.*, pág. 143.
- 34) Azcárraga, Gustavo. *Op. cit.*, pág. 42.
- 35) Mc Cary, Leslie James. *Sexualidad humana de Mc Cary*, pág. 3.
- 36) Grinder, E. Robert. *Adolescencia*, pág. 467.
- 37) Mc Cary, Leslie James. *Op. cit.*, pág. 5.
- 38) *Ibid.*, pág. 15.
- 39) Mckinney, Paul John. *Psicología del desarrollo. Edad adolescente*, pág. 69-70.
- 40) Grinder, E. Robert. *Op. cit.*, pág. 339.

- 41) Conger, John. *Adolescencia*, pág. 60-61.
- 42) S.S. Dirección General de Planificación Familiar, *Op. cit.*, pág. 145.
- 43) *Ibid.*, pág. 147.
- 44) *Ibid.*, pág. 175.
- 45) *Ibid.*, pág. 179.
- 46) Reeder, J. Sharon. *Op. cit.*, pág. 242.
- 47) Diario Oficial. *Norma oficial mexicana de los Servicios de Planificación Familiar*, pág. 23.
- 48) Aguilar, Estevez Juan Manuel. *Manual de Planificación Familiar*, pág. 2.
- 49) Pritchard, A. Jack. Williams, *Obstetricia*, pág. 788.
- 50) Diario Oficial. *Op. cit.*, pág. 23.

- 51) Secretaría de Salud. *Actualización de métodos anticonceptivos*, pág. 35.
- 52) Universidad Nacional Autónoma de México. *Vademécum académico de medicamentos*, pág. 627.
- 53) Diario Oficial. *Op. cit.*, pág. 31.
- 54) *Ibid.*, pág. 31.
- 55) S.S. Disco informativo. *Guta para la selección de métodos anticonceptivos de acuerdo a la edad y paridad*.
- 56) S.S. Dirección General de Planificación Familiar, *Op. cit.*, pág. 49.
- 57) *Ibid.*, pág. 58.
- 58) Niswander, R. Kenneth. *Manual de Obstetricia*, pág. 18.
- 59) S.S. Dirección General de Planificación Familiar, *Op. cit.*, pág. 34.
- 60) S.S. Dirección General de Planificación Familiar, *Op. cit.*, pág. 35.

## BIBLIOGRAFIA.

**ABERASTURY Armida.** *La adolescencia.* Editorial Paidós. México 1992. Pp. 163.

**AGUILAR Estevez, Juan Manuel.** *Manual de Planificación Familiar.* D.I.F., México  
1990. Pp. 32.

**AZCARRAGA, Gustavo.** *Sexología Básica.* 2a. edición. Editorial Prensa Médica Mexi-  
cana. México 1986. Pp. 318.

**BALSEIRO Almario, Carmen.** *Investigación en Enfermería.* Editorial Acuario. México  
1991. Pp. 225.

**BEE L., Helen.** *El Desarrollo de la Persona.* 2a.edición. Editorial Harla. México 1984. Pp.  
647.

**BETHEA C., Doris.** *Enfermería materno infantil.* 3a. edición. Editorial Interamericana.  
México 1984. Pp. 374.

**BURT J., John.** *Educación sexual.* 2a.edición. Editorial Interamericana. México 1980. Pp. 539

**COLEMAN J. C.** *Psicología de la adolescencia.* 2a. edición Editorial Morata. México

1985. Pp. 255.

**CONGER, John.** *Adolescencia.* Editorial Dimsa. México 1980. Pp. 128.

**DIARIO Oficial.** "*Norma oficial mexicana de los servicios de Planificación Familiar*", Directora: Lic. Pérez Miranda Ma. Guadalupe. Tomo CDLXXXII, No 16. México, D.F., 22 de Noviembre de 1993.

**DICCIONARIO Médico.** 3a. edición. Editorial Salvat. México 1990. Pp. 730.

**DICCIONARIO Ortográfico de la Lengua Española.** Editorial Ramón Sopena. S.A. Barcelona 1987. Pp. 522.

**ESCUELA Nacional de Enfermería y Obstetricia.** *Cuadernos de apoyo a la Investigación.* México, D.F. 1989. Pp 97.

**ESCUELA Nacional de Enfermería y Obstetricia.** *Programa Académico de Servicio Social.* México D.F. 1993. Pp. 164.

**FORROLL Turó, E.** *Anticoncepción.* 2a. edición. Editorial Salvat. Barcelona 1989. Pp. 233.

**GALLY, Esther.** *Sexualidad humana y planificación familiar.* 2a. edición. Editorial Pax.

México 1986. Pp. 189.

**GRINDER E., Robert.** *Adolescencia.* Editorial Limusa. México 1992. Pp. 579.

**L'GAMIZ Matuk, Arnulfo.** *Bioestadística.* Editorial Francisco Médez Cervantes. México

1990. Pp. 250.

**LESLIE McCary, James.** *Sexualidad humana de McCary.* 4a. edición. Editorial Manual

Moderno. México 1983. Pp. 393.

**LESHAN, Eda.** *Los adolescentes y la revolución sexual.* 2a. edición. editorial Pax. México

1986. Pp. 279.

**MCKINNEY Paul, John.** *Psicología del Desarrollo. Edad adolescente.* Editorial Manual

Moderno. México 1982. Pp. 266.

**MOSQUERA González, José Manuel.** *Farmacología para enfermeras.* Editorial Interame-

ricana-McGraw Hill. México 1988. Pp. 335.

**PICAZO Mitchel, Eduardo.** *Introducción a la Pediatría.* Editorial Médez Oteo. México

1981. Pp. 1016.

**PRITCHARD A., Jack.** *Williams Obstetricia.* 3a. edición. Editorial Salvat. México 1992.

Pp. 900.

**REEDER J. Sharon.** *Enfermería materno infantil.* 15a. edición. Editorial Harla. México

1983. Pp. 1157.

**REITH J. Etward.** *Texto básico de anatomía y fisiología para enfermeras.* 2a edición.

Editorial Doyma. España 1986. Pp. 493.

**RODRIGUEZ Carranza, Rodolfo.** *Vademécum Académico de Medicamentos.* U.N.A.M.

México 1984. Tomos I y II. Pp. 931.

**SAN Martín, Hernán.** *Salud y enfermedad.* 4a edición. Editorial prensa Médica Mexicana.

México 1988. Pp. 893.

**SANCHEZ Macedo, Arnulfo.** *Medicamentos disponibles en México para el tratamiento de*

*algunas enfermedades.* Escuela Nacional de Enfermería y obstetricia. México

1990. Pp. 104.

**SECRETARIA** de Salud. *Orientación sexual y planificación familiar en la adolescencia.*

Dirección General de Planificación Familiar. México 1990. Pp. 268.

**SECRETARIA** de Salud. *Actualización en Métodos Anticonceptivos.* D.G.P.F. México

1993. Pp. 93.

**SMITH W., David.** *Las edades biológicas del hombre.* Editorial Interamericana. México

1975. Pp. 210.

**TAMAYO Tamayo, Mario.** *El proceso de la investigación.* 2a. edición. editorial Limusa.

México 1993. Pp. 161.

**TANNER M., James.** *El crecimiento.* 2a. edición. Ediciones Culturales Internacionales.

México 1981. Pp. 132.

**TORTORA J., Gerard.** *Principios de Anatomía y Fisiología.* 5a. edición. Editorial Harla.

México 1989. Pp. 993.

## ANEXOS.

# ANEXO 1.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDAD	ABRIL 510152025	MAYO 510152025	JUNIO 510152025	JULIO 510152025	AGOSTO 510152025	SEPTIEMBRE 510152025
Elaboración del diseño de investigación, y aprobación.	//////////////// //////////////// ////////////////					
Investigación bibliográfica.		///////// ///////// /////////				
Recolección de datos.		///////// ///////// /////////	///////// ///////// /////////			
Análisis e interpretación de datos.				///////// ///////// ///////// ///////// /////////		
Estructuración y organización de informe final.					///////// ///////// /////////	///////// ///////// /////////
Exposición de resultados.						///////// ///////// /////////

# ANEXO 2.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

## ORIENTACION SEXUAL,

### CONOCIMIENTO SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS

### Y EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

**OBJETIVO:** Conocer el grado de conocimientos que tiene el adolescente escolar acerca de la sexualidad y la metodología anticonceptiva en el municipio de Lagunillas y Huiramba, Michoacán.

**INDICACIONES:** Lee cuidadosamente cada pregunta y marca con una X o contesta lo que consideres correcto. El cuestionario puede ser contestado por ti con plena confianza ya que no lleva tu nombre.

#### I. DATOS DE IDENTIFICACION.

1. Grado y nivel en que estudias.

( ) Primaria:                      ( ) 2° año.

3er año.

4° año.

5° año.

6° año.

Secundaria:  1er año.

2° año.

3er año.

Bachillerato \_\_\_\_\_ semestre.

2. ¿Cuántos años cumplidos tienes?

\_\_\_\_\_ años.

3. ¿Cuál es tu sexo?

Masculino  Femenino.

## II. FORMACION FAMILIAR.

4. ¿A qué edad te gustaría o te hubiera gustado casarte o unirte?

A los \_\_\_\_\_ años.

No pienso casarme.

No lo he pensado.

5. ¿Que edad consideras adecuada para que la mujer se embarace?

A los \_\_\_\_\_ años.  No sé.

6. ¿A que edad te gustaría o te hubiera gustado tener tu primer hijo?

A los \_\_\_\_\_ años.

No pienso tener hijos.

No sé.

7. Si piensas tener hijos, ¿cuántos te gustaría tener?

\_\_\_\_\_ hijo(s).

Todos lo que nazcan.

No lo he pensado.

8. ¿Cuánto tiempo consideras que debe haber entre el nacimiento de cada hijo?

1. Un año.

2. Dos años.

3. Tres años.

4. Cuatro años o más.

5. No importa el tiempo, cuando vengan.

6. No lo sé.

9. Si consideras que es conveniente tener muchos hijos, señala por qué.

(Puedes marcar varias respuestas).

1. Es ayuda económica para el futuro.

2. Ayudan en el trabajo doméstico.

3. Me pueden cuidar en la vejez.

4. Unen al matrimonio.

5. Me gustan los niños.

6. Me siento realizado(a).

10. Si consideras que es conveniente tener muchos hijos, señala por qué.

(Puedes marcar varias respuestas).

1. Puedo mantenerlos mejor.

2. Puedo dedicarles más tiempo.

3. Traen menos problemas.

### III. ACTITUDES Y PRACTICAS.

11. ¿La información que tienes sobre cuestiones sexuales, la has recibido principalmente

de: ( puedes marcar más de una respuesta).

Mi madre.

Amigos(as).

Mi padre.

Maestros(as).

Mis hermanos.

Médico.

Mi novio o esposo.

Libros.

Iglesia.

Revistas.

Cine, radio y T.V.

Instituciones de salud.

Otros.

De nadie.

12. La virginidad de la mujer ¿debe conservarse hasta el matrimonio?

Sí.                       No.                       No sé.

13. ¿Qué piensas de las relaciones sexuales antes del matrimonio?

- Deben ser evitadas.
- Son correctas si la pareja se ama.
- Son correctas aunque la pareja no se ame.

14. Si contestaste que deben ser evitadas, señala por qué.

(Puedes marcar varias respuestas).

- 1. Por cuestiones religiosas.
- 2. Porque se traicionaria la confianza de los padres.
- 3. Porque podría haber contagio de algunas enfermedades.
- 4. Porque hay posibilidades de embarazo.
- 5. Porque sería mal visto por la sociedad.
- 6. Porque se debe llegar al matrimonio sin tenerlas.

15. ¿Cuáles consideras que sea la finalidad o la razón de tener relaciones sexuales?

(Puedes marcar varias respuestas).

- 1. Dar placer y satisfacción sexual a la pareja.
- 2. Obtener placer y satisfacción sexual propia.
- 3. Obtener placer y satisfacción sexual para ambos.
- 4. Lograr una íntima comunicación con la pareja.
- 5. Tener hijos.

16. ¿A qué edad tuviste tu primer relación sexual?

A los \_\_\_\_\_ años.

( ) Nunca he tenido relaciones sexuales.

17. Si ya tuviste relaciones sexuales ¿embarazaste o quedaste embarazada?

( ) Sí.

( ) No.

18. Si ya tuviste relaciones sexuales ¿con quién las tuviste?

(Puedes marcar varias respuestas).

( ) 1. Con mi esposa(a).

( ) 2. Con mi novio(a).

( ) 3. Con un amigo(a).

( ) 4. Con una prostituta.

( ) 5. Otro.

19. ¿Crees que es posible que la mujer se embarace en su primera relación sexual?

( ) Sí.

( ) No.

( ) No sé.

20. Si llegaras a embarazarte o a embarazar a tu pareja, ¿qué harías?.

( ) 1. Casarnos y tener el hijo.

( ) 2. Tenerlo sin casarnos.

( ) 3. No tenerlo.

( ) 4. Abandonaría a mi compañero(a).

( ) 5. No sabría que hacer.

21. ¿En qué momento del ciclo menstrual puede haber embarazo?

( ) 1. En la etapa proliferativa.

( ) 2. En la ovulación.

( ) 3. En la menstruación.

( ) 4. No sé.

**IV. ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS.**

22. ¿Has escuchado en el radio y la televisión, mensajes sobre lo importante que es tener menos hijos?

( ) Si.

( ) No.

23. ¿Sabes que son los métodos anticonceptivos o para que sirven?

---

---

---

24. ¿Cuáles conoces?

---

---

---

25. El condón o preservativo se usa:

( ) 1. En varias relaciones sexuales.

2. Una sola vez.

3. No sé.

**26. La salpingoclasia o ligadura de trompas es:**

1. Un método anticonceptivo que sólo se usa antes de tener relaciones sexuales.

2. Una operación que se hace a la mujer cuando ya no quiere tener más hijos.

3. Un tratamiento para enfermedades sexuales.

**27. Para llevar a cabo el método del ritmo se necesita tomar en cuenta:**

La edad de la mujer.

Duración del sangrado menstrual.

No sé.

Fecha probable de ovulación.

# ANEXO 3.

CUADRO No. 1

Distribución que existe entre la edad y el sexo de los  
adolescentes escolares del módulo Lagunillas.

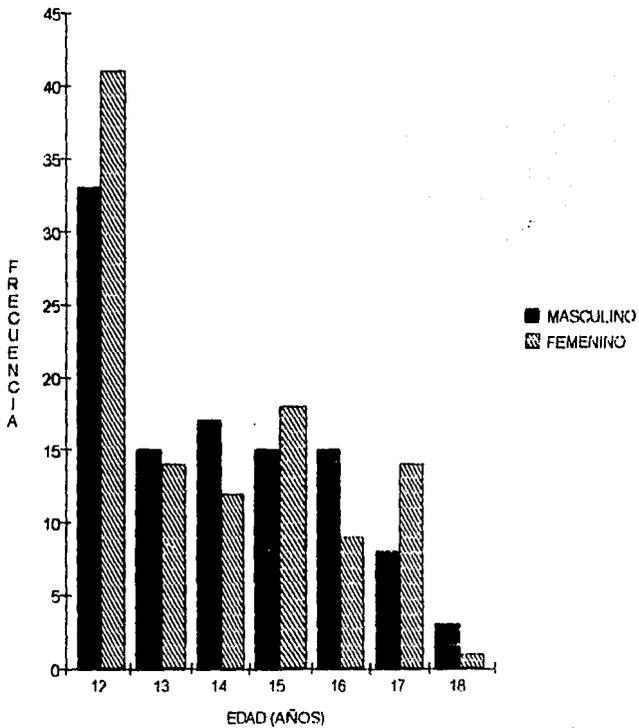
Mich. Mayo de 1994.

SEXO	MASCULINO		FEMENINO	
	Fo.	%	Fo.	%
12 años	33	31.15	41	37.65
13 años	15	14.15	14	12.84
14 años	17	16.03	12	11.00
15 años	15	14.15	18	16.51
16 años	15	14.15	9	8.25
17 años	8	7.54	14	12.84
18 años	3	2.83	1	0.91
Total	106	100.00	109	100.00

FUENTE: Encuesta aplicada a es-  
colares adolescentes del mó-  
dulo Lagunillas, Michoacán.

## GRAFICA N° 1

Distribución que existe entre la edad y el sexo de los  
adolescentes escolares del módulo Lagumillas.



FUENTE: Cuadro 1.

## CUADRO N° 2

Relación que existe entre el sexo, nivel y grado de estudios que se encuentran cursando los adolescentes del módulo de Lagunillas.

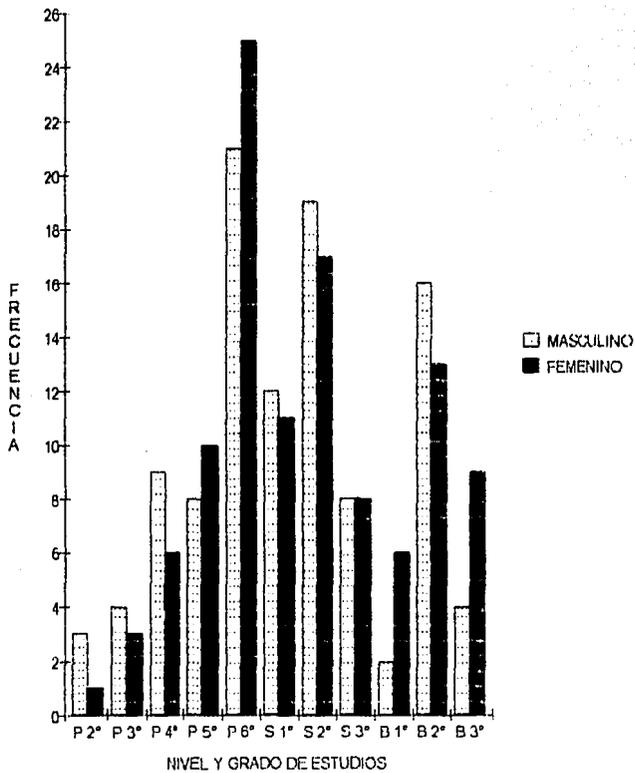
Mich., Mayo de 1994.

SEXO	MASCULINO		FEMENINO	
	Fo.	%	Fo.	%
Primaria	2°	3 2.83	1 0.91	
	3°	4 3.77	3 2.75	
	4°	9 8.49	6 5.50	
	5°	8 7.54	10 9.17	
	6°	21 19.85	25 22.99	
Secundaria	1°	12 11.32	11 10.09	
	2°	19 17.92	17 15.59	
	3°	8 7.54	8 7.33	
Bachillerato	1°	2 1.88	6 5.50	
	2°	16 15.09	13 11.92	
	3°	4 3.77	9 8.25	
TOTAL	106	100.00	109	100.00

FUENTE: Idem Cuadro N° 1.

## GRAFICA N° 2

Relación que existe entre el sexo, nivel y grado de estudios que se encuentran cursando los adolescentes del módulo de Lagunillas.



FUENTE: Cuadro N° 2.

### CUADRO N° 3

Distribución de la edad en que piensan contraer matrimonio los  
adolescentes escolares del módulo de Lagunillas.

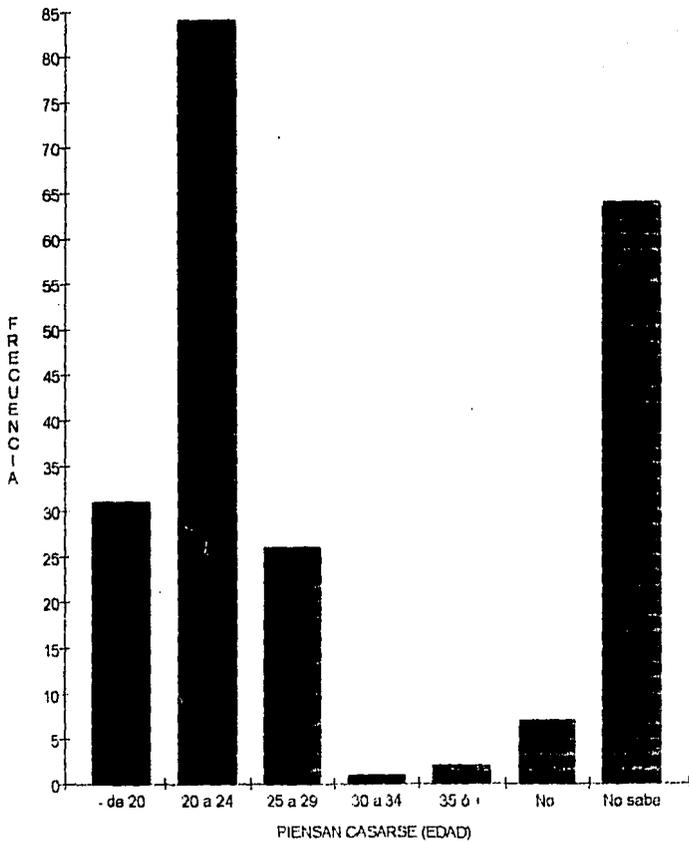
Mich., Mayo de 1994.

MATRIMONIO	Fo.	%
Antes de los 20 años	31	14.41
De los 20 a los 24 a.	84	39.10
De los 25 a los 29 a.	26	12.09
De los 30 a los 34 a.	1	0.46
A los 35 ó más años	2	0.93
No piensa casarse	7	3.25
No la han pensado	64	29.76
TOTAL	215	100.00

FUENTE: Idem Cuadro N° 1.

GRAFICA N° 3

Distribución de la edad en que piensan contraer matrimonio los  
adolescentes escolares del módulo de Lagunillas.



FUENTE: Cuadro 3.

CUADRO N° 4

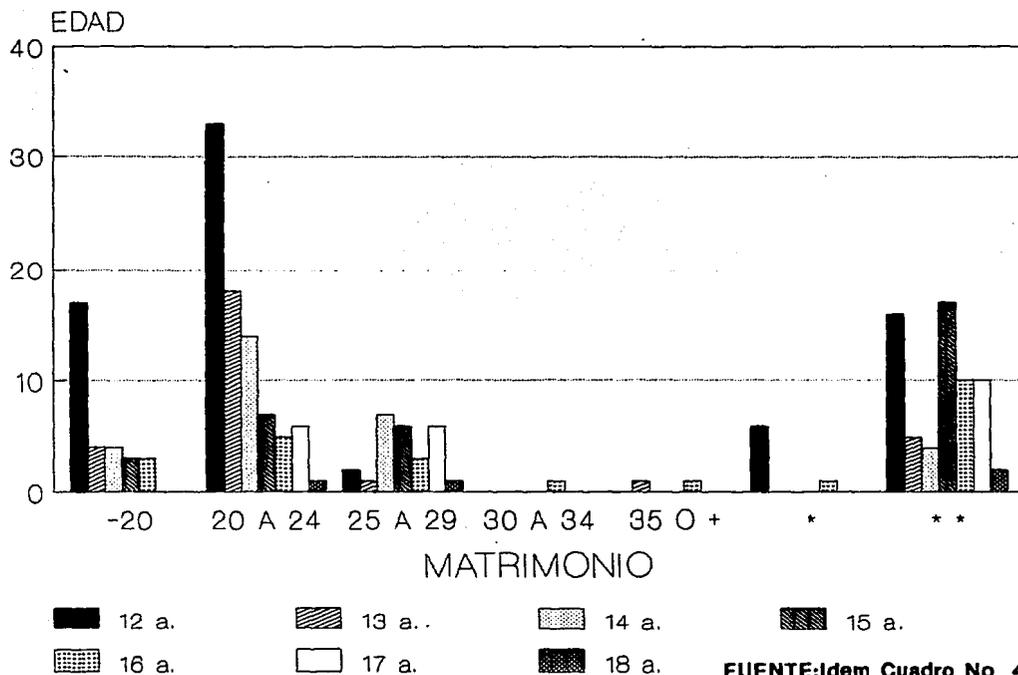
**Relación que existe entre la edad del adolescente y la edad en que piensan  
contraer matrimonio los escolares del módulo Lagunillas.**

Mich., Mayo de 1994.

Edad Matrimonio	12 años		13 años		14 años		15 años		16 años		17 años		18 años	
	Fo.	%	Fo.	%										
Menos de 20.	17	22.97	4	13.79	4	13.79	3	9.09	3	12.50				
De 20 a 24	33	44.61	18	62.09	14	48.29	7	21.21	5	20.83	6	27.27	1	25.00
De 25 a 29	2	2.70	1	3.44	7	24.13	6	18.18	3	12.50	6	27.27	1	25.00
De 30 a 34									1	4.16				
De 35 ó más			1	3.44					1	4.16				
No piensa casarse	6	8.10							1	4.16				
No lo ha pensado	16	21.62	5	17.24	4	13.79	17	51.52	10	41.69	10	45.46	2	50.00
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>	<b>29</b>	<b>100.00</b>	<b>29</b>	<b>100.00</b>	<b>33</b>	<b>100.00</b>	<b>24</b>	<b>100.00</b>	<b>22</b>	<b>100.00</b>	<b>4</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: Idem Cuadro N° 1.

## GRAFICA No. 4 MATRIMONIO Y EDAD DEL ADOLESCENTE



FUENTE: Idem Cuadro No. 4

(\*)NO PIENSA CASARSE.(+ \*)NO HA PENSADO.

**CUADRO N° 5**

**Relación que existe entre el sexo del adolescente y la edad en que piensa  
contraer matrimonio entre los escolares del módulo Lagunillas.**

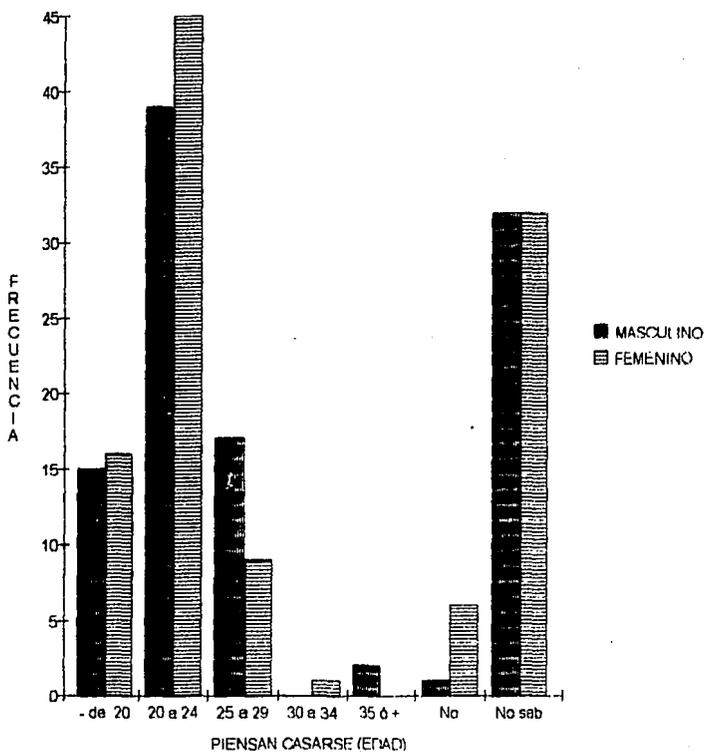
**Mich., Mayo de 1994.**

SEXO MATRIMONIO	MASCULINO		FEMENINO	
	Fo.	%	Fo.	%
Antes de los 20 años	15	14.15	16	14.67
De los 20 a los 24 a.	39	36.82	45	41.32
De los 25 a los 29 a.	17	16.03	9	8.25
De los 30 a los 34 a.			1	0.91
A los 35 ó más años	2	1.88		
No piensa casarse	1	0.94	6	5.50
No la han pensado	32	30.18	32	29.35
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>100.00</b>	<b>109</b>	<b>100.00</b>

**FUENTE: Idem Cuadro N° 1.**

**GRAFICA N° 5**

**Relación que existe entre el sexo del adolescente y la edad en que piensa  
contraer matrimonio entre los escolares del módulo Lagunillas.**



FUENTE: Cuadro N° 5.

CUADRO N° 6

Relación que existe entre el nivel de estudios y la edad a la que piensan  
contraer matrimonio los escolares adolescentes del módulo de Lagunillas.

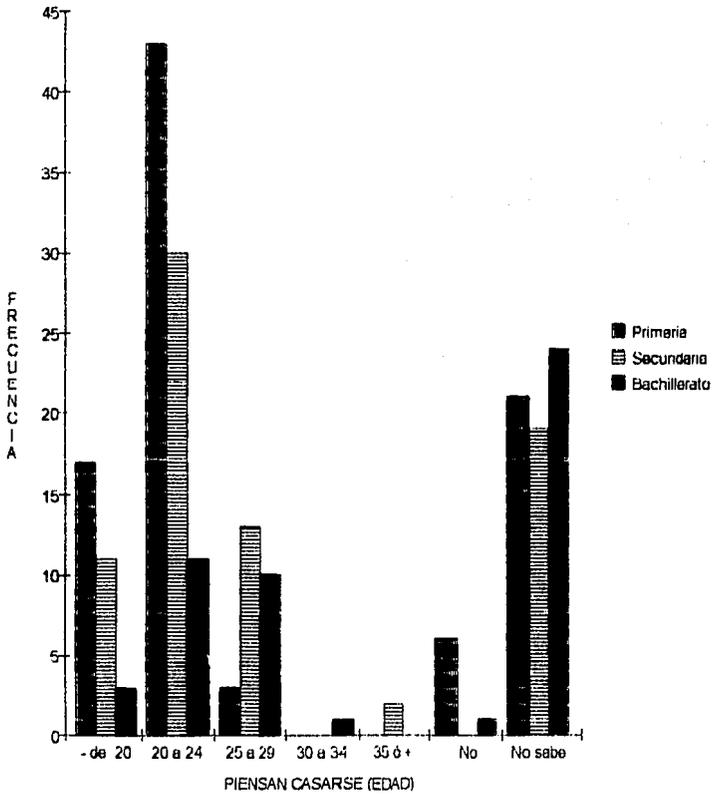
Mich., Mayo de 1994.

NIVEL DE ESTUDIOS MATRIMONIO	PRIMARIA		SECUNDARIA		BACHILLERATO	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Antes de los 20 a.	17	18.88	11	14.66	3	6.00
De los 20 a los 24 a.	43	47.80	30	40.00	11	22.00
De los 25 a los 29 a.	3	3.33	13	17.33	10	20.00
De los 30 a los 34 a.					1	2.00
A los 35 ó más a.			2	2.66		
No piensa casarse	6	6.66			1	2.00
No lo ha pensado	21	23.33	19	23.35	24	48.00
TOTAL	90	100.00	75	100.00	50	100.00

FUENTE: Idem Cuadro N° 1.

### GRAFICA N° 6

Relación que existe entre el nivel de estudios y la edad a la que piensan contraer matrimonio los escolares adolescentes del módulo de Lagunillas.



FUENTE: Cuadro N° 6.

CUADRO N° 7

**Distribución de la edad que se piensa adecuada u óptima para que la mujer  
se embarace entre los adolescentes escolares del módulo Lagunillas.**

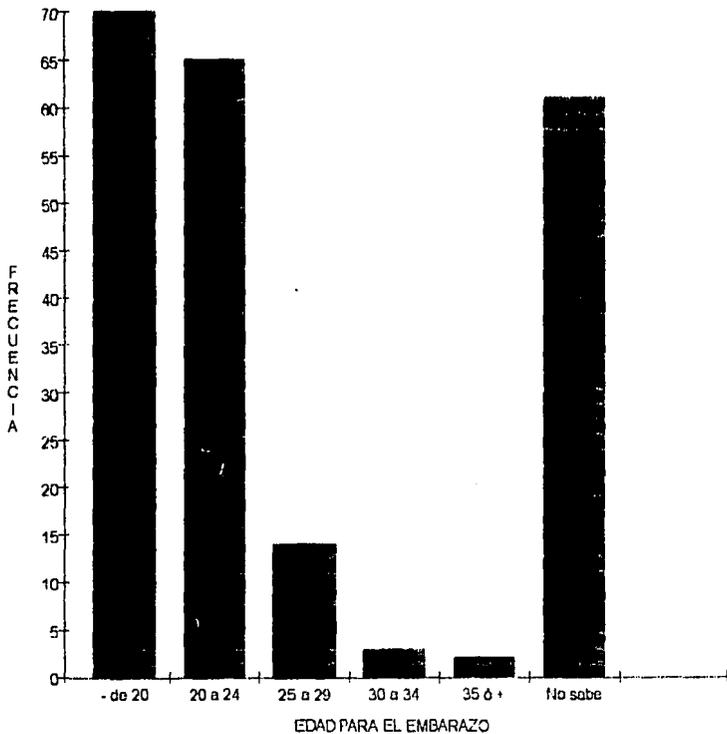
Mich., Mayo de 1994.

<b>MATRIMONIO</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
<b>Antes de los 20 a.</b>	70	32.57
<b>De los 20 a los 24 a.</b>	65	30.23
<b>De los 25 a los 29 a.</b>	14	6.51
<b>De los 30 a los 34 a.</b>	3	1.39
<b>A los 35 ó más a.</b>	2	0.93
<b>No sé</b>	61	28.37
<b>TOTAL</b>	215	100.00

**FUENTE: Idem Cuadro N° 1.**

GRAFICA N° 7

Distribución de la edad que se piensa adecuada u óptima para que la mujer  
se embarace entre los adolescentes escolares del módulo Lagunillas



FUENTE: Cuadro N° 7.

CUADRO N° 8

Relación que existe entre la edad que se piensa adecuada para el primer embarazo de la mujer y el nivel de estudios entre los escolares adolescentes del módulo de Lagunillas.

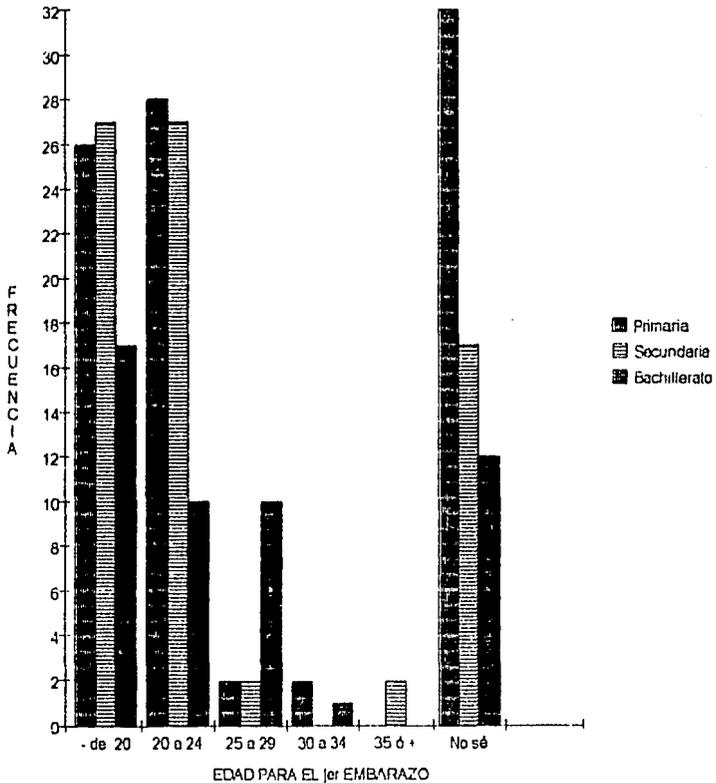
Mich., Mayo de 1994.

NIVEL DE ESTUDIOS EDAD PARA EL 1er EMBARAZO	PRIMARIA		SECUNDARIA		BACHILLERATO	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Antes de los 20 a.	26	28.88	27	36.00	17	34.00
De los 20 a los 24 a.	28	31.11	27	36.00	10	20.00
De los 25 a los 29 a.	2	2.22	2	2.66	10	20.00
De los 30 a los 34 a.	2	2.22			1	2.00
A los 35 ó más a.			2	2.66		
No sé	32	35.55	17	22.66	12	24.00
TOTAL	90	100.00	75	100.00	50	100.00

FUENTE: Idem Cuadro N° 1.

### GRAFICA N° 8

Relación que existe entre la edad que se piensa adecuada para el primer embarazo de la mujer y el nivel de estudios entre los escolares adolescentes del módulo de Lagunillas.



FUENTE: Cuadro N° 8.

CUADRO N° 9

Distribución de la edad que consideran apropiada para tener a su primer  
hijo los adolescentes escolares del módulo de Lagunillas.

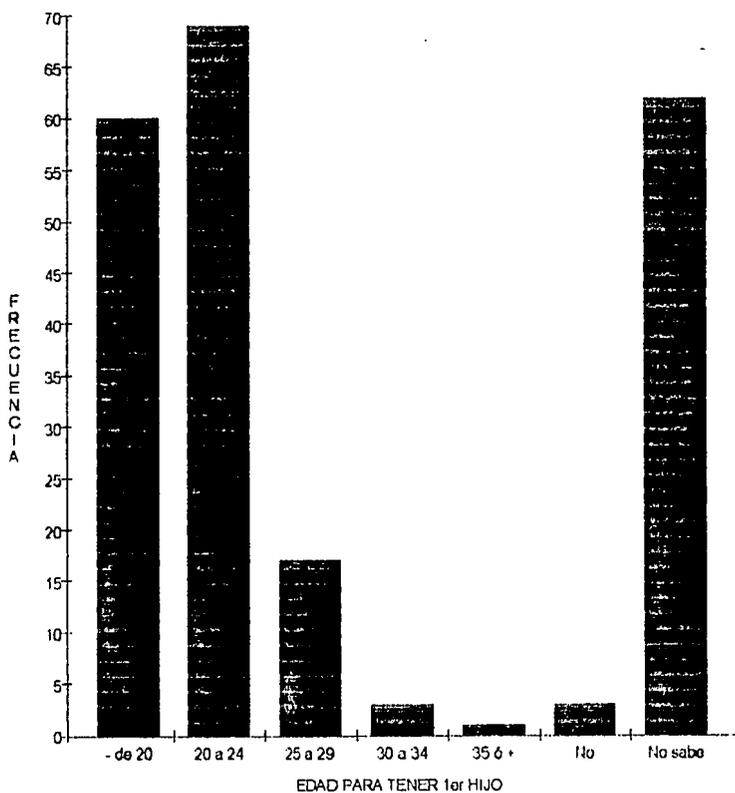
Mich., Mayo de 1994.

EDAD A LA QUE DESEAN TENER SU 1er HIJO	Fo.	%
Antes de los 20 a.	60	27.90
De los 20 a los 24 a.	69	32.13
De los 25 a los 29 a.	17	7.90
De los 30 a los 34 a.	3	1.39
A los 35 ó más a.	1	0.46
No quiere tener hijos	3	1.39
No lo ha pensado	62	28.83
<b>TOTAL</b>	<b>215</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: Idem Cuadro N° 1.

GRAFICA N° 9

Distribución de la edad que consideran apropiada para tener a su primer hijo los adolescentes escolares del módulo de Lagunillas.



FUENTE: Cuadro N° 9.

CUADRO N° 10

Distribución del número de hijos que desean tener los  
escolares adolescentes del módulo Lagunillas.

Mich., Mayo de 1994.

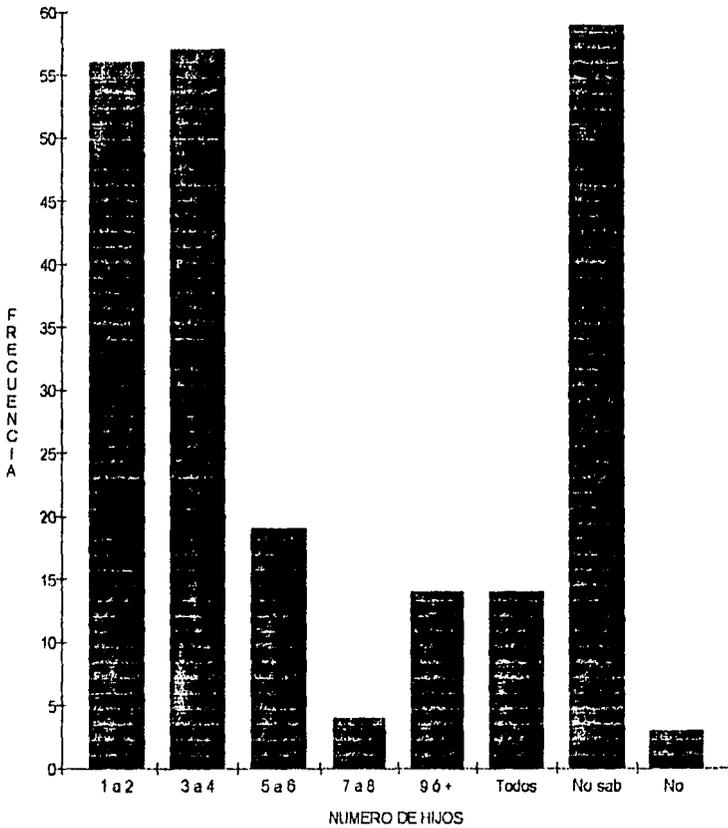
NUMERO DE HIJOS	Fo.	%
De 1 a 2 hijos	56	26.41
De 3 a 4 hijos	57	26.91
De 5 a 6 hijos	19	8.96
De 7 a 8 hijos	4	1.88
9 ó más hijos	14	6.60
Todos los que vengan	14	6.60
No lo he pensado	59	27.83
<b>TOTAL</b>	<b>212</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: Idem Cuadro N° 1.

NOTA: 3 individuos no desean  
tener hijos.

GRAFICA N° 10.

Distribución de la edad que consideran apropiada para tener a su primer hijo los adolescentes escolares del módulo de Lagunillas.



FUENTE: Cuadro N° 10.

CUADRO N° 11

Relación que existe entre el número de hijos que desean tener  
y el nivel de estudios entre los escolares  
adolescentes del módulo de Lagunillas.

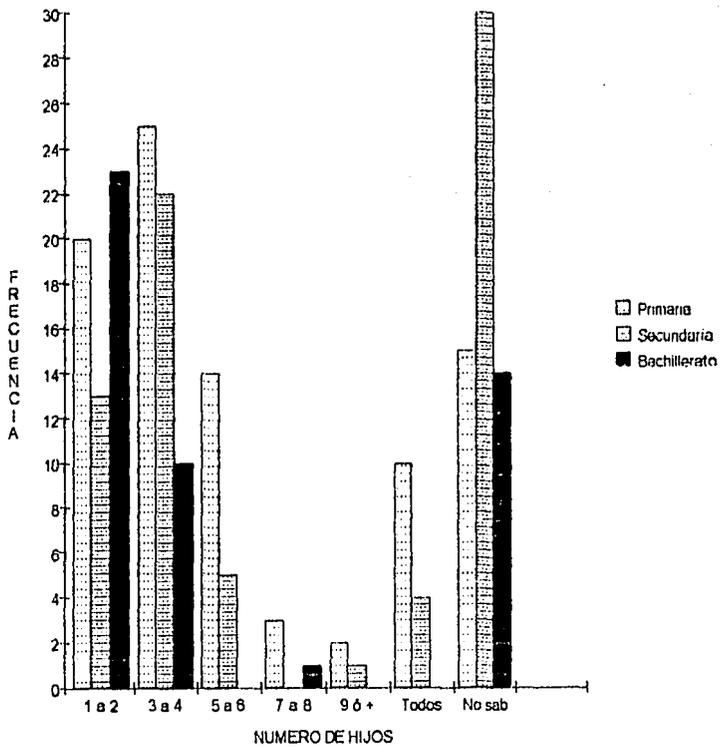
Mich., Mayo de 1994.

NIVEL DE ESTUDIOS NUMERO DE HIJOS	PRIMARIA		SECUNDARIA		BACHILLERATO	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
De 1 a 2 hijos	20	22.47	13	17.33	23	47.93
De 3 a 4 hijos	25	28.11	22	29.33	10	20.83
De 5 a 6 hijos	14	15.73	5	6.66		
De 7 a 8 hijos	3	3.37			1	2.08
9 ó más hijos	2	2.24	1	1.33		
Todos los que vengan	10	11.23	4	5.33		
No lo he pensado	15	16.85	30	40.02	14	29.16
TOTAL	90	100.00	75	100.00	50	100.00

FUENTE: Idem Cuadro N° 1.

# GRAFICA N° 11

Relación que existe entre el número de hijos que desean tener  
y el nivel de estudios entre los escolares  
adolescentes del módulo de Lagunillas.



FUENTE: Cuadro N° 11.

CUADRO N° 12

Distribución del periodo intergenésico que consideran adecuado  
los escolares del módulo de Lagunillas.

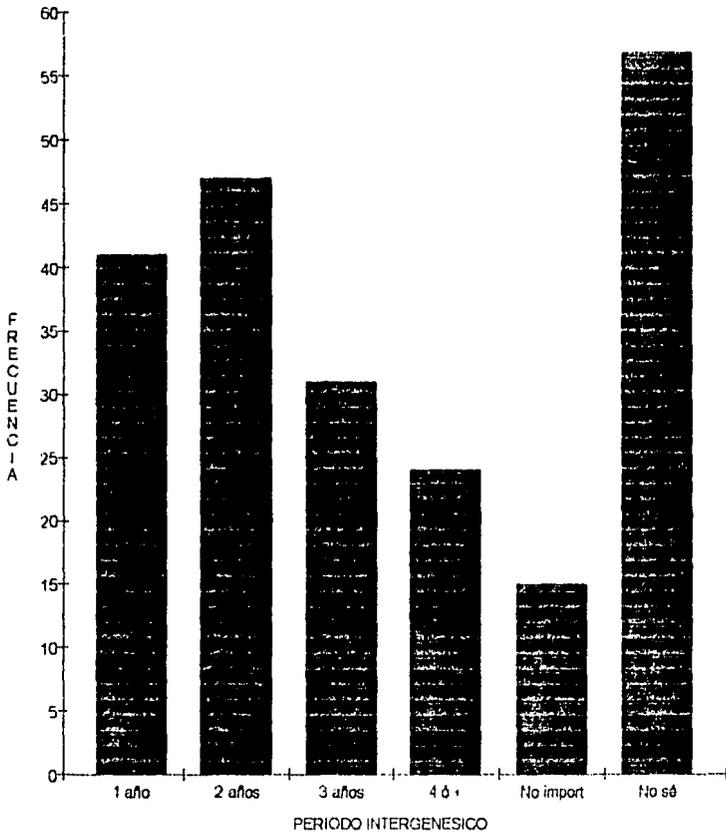
Mich., Mayo de 1994.

PERIODO INTERGENESICO	Fo.	%
De 1 año	41	19.06
De 2 años	47	21.86
De 3 años	31	14.41
De 4 ó más	24	11.16
No importa el tiempo	15	6.97
No lo sé	57	26.54
<b>TOTAL</b>	<b>215</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: Idem Cuadro N° 1

GRAFICA N° 12

Distribución del periodo intergenésico que consideran adecuado  
los escolares del módulo de Lagunillas.



FUENTE: Cuadro N° 12.

CUADRO N° 13

Relación que existe entre el periodo intergenésico que consideran  
adecuado y el nivel de estudios entre los escolares  
adolescentes del módulo de Lagunillas.

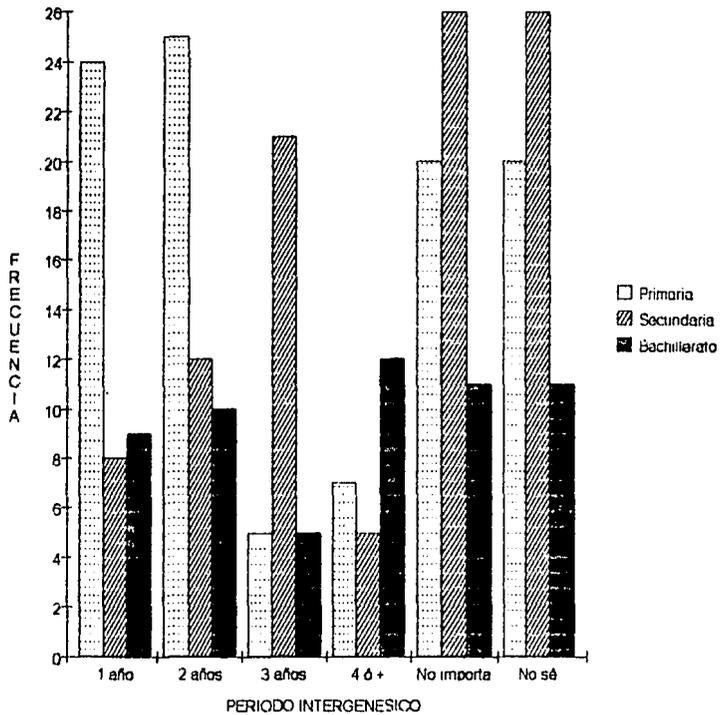
Mich., Mayo de 1994.

NIVEL DE ESTUDIOS PERIODO INTERGENESICO	PRIMARIA		SECUNDARIA		BACHILLERATO	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
De 1 año	24	26.66	8	10.66	9	18.00
De 2 años	25	27.80	12	16.00	10	20.00
De 3 años	5	5.55	21	28.00	5	10.00
De 4 ó más	7	7.77	5	6.66	12	24.00
No importa el tiempo	20	22.22	26	34.68	11	22.00
No lo sé	20	22.22	26	34.68	11	22.00
TOTAL	90	100.00	75	100.00	50	100.00

FUENTE: Idem Cuadro N° 1.

**GRAFICA N° 13**

**Relación que existe entre el periodo intergenésico que consideran adecuado y el nivel de estudios entre los escolares adolescentes del módulo de Lagunillas.**



FUENTE: Cuadro N° 13.

CUADRO N° 14.

Relación que existe entre el nivel educativo y la cantidad de hijos  
que desean tener los escolares adolescentes del módulo de Lagunillas.

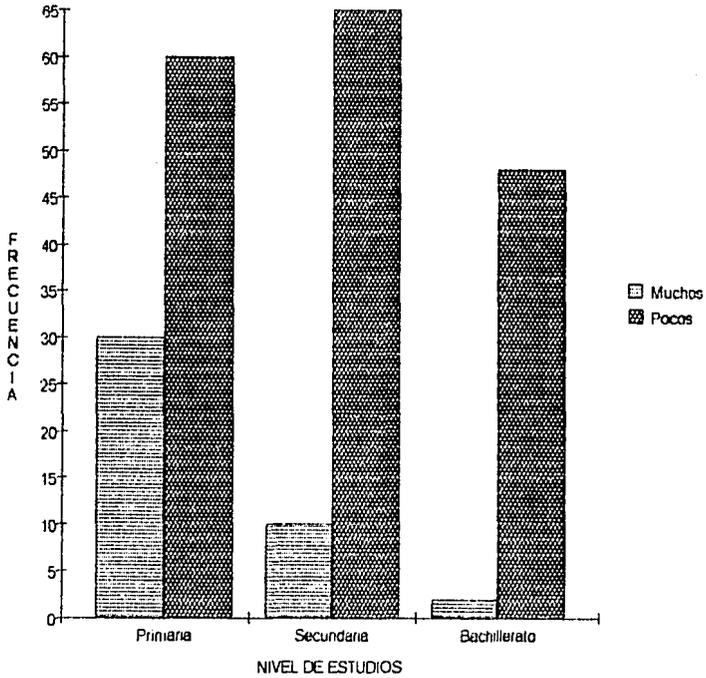
Mich., Mayo de 1994.

Cantidad de Hijos	Muchos Hijos		Pocos Hijos	
	Fo.	%	Fo.	%
Nivel de Estudios				
PRIMARIA	30	71.44	60	34.68
SECUNDARIA	10	23.38	65	37.58
BACHILLERATO	2	4.76	48	27.74
TOTAL	42	100.00	173	100.00

FUENTE: Idem Cuadro N°1.

### GRAFICA N° 14

Relación que existe entre el nivel educativo y la cantidad de hijos que desean tener los escolares adolescentes del módulo de Lagunillas.



FUENTE: Cuadro N° 14.

### CUADRO N° 15

Razones que exponen para tener muchos hijos los escolares  
adolescentes del módulo de Lagunillas.

Mich., Mayo de 1994.

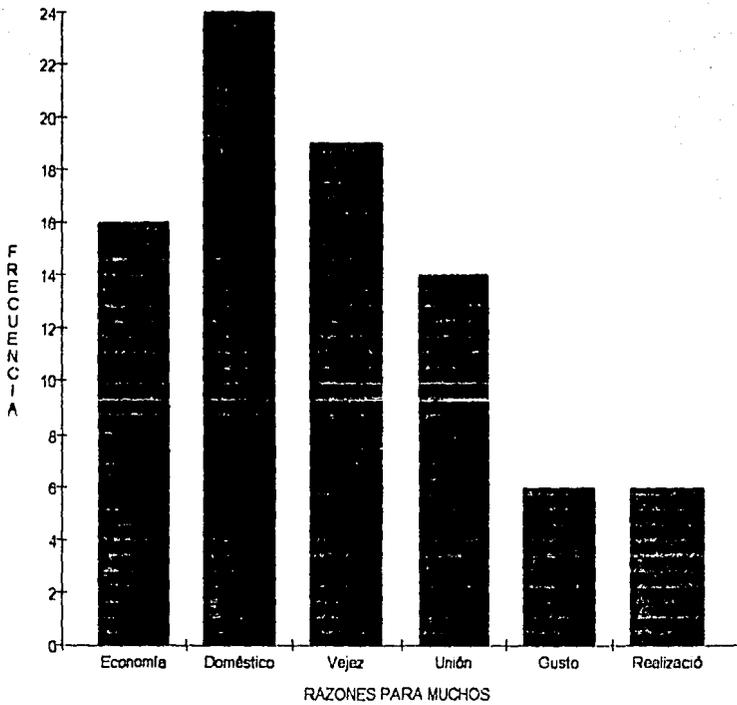
RAZONES	Fo.	%
Son una ayuda económica para el futuro.	16	18.18
Ayudan en el trabajo doméstico.	24	27.30
Me pueden cuidar en la vejez.	19	21.59
Unen al matrimonio	14	15.90
Me gustan los niños.	6	6.81
Me siento realizado.	6	6.81
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: Idem Cuadro N° 1.

Nota: El total no corresponde con la muestra ya que el adolescente expone más de una razón.

GRAFICA Nº 15

Razones que exponen para tener muchos hijos los escolares  
adolescentes del módulo de Lagunillas.



FUENTE: Cuadro Nº 15.

CUADRO N° 16

Distribución de razones que exponen para tener pocos hijos  
los escolares adolescentes del módulo de Lagunillas.

Mich., Mayo de 1994.

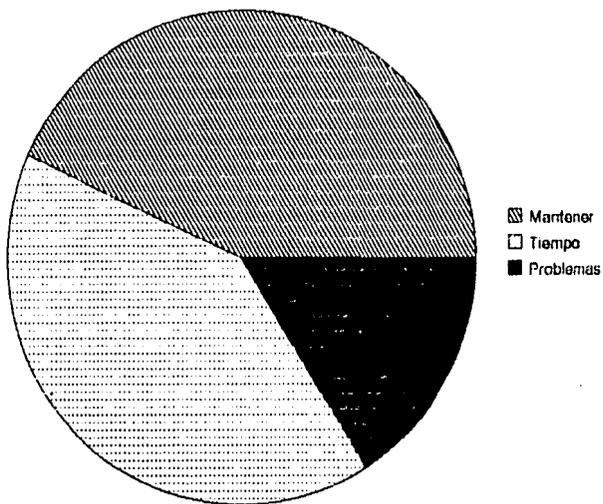
RAZONES PARA TENER POCOS HIJOS	Fo.	%
Puedo mantenerlos mejor.	125	43.12
Puedo dedicarles más tiempo.	118	40.68
Traen menos problemas.	47	16.20
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: Idem Cuadro N° 1.

NOTA: El total no corresponde con la muestra ya que  
el adolescente expone más de una razón.

GRAFICA N° 16

Distribución de razones que exponen para tener pocos hijos  
los escolares adolescentes del módulo de Lagunillas.



FUENTE: Cuadro N° 16.

CUADRO N° 17

Distribución de las fuentes de información sobre cuestiones sexuales con las que han tenido contacto los escolares adolescentes del módulo de Lagumillas.

Mich., Mayo de 1994.

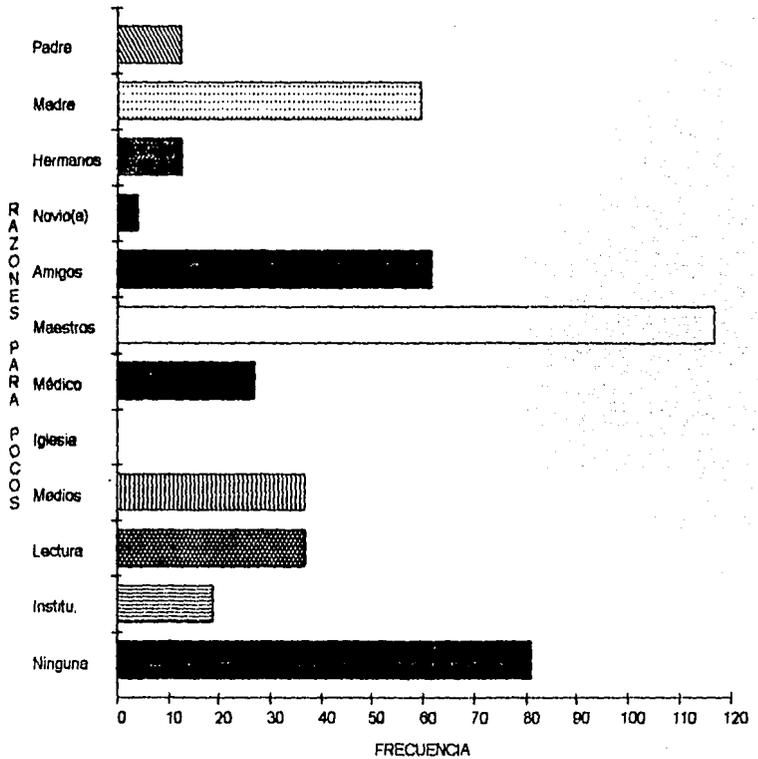
FUENTES DE INFORMACION	Fo.	%
Mi padre	13	2.76
Mi madre	60	12.76
Hermanos(as)	13	2.76
Novio(a)	4	0.85
Amigos	62	13.19
Maestros	117	24.93
Médico	27	5.74
Iglesia	0	0.00
Cine, radio, televisión	37	7.87
Libros y revistas	37	7.87
Instituciones de salud	19	4.04
De nadie ha recibido información	81	17.23
TOTAL	470	100.00

FUENTE: Idem Cuadro N°1.

Nota: El total no corresponde con la muestra ya que el adolescente expone más de una fuente

GRAFICA N° 17

Distribución de las fuentes de información sobre cuestiones sexuales con las que han tenido contacto los escolares adolescentes del módulo de Lagunillas.



FUENTE: Cuadro N° 17.

CUADRO N° 18

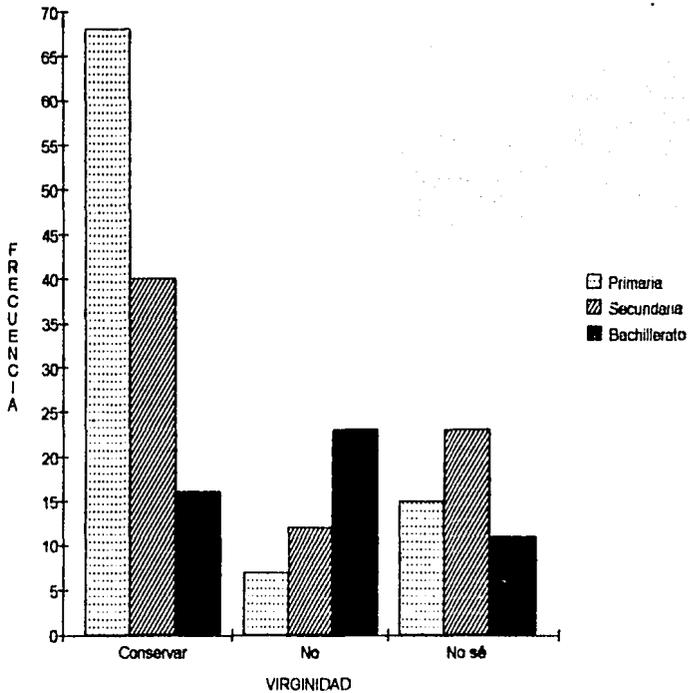
Relación entre el nivel educativo y la forma de pensar que expone el  
adolescente escolar acerca de conservar o no la virginidad de la  
mujer hasta el matrimonio, en el módulo de Lagunillas.

NIVEL DE ESTUDIOS VIRGINIDAD	PRIMARIA		SECUNDARIA		BACHILLERATO	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Si debe conservarse hasta el matrimonio.	68	75.57	40	53.34	16	32.00
No debe conservarse hasta el matrimonio.	7	7.77	12	16.00	23	46.00
No sé	15	16.66	23	30.66	11	22.00
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>100.00</b>	<b>75</b>	<b>100.00</b>	<b>50</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: Idem Cuadro N° 1.

GRAFICA N° 18

Relación entre el nivel educativo y la forma de pensar que expone el adolescente escolar acerca de conservar o no la virginidad de la mujer hasta el matrimonio, en el módulo de Lagunillas.



FUENTE: Cuadro N° 18.

CUADRO N° 19

**Forma de pensar que tiene el adolescente acerca de las relaciones sexuales antes del matrimonio, entre los escolares del módulo de Lagunillas.**

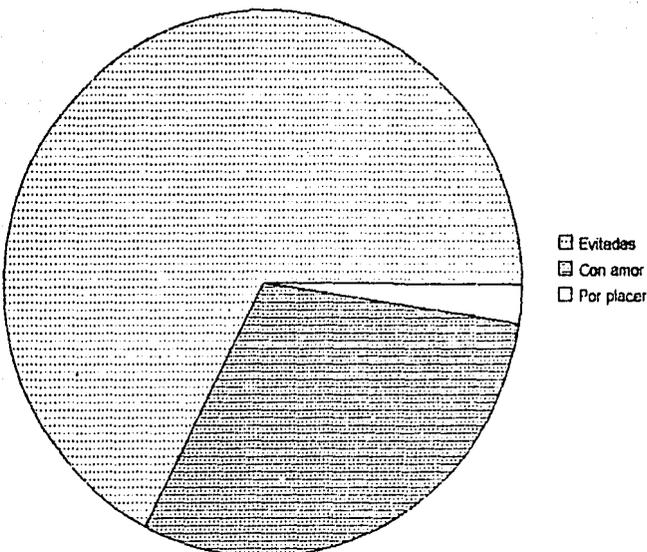
Mich., Mayo de 1994.

<b>Las relaciones sexuales antes del matrimonio</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
<b>Deben de ser evitadas.</b>	145	67.45
<b>Son correctas si la pareja se ama.</b>	65	30.23
<b>Son correctas aunque la pareja no se ame.</b>	5	2.32
<b>TOTAL</b>	215	100.00

FUENTE: Idem Cuadro N° 1.

GRAFICA N° 19

Forma de pensar que tiene el adolescente acerca de las relaciones sexuales antes del matrimonio, entre los escolares del módulo de Lagunillas.



FUENTE: Cuadro N° 19.

## CUADRO N° 20

Razones por las que deben evitar las relaciones sexuales antes del matrimonio, expuestas por los adolescentes escolares del módulo de Lagúnillas.

Mich., Mayo de 1994.

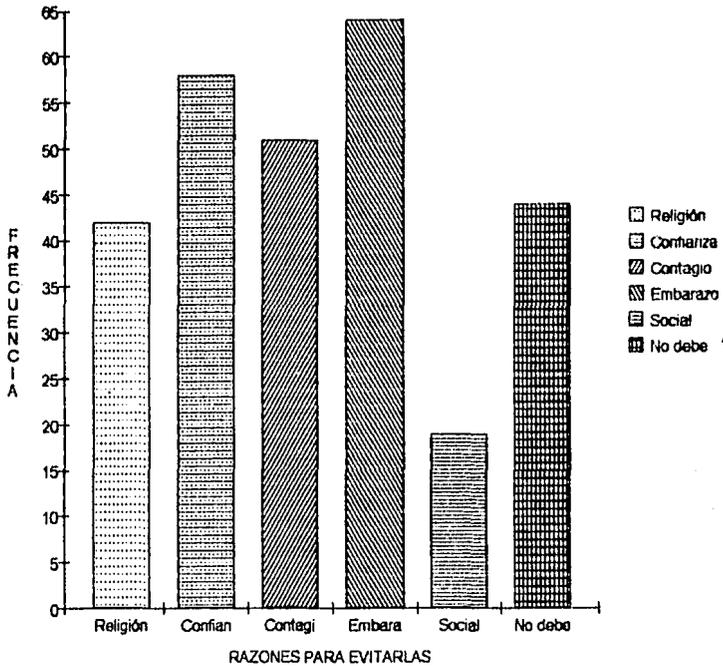
Razones por las que se deben evitar.	Fo.	%
Por cuestiones religiosas.	42	15.10
Porque se traiciona la confianza de los padres.	58	20.86
Porque podría haber contagio de algunas enfermedades.	51	18.34
Porque hay posibilidades de embarazo.	64	23.05
Porque sería mal visto por la sociedad.	19	6.83
Porque se debe llegar al matrimonio sin tenerlas.	44	15.82
<b>TOTAL</b>	<b>278</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: Idem Cuadro N° 1.

NOTA: El total no corresponde con la muestra ya que el adolescente expone más de una razón.

## GRAFICA N° 20

razones por las que deben evitar las relaciones sexuales antes del matrimonio, expuestas por los adolescentes escolares del módulo de Lagunillas.



FUENTE: Cuadro N° 20.

### CUADRO N° 21

Distribución de las razones o finalidades que atribuyen los adolescentes  
a las relaciones sexuales en los escolares del módulo de Lagunillas.

Mich., Mayo de 1994.

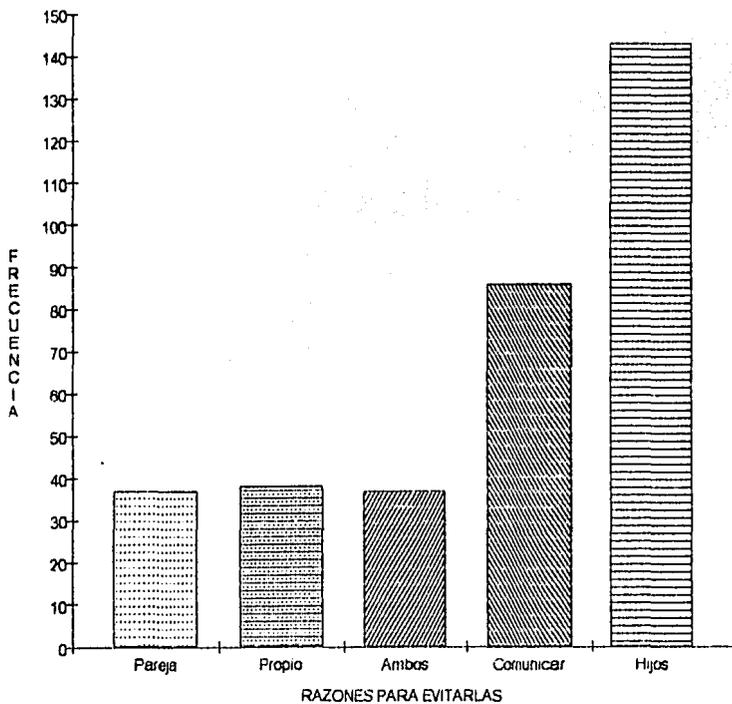
Finalidad de las relaciones sexuales.	Fo.	%
Dar placer y satisfacción a la pareja.	37	10.85
Obtener placer y satisfacción sexual propia.	38	11.14
Obtener placer y satisfacción sexual para ambos.	37	10.85
Lograr una íntima comunicación con la pareja.	86	25.21
Tener hijos.	143	41.95
<b>TOTAL</b>	<b>341</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: Idem Cuadro N° 1.

NOTA: El total no corresponde con la muestra ya que  
el adolescente expone más de una finalidad.

### GRAFICA N° 21

Distribución de las razones o finalidades que atribuyen los adolescentes a las relaciones sexuales en los escolares del módulo de Lagunillas.



FUENTE: Cuadro N° 21.

CUADRO N° 22

Relación de la edad y el sexo entre adolescentes que han tenido relaciones sexuales en el módulo Lagunillas.

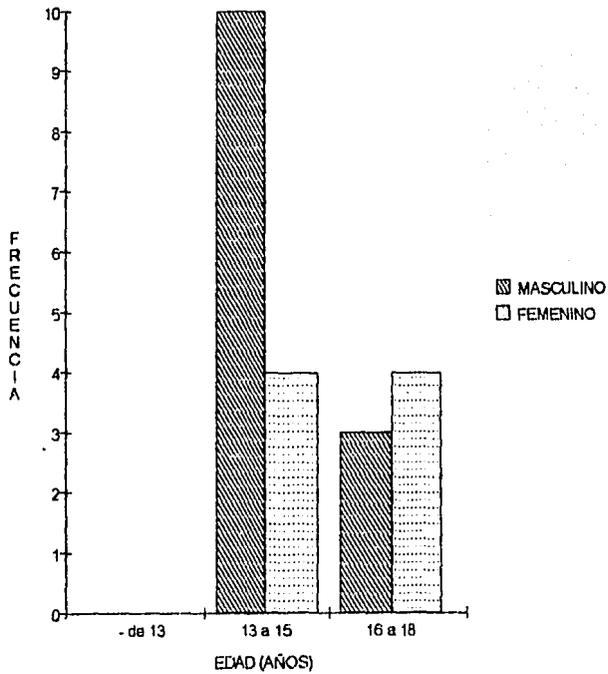
Mich., Mayo de 1994.

SEXO EDAD	MASCULINO		FEMENINO	
	Fo.	%	Fo.	%
Antes de los 13 años.				
De 13 a 15 años.	10	76.93	4	50.00
De 16 a 18 años.	3	23.07	4	50.00
TOTAL	13	100.00	8	100.00

FUENTE: Idem Cuadro N° 1.

GRAFICA N° 22

Relación de la edad y el sexo entre adolescentes que han tenido relaciones sexuales en el módulo Lagunillas.



FUENTE: Cuadro N° 22.

CUADRO N° 23

Relación de la edad de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales teniendo como consecuencia embarazar o quedar embarazada en el módulo de Lagunillas.

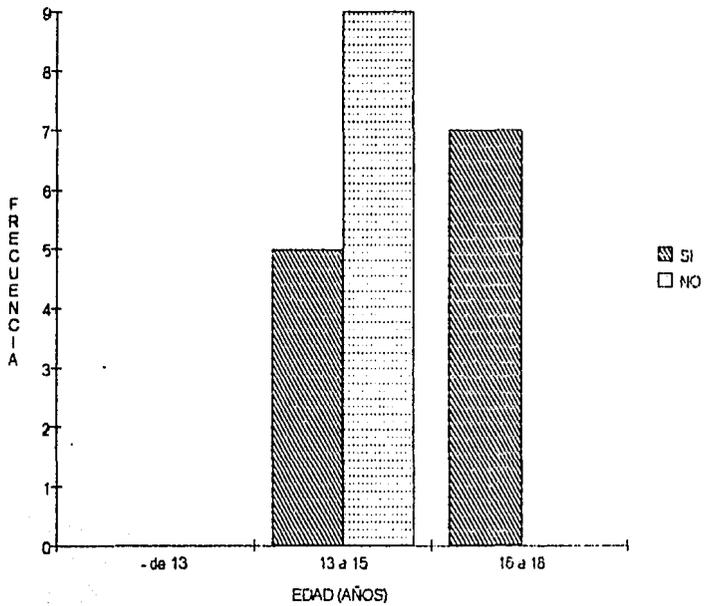
Mich., Mayo de 1994.

EMBARAZO EDAD	SI		NO	
	Fo.	%	Fo.	%
Menos de 13 años.				
De 13 a 15 años.	5	41.66	9	100.00
De 16 a 18 años.	7	58.33		
TOTAL	12	100.00	9	100.00

FUENTE: Idem Cuadro N° 1.

**GRÁFICA N° 23**

Relación de la edad de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales teniendo como consecuencia embarazar o quedar embarazada en el módulo de Lagunillas.



FUENTE: Cuadro N° 23.

CUADRO N° 24

Relación de la edad y el sexo entre los adolescentes que han tenido relaciones  
sexuales teniendo como consecuencia embarazar o quedar  
embarazadas en el módulo de Lagunillas.

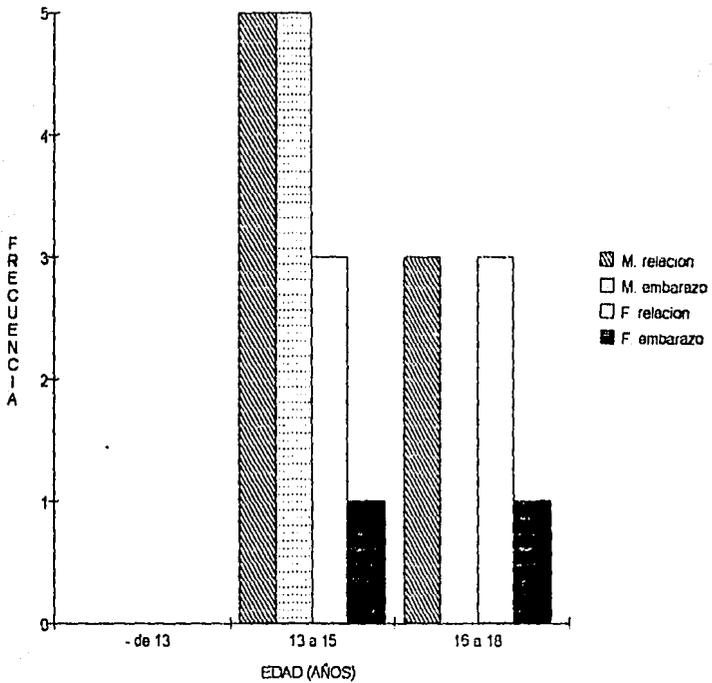
Mich., Mayo de 1994.

SEXO Y EMBARAZO	MASCULINO EMBARAZO				FEMENINO EMBARAZO			
	Fo.		Fo.		Fo.		Fo.	
EDAD	%	%	%	%	%	%	%	
	SI		NO		SI		NO	
Antes de 13 años.								
13 a 15 años.	5	62.50	5	100.00	3	50.00	1	50.00
16 a 18 años	3	37.50			3	50.00	1	50.00
TOTAL	8	100.00	5	100.00	6	100.00	2	100.00

FUENTE: Idem Cuadro N° 1.

GRAFICA N° 24

Relación de la edad y el sexo entre los adolescentes que han tenido relaciones sexuales teniendo como consecuencia embarazar o quedar embarazadas en el módulo de Lagunillas.



FUENTE: Cuadro N° 24.

CUADRO N° 25

Distribución de la pareja con quien tuvieron o tienen relaciones sexuales los adolescentes escolares en el módulo de Lagunillas.

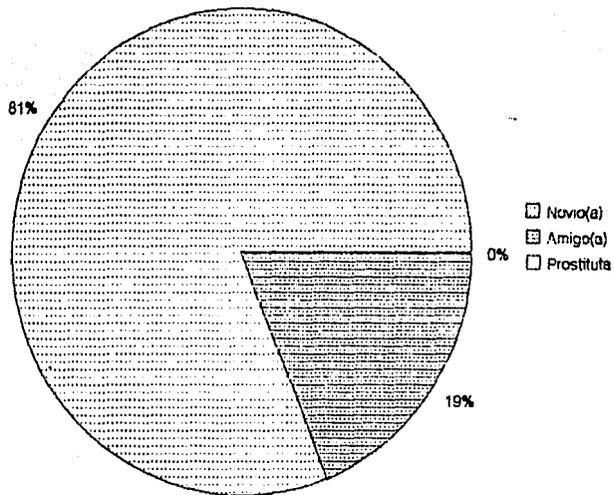
Mich., Mayo de 1994.

PAREJA SEXUAL	Fo.	%
Con mi novio(a)	17	80.95
Con un amigo(a)	4	19.04
Con una prostituta.		
TOTAL	21	100.00

FUENTE: Idem Cuadro N° 1.

GRAFICA N° 25

Distribución de la pareja con quien tuvieron o tienen relaciones sexuales los adolescentes escolares en el módulo de Lagunillas.



FUENTE: Cuadro N° 25.

CUADRO N° 26

Distribución del parecer que tiene el adolescente escolar acerca de la  
posibilidad de embarazo durante la primera relación sexual  
en el módulo de Lagunillas.

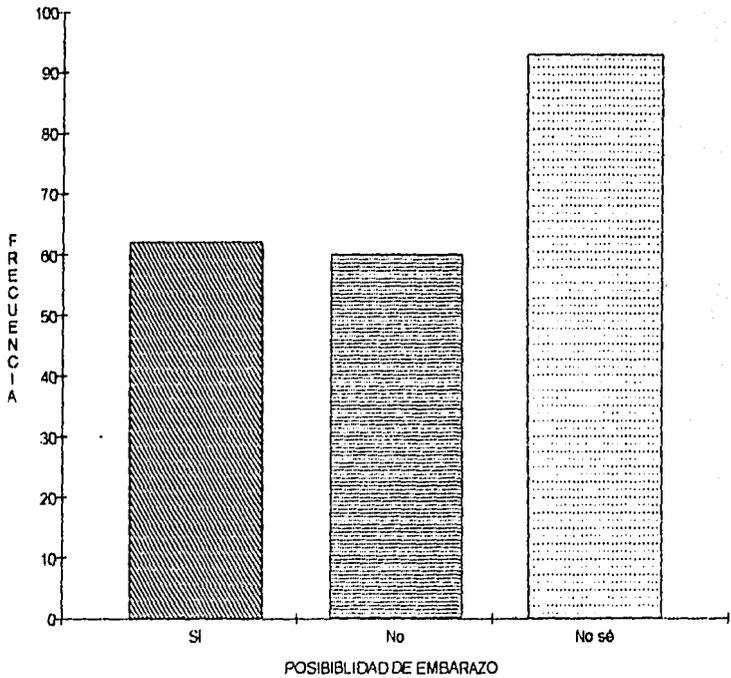
Mich., Mayo de 1994.

POSIBILIDAD DE EMBARAZO	Fo.	%
Si hay posibilidad de embarazo.	62	28.85
No hay posibilidad de embarazo.	60	27.90
No sé.	93	43.25
TOTAL	215	100.00

FUENTE Idem Cuadro N° 1.

GRAFICA N° 26

Distribución del parecer que tiene el adolescente escolar acerca de la  
posibilidad de embarazo durante la primera relación sexual  
en el módulo de Lagunillas.



FUENTE: Cuadro N° 26.

CUADRO N° 27

Distribución de la forma de actuar que tendría el adolescente  
escolar al embarazar a su pareja o quedar embarazada  
en el módulo de Lagumillas.

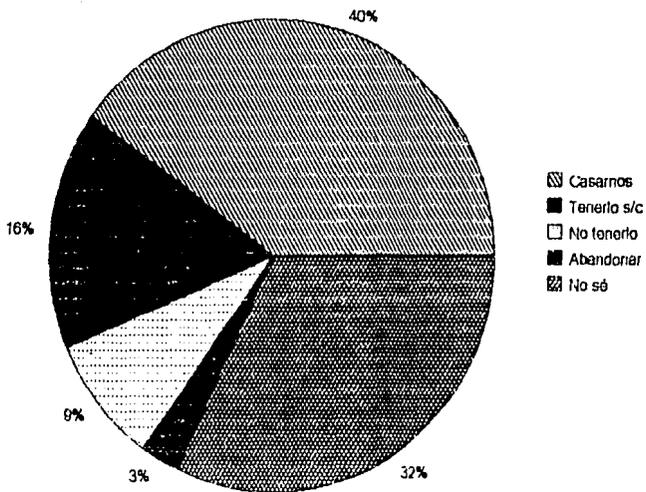
Mich., Mayo de 1994.

FORMA DE ACTUAR ANTE EL EMBARAZO.	Fo.	%
Casarnos y tener al hijo.	86	40.00
Tenerlo sin casarnos.	35	16.27
No tenerlo.	19	8.83
Abandonaría a mi compañero(a)	6	2.79
No sabría que hacer.	69	32.11
TOTAL	215	100.00

FUENTE: Idem Cuadro N° 1.

GRAFICA N° 27

Distribución de la forma de actuar que tendría el adolescente escolar al embarazar a su pareja o quedar embarazada en el módulo de Lagunillas.



FUENTE: Cuadro N° 27.

CUADRO N° 28

Conocimiento que tiene el adolescente escolar acerca de la etapa del  
ciclo menstrual en que puede haber embarazo,  
en el módulo de Lagunillas.

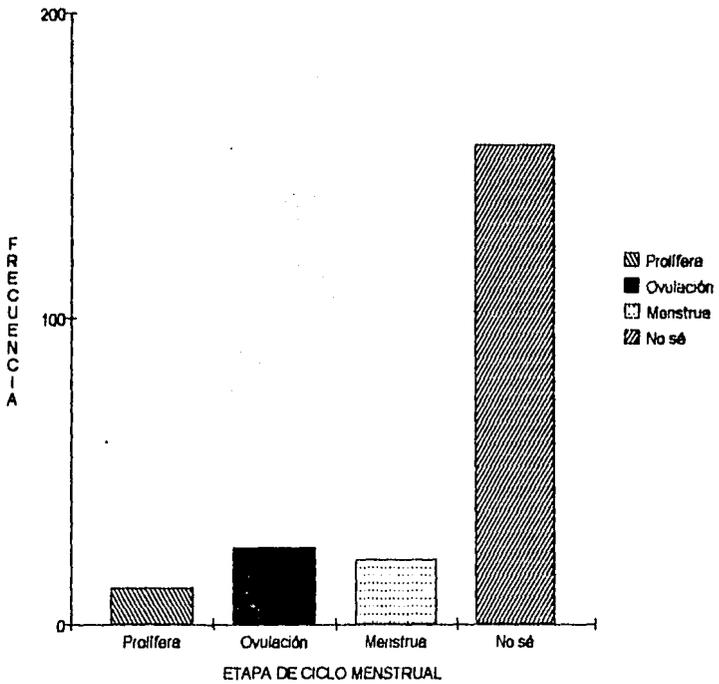
Mich., Mayo de 1994.

ETAPA DEL CICLO MENSTRUAL	Fo.	%
Etapa proliferativa.	12	5.58
Ovulación.	25	11.62
Menstruación.	21	9.76
No sé.	157	73.04
TOTAL	215	100.00

FUENTE: Idem Cuadro N° 1.

GRAFICA N° 28

Conocimiento que tiene el adolescente escolar acerca de la etapa del ciclo menstrual en que puede haber embarazo, en el módulo de Lagunillas.



FUENTE: Cuadro N° 28.

CUADRO N° 29

Distribución de adolescentes escolares que han escuchado por radio y/o televisión mensajes de la importancia de la Planificación Familiar en el módulo de Lagunillas.

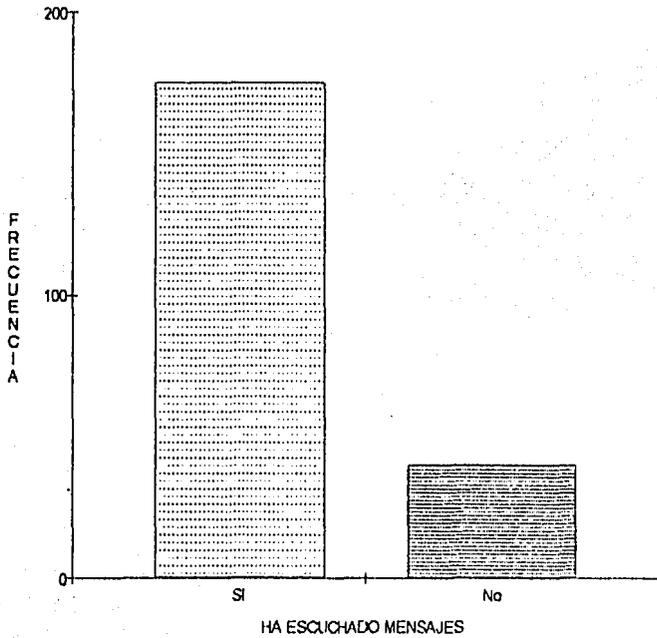
Mich., Mayo de 1994.

HE ESCUCHADO MENSAJES SOBRE LA PLANIFICACION FAMILIAR.	Fo.	%
SI	175	81.40
NO	40	18.60
TOTAL	215	100.00

FUENTE: Idem Cuadro N° 1.

GRAFICA N° 29

Distribución de adolescentes escolares que han escuchado por radio y/o televisión mensajes de la importancia de la Planificación Familiar en el módulo de Lagunillas.



FUENTE: Cuadro N° 29.

CUADRO N° 30

Conocimiento que tienen los adolescentes escolares acerca del  
significado de los métodos anticonceptivos  
en el módulo de Lagunillas.

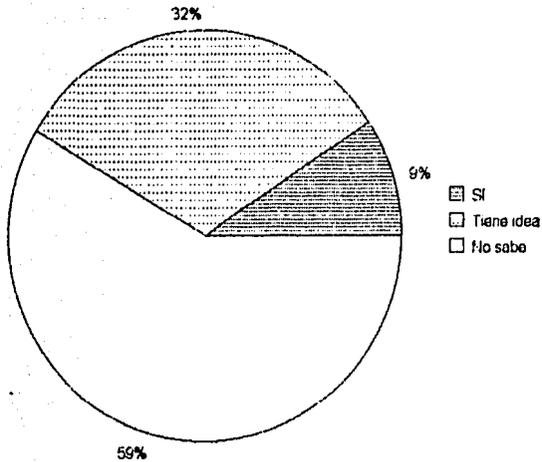
Mich., Mayo de 1994.

POSEE EL CONOCIMIENTO.	Fo. %	
	SI	20
Tiene Idea.	69	32.09
No Sabe.	126	58.61
TOTAL	215	100.00

FUENTE: Idem Cuadro N° 1.

GRAFICA N° 30

Conocimiento que tienen los adolescentes escolares acerca del  
significado de los métodos anticonceptivos  
en el módulo de Lagunillas.



FUENTE: Cuadro N° 30.

CUADRO N° 31

Relación del nivel educativo con el conocimiento que tienen los  
adolescentes escolares acerca del significado de métodos  
anticonceptivos en el módulo de Lagunillas.

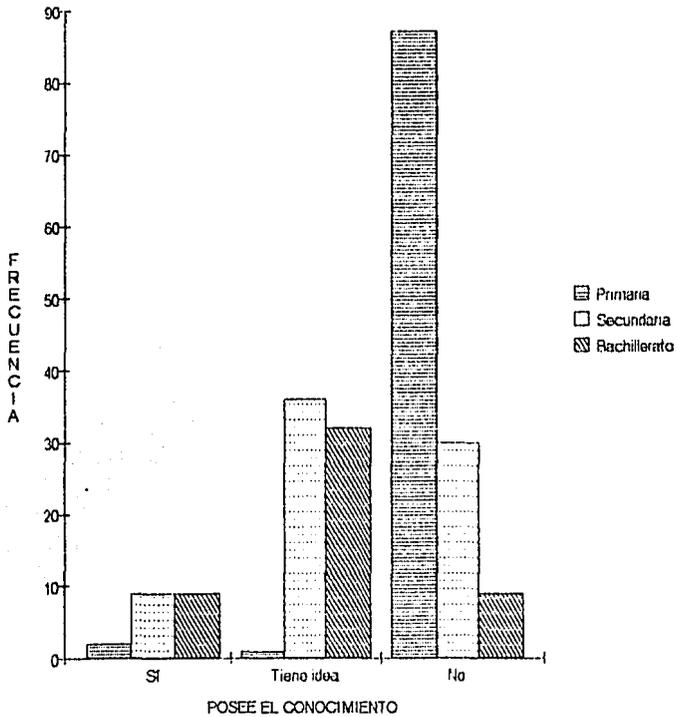
Mich., Mayo de 1994.

NIVEL EDUCATIVO POSEE EL CONOCIMIENTO	PRIMARIA		SECUNDARIA		BACHILLERATO	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
SI	2	2.22	9	12.00	9	18.00
TIENE IDEA	1	1.11	36	48.00	32	64.00
NO	87	96.67	30	40.00	9	18.00
TOTAL	90	100.00	75	100.00	50	100.00

FUENTE: Idem Cuadro N° 1.

GRAFICA N° 31

Relación del nivel educativo con el conocimiento que tienen los  
adolescentes escolares acerca del significado de métodos  
anticonceptivos en el módulo de Lagunillas.



FUENTE: Cuadro N° 31.

CUADRO N° 32

Distribución del número de métodos anticonceptivos que conoce  
el adolescente escolar en el módulo de Lagunillas.

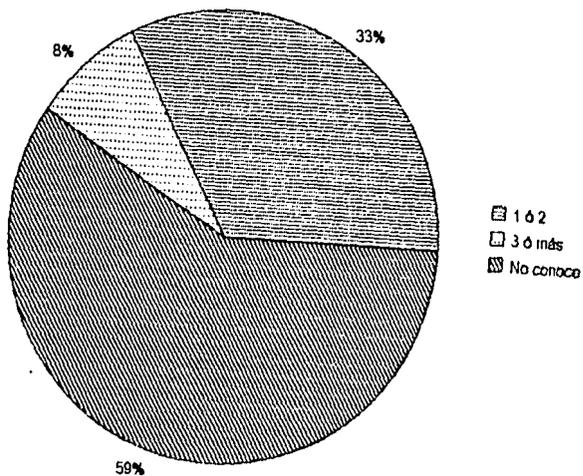
Mich., Mayo de 1994.

CONOCE METODOS ANTICONCEPTIVOS	Fo.	%
1 A 2 METODOS	71	33.02
3 O MAS METODOS	18	8.37
NO CONOCE NINGUNO	126	58.61
TOTAL	215	100.00

FUENTE: Idem Cuadro N° 1.

GRAFICA N° 32

Distribución del número de métodos anticonceptivos que conoce el adolescente escolar en el módulo de Lagunillas.



FUENTE: Cuadro N° 32.

CUADRO N° 33

Conocimiento que tiene el adolescente escolar acerca del condón  
o preservativo en el módulo de Lagunillas.

Mich., Mayo de 1994.

<b>POSEE EL CONOCIMIENTO</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
<b>SABE</b>	74	34.41
<b>NO SABE</b>	141	65.59
<b>TOTAL</b>	215	100.00

FUENTE: Idem Cuadro N° 1.

CUADRO N° 34

Conocimiento que tiene el adolescente escolar acerca de la salpingoclasia  
o ligadura de trompas en el módulo de Lagunillas.

Mich., Mayo de 1994.

POSEE EL CONOCIMIENTO	Fo.	%
SABE	64	29.76
NO SABE	151	70.24
TOTAL	215	100.00

FUENTE: Idem Cuadro N° 1.

CUADRO N° 35

Conocimiento que tiene el adolescente escolar acerca del  
método del ritmo, en el módulo de Lagunillas.

Mich., Mayo de 1994.

POSEE EL CONOCIMIENTO	Fo.	%
SABE	64	29.76
NO SABE	151	70.24
TOTAL	215	100.00

FUENTE: Idem Cuadro N° 1.

CUADRO N° 36

Relación que existe entre el nivel educativo y el conocimiento  
que tiene el adolescente escolar acerca del condón,  
la salpingoclasia y el método del ritmo, en el  
módulo de Lagunillas.

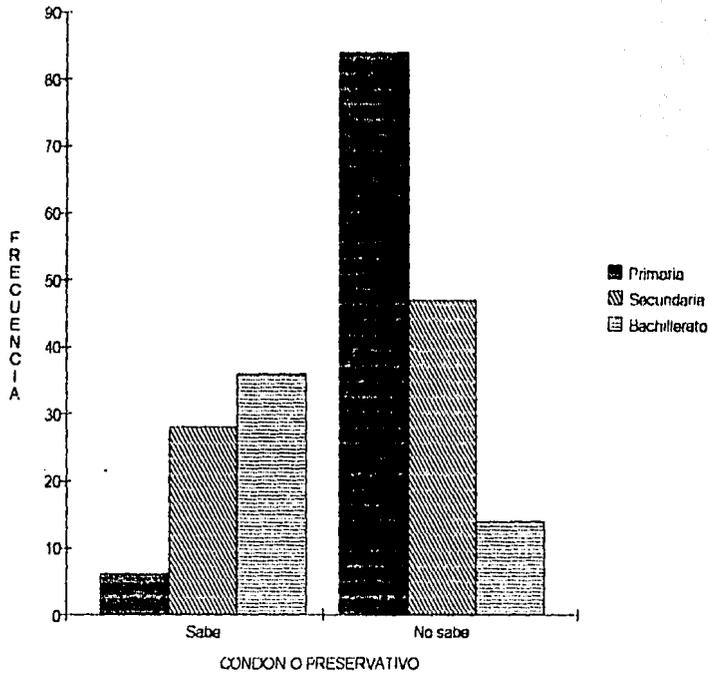
Mich., Mayo de 1994.

NIVEL EDUCATIVO		PRIMARIA		SECUNDARIA		BACHILLERATO	
METODO ANTICONCEPTIVO		Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
CONDON O PRESERVATIVO	SABE	6	6.66	28	37.33	36	72.00
	NO SABE	84	93.34	47	62.67	14	28.00
	SUBTOTAL	90	100.00	75	100.00	50	100.00
SALPINGOCLASIA	SABE	5	5.55	26	34.66	33	66.00
	NO SABE	85	94.45	49	65.34	17	34.00
	SUBTOTAL	90	100.00	75	100.00	50	100.00
METODO DEL RITMO	SABE			7	9.33	24	48.00
	NO SABE	90	100.00	68	90.67	26	52.00
	SUBTOTAL	90	100.00	75	100.00	50	100.00

FUENTE: Idem Cuadro N° 1.

GRAFICA N° 33A

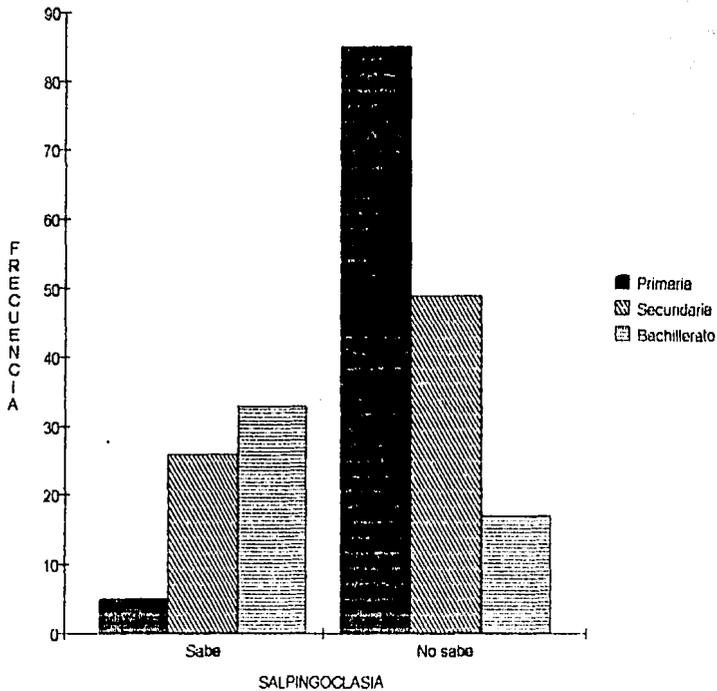
Relación que existe entre el nivel educativo y el conocimiento  
que tiene el adolescente escolar acerca del condón,  
la salpingoclasia y el método del ritmo, en el  
módulo de Lagunillas.



FUENTE: Cuadro N° 36.

GRAFICA N° 33 B

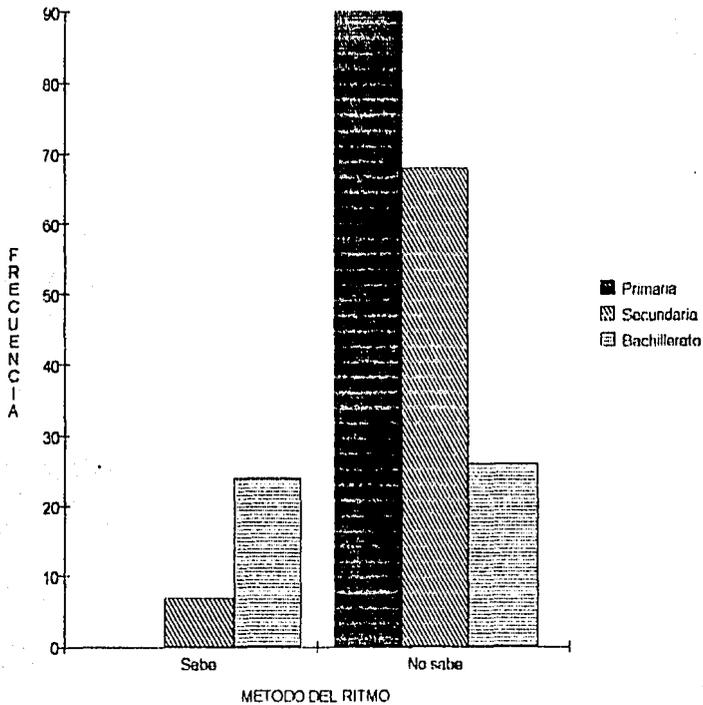
Relación que existe entre el nivel educativo y el conocimiento que tiene el adolescente escolar acerca del condón, la salpingoclasia y el método del ritmo, en el módulo de Lagunillas.



FUENTE: Cuadro 36.

GRAFICA N° 33 C

Relación que existe entre el nivel educativo y el conocimiento que tiene el adolescente escolar acerca del condón, la salpingoclasia y el método del ritmo, en el módulo de Lagunillas.



FUENTE: Cuadro N° 36.