

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

83
27



**"CONOCIMIENTOS SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS Y
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL DE UN GRUPO
DE ADOLESCENTES DE NIVEL MEDIO SUPERIOR"**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

FRANCISCO FLORES ARIZA

DIRECTOR DE TESIS: LIC. OFELIA REYES NICOLAT
ASESOR ESTADISTICO: MTRA. SOFIA RIVERA ARAGON

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Mi más sincero agradecimiento,...

A los profesores del C.C.H. Sur por su apoyo en la aplicación del instrumento.

Prof. José Luis Moreno

Profra. Carmen Fuentes

Profra. Blanca Figueroa Torres... mi maestra de toda la vida, por su cariño y ejemplo de amor a la vida.

A los integrantes del área de Sexualidad de la Facultad de Psicología.

Lic. Selma González Serratos... Por su amistad y apoyo incondicional.

Lic. Heddy Villaseñor Hernández... Por su apoyo.

Lic. Ofelia Reyes Nicolat... Por su eficiente dirección, su ética y profesionalismo demostrado en la elaboración de esta tesis.

A la Maestra **Sofía Rivera Aragón...** Por su asesoría, paciencia y su disponibilidad para sus inapreciables comentarios.

A la Lic. **Blanca Elena Mancilla Gómez...** por ser uno de los guías más importantes en mi formación y desarrollo profesional.

A mi compañera de toda la vida **Martha Leticia Luna Gracia...** por su apoyo, paciencia y ayuda técnica en la elaboración de este trabajo.

DEDICADO

A mis hijos que son:

**Mi esperanza
 Mi equilibrio
 Mi orgullo**

**Panchito
 Bronze
 Carlitos
 Yasser
 Soren**

**A mis padres:
por su ejemplo de amor , respeto y apoyo
incondicional para sus hijos.**

**Sr. Francisco Flores Amador
Sra. Oliva Ariza de Flores**

A mis hermanos con cariño

**Jorge
 Patricia
 Alberto
 Norma**

¿ QUE HA HECHO LA SEXUALIDAD A LOS
HOMBRES -ELLA, TAN NATURAL, TAN NECESARIA
Y TAN PLENA DE SENTIDO -, PARA QUE NO NOS
ATREVAMOS A HABLAR DE ELLA SINO CON
VERGÜENZA Y PARA QUE SE LE EXCLUYA DE LAS
CONVERSACIONES Y DE LAS REFLEXIONES
SERIAS? PRONUNCIAMOS MATAR, ROBAR O
TRAICIONAR SIN EL MENOR REEBOZO, PERO
SOBRE ESO, NO NOS ATREVEMOS SINO A
SUSURRAR ENTRE DIENTES.

MONTAIGNE, ENSSAYS

- EL AMOR, EL TRABAJO LIBRE Y EL
CONOCIMIENTO SON LOS MANANTIALES DE
NUESTRA VIDA; POR LO TANTO, DEBEN,
TAMBIEN, GOBERNARLA.

W. REICH

- Esta es nuestra gran obligación: CAPACITAR AL
ANIMAL HUMANO PARA QUE ACEPTÉ LA
NATURALEZA QUE EXISTE DENTRO DE EL, PARA
QUE DEJE ESCAPAR DE ELLA Y GOCE LO QUE
AHORA TANTO TEME.

W. REICH

INDICE

	Pags.
Resumen.	4
Introducción.	5
CAPITULO I. ADOLESCENCIA.	
- Aspectos Físicos y Biológicos.	7
- Aspectos Sociales.	10
- Teorías Psicológicas.	
- Teoría Psicosexual del Desarrollo de Freud.	12
- Teoría del Desarrollo de la Identidad Personal de Erikson.	14
- Teoría Interpersonal del Desarrollo de Sullivan.	19
- Aspectos Psicológicos.	24
CAPITULO II. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.	
- Antecedentes Históricos.	29
- Clasificación de Métodos Anticonceptivos.	36
- Métodos Naturales o físicos. (ritmo, temperatura, coito interrumpido, moco cervical).	37
- Métodos de Barrera. (espermaticidas, espumas, óvulos vaginales, cremas, jaleas, diafragma, preservativo y dispositivo intrauterino).	42
- Métodos Hormonales. (Orales e Inyectables).	49
- Métodos Permanentes. (esterilización masculina, esterilización femenina).	53
- Métodos Tradicionales o Populares (herboristería, lactancia materna y carezza).	55
- Métodos Futuristas (nort plant-condón femenino).	57
CAPITULO III. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.	
- Antecedentes Históricos.	60
- Gonorrea.	60
- Sífilis.	61
- Herpes genital.	63
- Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (S.I.D.A.).	64
- Clasificación de acuerdo a su agente causal o patológico	
-Gérmenes o Microbios.	64

	Pags.
- Enfermedades de Transmisión Sexual de Origen Bacteriano.	66
-Gonorrea, sífilis, chancroide o chancro blando, granuloma inguinal, infecciones por clamidias, linfogranuloma venéreo.	
- Enfermedades de Transmisión Sexual de Origen Viral.	74
-Verrugas virales, Herpes Simple, Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (S.I.D.A.)	
- Enfermedades de Transmisión Sexual producidas por Protozoarios.	81
-Trichomonas vaginalis.	
- Enfermedades de Transmisión Sexual producidas por hongos.	83
-Candidiasis.	
- Enfermedades de Transmisión Sexual producidas por insectos o ectoparásitos.	84
-Pediculosis del pubis.	

CAPITULO IV. MÉTODO.

- Planteamiento del problema.	87
- Hipótesis.	88
- Definición de Variables Conceptuales y Operacionales.	89
- Tipo de Estudio.	90
- Diseño.	91
- Población.	91
- Selección y tipo de muestra.	91
- Criterios de Selección, Exclusión y Eliminación.	92
- Instrumento.	93
- Procedimiento.	94
- Análisis Estadístico.	94

CAPITULO V. RESULTADOS.

- Análisis Descriptivo.	96
- Análisis Inferencial.	101
- Discusión.	105
- Conclusiones.	109
- Limitaciones.	110
- Sugerencias.	110

Apéndices.

I. Cuestionario.	111
II. Hoja de Respuestas.	130

Bibliografía.	131
----------------------	------------

RESUMEN

Con el presente estudio se exploró y comprobó el grado de conocimientos que tiene un grupo de adolescentes de nivel medio superior, en cuanto a métodos anticonceptivos en su utilización y efectividad también se exploró los conocimientos que tienen sobre enfermedades de transmisión sexual, en cuanto a sus síntomas y sus formas de transmisión o contagio. Esta comparación se hizo en 150 estudiantes, 75 de sexo femenino y 75 de sexo masculino, con un rango de edad de 15 a 18 años.

Para esta investigación se elaboró un primer instrumento (cuestionario) en base a dos temas de sexualidad, uno sobre métodos anticonceptivos donde se incluyeron 16 tipos de métodos, de los cuales para cada tipo de método se elaboraron 4 preguntas, dos que se refirieron a su uso y dos a su efectividad; para el segundo tema, que es enfermedades de transmisión sexual, también se elaboraron cuatro preguntas para cada uno de los 13 tipos, dos preguntas que se refieren a los síntomas y dos a su forma de transmisión, cada reactivo tuvo cuatro alternativas de respuesta, una verdadera, dos falsas y una de no sé.

Una vez elaborado el primer cuestionario, se calificó por 10 expertos en el tema y se validó cada uno de los reactivos por el método interjueces, con los reactivos que no fueron excluidos se formó el cuestionario definitivo, el cual constó de 139 preguntas. Ya con el instrumento validado se procedió a la aplicación, para ello se localizó a los estudiantes y se les pidió que cooperaran para una investigación sobre los conocimientos de métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual. Una vez aplicado el instrumento, se calificó y se elaboró un análisis estadístico de los resultados de donde se infiere que el adolescente de C.C.H. Plantel Sur no tiene conocimientos sobre métodos anticonceptivos en cuanto a su uso y efectividad, ni existen diferencias estadísticamente significativas entre jóvenes de sexo femenino y masculino en cuanto a estos indicadores de conocimiento. En lo que corresponde al conocimiento de síntomas y formas de transmisión de las enfermedades sexualmente transmitidas, se encontró que es deficiente, existiendo diferencias estadísticamente significativas de estos conocimientos entre jóvenes de sexo femenino y masculino en este plantel.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período que se caracteriza por cambios físicos y psicológicos en el crecimiento del individuo, los niños que se aproximan a la pubertad y los que han entrado en ella, deben enfrentar estos cambios, experiencias físicas y emocionales para los cuales, no han sido emocionalmente preparados. Estos cambios se manifiestan cuando empieza el crecimiento acelerado de ciertas partes del cuerpo y comienzan a funcionar los órganos de la reproducción. Las transformaciones en el cuerpo de los púberes, son un aviso de que el período de madurez reproductivo se está aproximando y trae consigo el inicio de actividades consideradas auténticamente sexuales.

La práctica de la sexualidad en etapas tempranas sin estar preparado, puede dar origen a problemas por ejemplo: un embarazo no deseado, o un embarazo que puede poner en peligro la vida de la adolescente y malformaciones en la criatura, debido a la inmadurez física de la madre, o puede por otro lado, adquirir enfermedades de transmisión sexual, que puede provocar un desequilibrio emocional y físico en el adolescente. Las parejas de adolescentes que tienen o han tenido relaciones sexuales, no siempre toman medidas adecuadas, pudiendo surgir un embarazo no deseado, que puede llevar a la joven al aborto, arriesgando con ello su salud e incluso la vida. Muchas veces un embarazo no deseado lleva a los jóvenes a formar un matrimonio que por la misma inmadurez de la pareja, tendrá pocas posibilidades de éxito, o bien, tiene como resultado una madre soltera.

Tratar aspectos sexuales dentro de la familia y la sociedad es difícil, pero resulta aún más prohibido hablar abiertamente de enfermedades de transmisión sexual, ya que están ligadas a un tabú mayor de tipo moralista. El contagio de una enfermedad de transmisión sexual, denuncia prácticamente, que hubo alguna forma de actividad sexual en el adolescente.

Por todo lo anterior, es importante conocer si los adolescentes que cursan el bachillerato tienen conocimientos sobre métodos anticonceptivos y enfermedades de Transmisión Sexual, que se supone que de alguna manera han recibido información sobre estos temas, ya sea por medio de la escuela, la familia o los amigos, y si no es así que el presente trabajo sirva como antecedente para la elaboración de cursos, planes y programas sobre estos temas de sexualidad.

El trabajo se dividió en 5 capítulos, mismos que se mencionan a continuación describiendo brevemente el contenido de cada uno de ellos.

El **Capítulo I** aborda los cambios biológicos, psicológicos y sociales que se presentan en la adolescencia, así como las principales teorías que explican esta etapa del desarrollo.

En el **Capítulo II** se menciona la historia de los métodos anticonceptivos, sus clasificaciones, sus orígenes y antecedentes, su modo de empleo, ventajas, desventajas y efectividad de cada uno de los métodos.

En el **Capítulo III** se abordan los antecedentes históricos de las Enfermedades de Transmisión Sexual, se hace una clasificación de enfermedades producidas por bacterias y virus, así como su definición, etiología, formas de transmisión, manifestaciones y síntomas de este tipo de enfermedades.

En el Capítulo IV se plantearon 4 hipótesis de trabajo. La primera plantea que los estudiantes de bachillerato tienen conocimientos sobre métodos anticonceptivos en cuanto a su uso y efectividad; la segunda plantea que los estudiantes de bachillerato tienen conocimientos sobre Enfermedades de Transmisión Sexual en cuanto a síntomas y formas de transmisión; en las otras dos se plantea si existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a conocimientos sobre estos temas entre adolescentes de sexo masculino y femenino.

También se menciona el tipo de estudio, diseño, población, selección y tipo de muestra, así como su procedimiento.

En el Capítulo V se realiza un análisis descriptivo e inferencial de los resultados, para llegar a las conclusiones, se hace una discusión y se mencionan las limitaciones y sugerencias del trabajo.

CAPITULO I

ADOLESCENCIA

Etimológicamente el término adolescencia proviene del verbo latín "adolescere", que significa crecer o llegar a la madurez.

"La adolescencia se considera como un período de transición hacia la edad adulta en la que el joven se ve afectado por rápidos y profundos cambios. En esta etapa de la vida el joven alcanza la plenitud de su desarrollo físico o biológico y psicológico, logra también su independencia y autonomía". Estos cambios plantean difíciles exigencias de adaptación, no sólo para el joven, sino también para los padres y la sociedad, éstos pueden ser a menudo fuentes de tensión y de conflictos.

Para poder abordar esta etapa tan importante del desarrollo del ser humano, en el presente trabajo se consideran tres aspectos fundamentales: aspectos físicos o biológicos, aspectos sociales y aspectos psicológicos.

ASPECTOS FÍSICOS Y/O BIOLÓGICOS

La adolescencia tiene un principio biológico que es la pubertad y un final que no podemos delimitar con precisión, por ser eminentemente social y psicológico.

La pubertad es el componente biológico de la adolescencia, es el principio de la maduración sexual, ésta se caracteriza por importantes cambios en el organismo tendientes al pleno desarrollo biológico del sistema reproductor, el cual alcanza su plenitud y donde aparecen los caracteres sexuales secundarios. *Prosperación Familiar Neolonesa, A.C., 1987, P.52*

Los cambios físicos o biológicos propios de la pubertad, se inician con un aumento en el complejo sistema endocrino general mediante la hipófisis que manda mensajes químicos contenidos en las hormonas hipofisarias llamadas Gonadotropinas, estimulando las glándulas sexuales -ovarios o testículos- para la maduración de óvulos y espermatozoides. Las hormonas sexuales que estimulan las glándulas femeninas, son los estrógenos y la progesterona; las glándulas masculinas son estimuladas por la testosterona. Al iniciarse la pubertad, estas hormonas, ingresan en gran cantidad al torrente circulatorio y son responsables de la mayoría de los cambios que ocurren en la pubertad. Pero la hipófisis no es autónoma; células que se encuentran en una parte del cerebro llamado hipotálamo controlan la liberación de gonadotropinas. El hipotálamo a su vez está influenciado por la corteza cerebral, y ésta, por todo el medio ambiente: el frío, el calor, la luz y sobre todo las emociones, que modifican e influyen el sistema reproductor y que además regula las funciones neurovegetativas del organismo y por lo tanto, el cerebro constituye el centro de control de la actividad sexual.

Las características sexuales suelen catalogarse en primarias y secundarias. Las primarias son las que están presentes desde el nacimiento, y las secundarias, las que se desarrollan en la pubertad.

CARACTERÍSTICAS SEXUALES PRIMARIAS

Estas características se refieren a la constitución de los órganos sexuales que se involucran en la copulación y la reproducción.

Estos órganos presentaron en la niñez un desarrollo menor que en otros sistemas de órganos. En la pubertad crece el pene y los testículos en el varón y en la mujer el útero, vejiga, clitoris y los labios genitales mayores y menores.

En los jóvenes como a los 13 años se inician las poluciones nocturnas y las eyaculaciones, que pueden ser estimuladas por la masturbación. Por lo regular, estas eyaculaciones no contienen espermatozoides antes de los 16 o 17 años.

En las mujeres los ciclos menstruales pueden ser irregulares a lo largo del primer año y pueden ser acompañados de intermedios de esterilidad puberal que pueden durar hasta 3 o más años. Prosuperación Familiar Neolonesa, A.C., 1987, P.71

CARACTERÍSTICAS SEXUALES SECUNDARIAS EN LA MUJER.

Una primera evidencia de pubertad en las muchachas, es el cambio que ocurre en las glándulas mamarias, que aumentan de tamaño al mismo tiempo que los pezones empiezan a proyectarse hacia el exterior. Conforme continúa el crecimiento tanto en tamaño y sensibilidad del tejido mamario, el contorno del cuerpo femenino va redondeándose gradualmente y la cadera se ensancha, mientras la estructura pélvica se dilata, se desarrollan cojinetes de grasa sobre muslos y caderas, suavizando el contorno femenino en general, al mismo tiempo, aparece el vello suave en el pubis y labios mayores, que luego engruesa, se hace más oscuro y crece hacia abajo formando el triángulo invertido peculiar en las mujeres, posteriormente aparece el vello axilar.

Aproximadamente dos años después que los senos comienzan a desarrollarse, cuando la niña tiene alrededor de 13 años de edad, aparece la menstruación; la menarca es el inicio de la función menstrual en la niña; que indica que su cuerpo está preparándose para el proceso de la reproducción. Sin embargo, ella no podrá engendrar hasta que se halla iniciado la ovulación, es decir, hasta que los ovarios hallan empezado a liberar óvulos maduros y este proceso habitualmente no ocurre hasta un año después de la primera menstruación.

Existe una variación considerable en la edad en que cada muchacha llega a la menarquía, debido a diferencias individuales, relacionados con la salud, especialmente el estado nutricional, ciertos factores hereditarios y el medio ambiente en general. En clima cálido suele aparecer la pubertad en edades menores que en climas fríos.

Simultáneamente con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, se está produciendo el desarrollo del aparato sexual hasta alcanzar la plenitud de sus funciones. Los órganos genitales internos y externos inician su crecimiento, los labios mayores se hacen más gruesos y prominentes, los labios menores también crecen y pueden hacerse visibles entre los mayores y el clitoris, desarrolla su red de vasos sanguíneos. En esta época los ovarios, el útero y la vagina también se modifican creciendo hasta alcanzar sus dimensiones adultas.

CARACTERÍSTICAS SEXUALES SECUNDARIAS EN LOS HOMBRES.

Las características sexuales secundarias de los varones son más tardías que en la mujer, a la edad de 11 años un muchacho muestra escasos signos de alteración puberal. puede haber "un periodo de adiposidad", es decir, mayor depósito de grasa en los tejidos, el cual es a menudo un antecedente de la pubescencia masculina. Alrededor de los 12 años el pene y el escroto comienzan a mostrar un aumento de tamaño y aparece el vello púbico, como suave lana que rodea la base del pene y luego se oscurece y cubre el pubis; posteriormente el vello se extiende hacia el escroto volviéndose grueso y adquiere la distribución característica, ascendiendo sobre la línea media del abdomen, simultáneamente los testículos empiezan a crecer y se producen modificaciones en la estructura interna de ellos, iniciándose el proceso de activación de las células que darán origen a los espermatozoides.

Alrededor de los 13 o 14 años es ordinario que por primera vez se presente la eyaculación en el muchacho, también es frecuente que en esa edad se presenten durante el sueño, y no siempre ligados a sueños eróticos, sino que es una manera natural de expulsar el semen, producido por el aparato sexual masculino. Al desarrollo del vello púbico, le sigue el incremento del vello axilar, facial, y sobre el labio superior aparece un vello fino llamado bozo. Junto a estos caracteres aparece el cambio de voz, haciéndose más grave, debido al desarrollo general de la laringe, desarrollo que a veces se traduce exteriormente por la aparición de la llamada manzana de Adán. La estructura general del cuerpo se modifica gradualmente, adquiriendo los hombres una amplitud mayor en la espalda. Al mismo tiempo, los muchachos presentan un mayor desarrollo muscular, simultáneamente con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, se está produciendo el crecimiento y desarrollo de la próstata, vesículas seminales y de otras estructuras del aparato sexual masculino.

Un fenómeno común en ambos sexos y que puede presentarse en la pubertad es el acné en la cara, el tórax, y la espalda, asociado a la actividad de las glándulas sebáceas.

En resumen, el término de pubertad se designa a una serie de cambios biológicos tanto en la esfera del crecimiento físico, como el de la maduración sexual; en ella los órganos sexuales alcanzan su plenitud y aparecen los caracteres sexuales secundarios, es decir, que la pubertad es el componente biológico de la adolescencia y puede terminar antes o después de la misma.

El deseo sexual aumenta y el interés en estas actividades es más intenso, pero puesto que en cualquier sociedad el impulso sexual se encausa de acuerdo a normas y valores pueden entrar en situaciones de conflicto y tensiones.

ASPECTOS SOCIALES

Si se tiene en cuenta que durante la adolescencia culmina el proceso de formación y maduración de la persona, es necesario conocer los mecanismos que conducen a su plena vinculación a la sociedad. Es por ésto que en este capítulo hablamos del proceso de socialización del adolescente.

El proceso de socialización se inicia en la infancia temprana, con la relación que se establece primero entre el niño y su madre, poco después con su familia inmediata y poco a poco con familiares, compañeros del colegio, profesores, amigos, vecinos hasta que, en la adolescencia, establece contacto con la comunidad. Este proceso tiene una característica fundamental que es una creciente independencia en relación con los padres y su consolidación de las relaciones de amistad y de grupo. En las relaciones familiares la adolescencia trae cambios, que algunas veces pueden ser traumáticos. A diferencia del niño, que goza con la compañía de sus padres y de las actividades familiares. El joven comienza a apartarse del núcleo familiar y se va integrando al mundo de los adolescentes para buscar su autonomía. El joven a esa edad prefiere hacer sus "cosas" solo o acompañado de sus amigos, pero no de los padres, quiere tomar sus propias decisiones, elegir sus actividades sin interferencia de ellos. A medida que va alcanzando el proceso de independencia, los padres van perdiendo la influencia que tenían en su hijo y en cambio los amigos y medios de comunicación llegan a tener una mayor influencia en su conducta. A partir de la adolescencia la influencia y el control de los padres deja de basarse en su autoridad y pasa a depender del afecto y del ejemplo. Carvajal de Guerrero, Cruz, Cabal de Posada, Climent y Rivera, 1984, p.178

Carvajal de Guerrero "et al." (1984) clasifica los aspectos sociales que considera más importantes en la adolescencia como son los siguientes:

1) LA AMISTAD EN EL ADOLESCENTE:

La amistad en el adolescente es más sincera, más íntima y menos dependiente de los factores que determinan la aceptación social. Esto se debe a la afinidad en cuanto a necesidades y sentimientos profundos, la característica fundamental de la amistad entre éstos, se basa en una relación personal y de un compromiso afectivo. Existen dos factores importantes en la amistad de los adolescentes:

- a) La necesidad de comprensión
- b) La solidaridad.

a) NECESIDAD DE COMPRENSIÓN: Los jóvenes tienen un "Yo" que aún no está bien estructurado, por lo tanto es voluble e inseguro, con este "Yo" se tiene que enfrentar a grandes retos y a veces, se siente invalidado por sentimientos no siempre placenteros, busca una relación que le proporcione una sensación de seguridad, que lo escuche, lo comprenda y lo entienda. Esta función la cumple el amigo de la misma edad, que pasa por experiencias similares y con el que puede compartir inquietudes y sentimientos, sin riesgo de ser juzgado o rechazado.

b) SOLIDARIDAD: El joven busca ayuda y comprensión, se interesa en sus semejantes, trata de ayudar a resolver problemas y se identifica con el que sufre y con las causas justas. Estas experiencias de altruismo y solidaridad, le proporcionan una satisfacción que contrarresta eficazmente la agustina e inseguridad propias de la edad y despierta sentimientos de autovaloración y confianza en sí mismos.

Se debe de tomar en cuenta que en esta fase del desarrollo se debilitan los lazos familiares. Por lo que es importante el papel que juega el grupo de amigos en la vida y desarrollo del adolescente.

2) LAS FUNCIONES DEL GRUPO: De las funciones del grupo las más importantes son las siguientes:

- Ayuda en la consolidación de la identidad,
- Aceptación social,
- Diferenciación de los demás y
- Ayuda en el proceso de independencia.

3) CONSOLIDACIÓN DE LA PROPIA IDENTIDAD: A medida que se va estructurando el "Yo", el joven va definiendo mejor su propia identidad; sin embargo ésta se va dando en forma lenta, pasando por una etapa angustiosa en la que su imagen de sí mismo es vaga y confusa sumando el hecho en que ya no se siente agusto en el mundo de los niños y tampoco en el de los adultos. Necesita por lo tanto, un mundo propio, un contexto social que le ayude a consolidar su identidad por lo que el grupo de adolescentes satisface esta necesidad, ya que al interactuar se satisfacen simultáneamente ofreciéndose, aceptación social y que a la vez facilita la tarea de diferenciarse de los demás.

4) ACEPTACIÓN SOCIAL: En la adolescencia las tensiones y conflictos que aparecen en esa edad, dan como resultado patrones de conducta, que dificultan la interacción entre jóvenes y personas de otras edades, esto lo colocan en una situación de aislamiento, por lo que el grupo de amigos de la misma edad, le ofrece un contexto en el que se siente aceptado y comprendido por consecuencia esto favorece sus sentimientos de autovaloración.

5) LA DIFERENCIACIÓN DE LOS DEMÁS: En la estructuración de la identidad, uno de los pasos indispensables es la diferenciación entre el "Yo" y los demás. También con la creación de un mundo propio para adolescentes con el establecimiento de elementos culturales como la moda, el lenguaje, la música y el vestido, éstos son algunos elementos que permiten al joven identificar claramente su mundo, diferenciarlo del de los adultos, desarrollando su sentimiento de pertenencia y por consiguiente beneficio en la consolidación de su identidad.

6) AYUDA EN EL PROCESO DE INDEPENDENCIA: El adolescente se siente impulsado a abandonar el ambiente seguro del hogar y a enfrentarse a un mundo lleno de desconcertantes realidades. Este enfrentamiento lo hace cuando aún se siente confundido e inseguro por lo que el grupo de amigos le brinda a sus integrantes el apoyo necesario para llevar a feliz término su proceso de independencia.

7) INFLUENCIA DEL GRUPO EN EL COMPORTAMIENTO INDIVIDUAL: De acuerdo a las condiciones psicológicas de esta edad, en la que predominan sentimientos de inseguridad el

adolescente siente la necesidad de adaptarse a opiniones y patrones de conducta del grupo al que pertenece. Esto se traduce en un gran deseo de seguir a la mayoría y en temor a ser considerado "diferente". Si el grupo aprueba sus nobles ideales, el joven se sentirá motivado a cultivarlos. Si sus amigos estudian y se esfuerzan por lograr un mejor rendimiento académico él seguirá su ejemplo, pero lo contrario también es cierto, si el grupo desapruueba sus ideales, el muchacho terminará por abandonarlos. Si los demás trasnochaban, beben, se drogan o tienen relaciones sexuales, él hará lo mismo. En síntesis el joven terminará imitando los comportamientos deseables e indeseables de su grupo por la dificultad para actuar de una manera diferente a la de sus compañeros.

Antes de introducirnos a los aspectos psicológicos mencionaremos brevemente, algunas de las principales teorías psicológicas que nos explican esta etapa del desarrollo.

TEORÍAS PSICOLÓGICAS

FREUD Y LAS ETAPAS PSICOSEXUALES DEL DESARROLLO:

Según Rappoport (1977), Freud divide el desarrollo psicosexual en cinco etapas de desarrollo, que van desde el nacimiento hasta los primeros dieciocho años de vida aproximadamente. No se pueden especificar con precisión los límites de edad, porque se reconoce que los procesos de crecimiento varían en las distintas personas. No obstante, la cronología del desarrollo psicosexual que por lo general es aceptada es la siguiente:

ETAPA ORAL	0 - 1 Año
ETAPA ANAL	2 - 3 Años
ETAPA FÁLICA	4 - 5 Años
ETAPA DE LATENCIA	6 - 12 Años
ETAPA GENITAL	13 - 18 Años y más años.

ETAPA ORAL: De acuerdo con la teoría psicoanalítica dentro de la etapa oral que va a partir del nacimiento, la fuente de satisfacción de sus necesidades se concentra primordialmente en los labios, lengua, y un poco más tarde en los dientes, por lo que la boca es el primer órgano que aparece como zona erógena.

Al inicio toda la actividad psíquica se concentra en la satisfacción de las necesidades de esta zona, por lo que el infante sólo busca tomar los alimentos, saciar las tensiones de hambre y sed, así vemos que la boca sirve en primer lugar a la autoconservación por nutrición, asociando el infante el placer y la reducción de tensión con el proceso de alimentación. La etapa oral llega a su fin con la salida de los dientes que además incluye la satisfacción de los instintos agresivos.

ETAPA ANAL: Cuando los bebés cuentan con sus primeros dientes, por lo general comienzan a ingerir comida sólida, y por lo tanto sus heces se vuelven más consistentes, la defecación se

convierte entonces en una fuente de placer, porque al eliminar la incomodidad del intestino grueso y al ejercer presión sobre su esfínter anal se calma el intestino y éste le produce una sensación de alivio y de este modo la libido comienza a concentrarse en la región anal.

En esta etapa se inicia el entrenamiento del niño para el control de sus esfínteres, por lo que el niño debe aprender por primera vez a regular un impulso reflejo. Debe demorar la gratificación anal para recibir la aprobación de sus progenitores y evitar críticas, durante este periodo pueden originarse sentimientos de vergüenza.

ETAPA FÁLICA: Alrededor de los cuatro años, la dotación genital del niño se desarrolló en grado suficiente como para transformarse por primera vez, en una fuente importante de estimulación placentera. En esta etapa existen juegos genitales, y ocurren cosas que los Freudianos consideran de gran importancia como el supuesto de la envidia del pene en las mujeres. Cuando la niña advierte que los niños tienen pene y las niñas no.

Un acontecimiento mayor y que según se supone marca toda la etapa fálica es el "Complejo de Edipo", en donde los pequeños intuitivamente adquieren una conciencia de su madre como objeto sexual. Este deseo que experimenta hacia su madre, le produce la ansiedad de castración al percibir la figura del padre poderosa y amenazante. Como resultado de la ansiedad de castración y de otros temores más obvios que se centran en los padres, el niño comienza a resolver su conflicto edípico abandonando o reprimiendo el deseo hacia su madre e imitando a su padre o identificándose con el agresor y de este modo adquiere su identidad masculina o su rol sexual.

La situación de las niñas es análoga a la de los varones porque se supone que ven a sus madres como rivales que las impide tener relaciones sexuales con sus padres, a esto se le denomina "Complejo de Electra" o "Complejo de Edipo Femenino", a diferencia de que en lugar de llegar primero a tener a su madre y después identificarse con ella, se piensa que la niña conserva hacia ella sentimientos ambivalentes, ciertamente la madre constituye un objeto que atemoriza y amenaza, en condición de poderosa rival, pero según se supone estos sentimientos no alcanzan un nivel muy alto y entonces logra su identificación con la madre y adquiere de este modo su rol sexual.

ETAPA DE LATENCIA: Es un período de descanso y recuperación de los deseos y temores elementales experimentados durante el período fálico, abarcando aproximadamente de los 6 a los 12 años de edad. Durante este tiempo la energía sexual o libido se sublima o se canaliza en actividades socialmente aceptables.

Existen dos razones teóricas para que se produzca el largo período de latencia: en primer lugar, es tan grande la represión que se asocia con la resolución del Complejo de Edipo que el niño consciente o inconscientemente rechaza todo lo que guarda relación con el sexo. En esta edad los niños tienen que ver muy poco entre sí y buscan al progenitor de su mismo sexo. Y en segundo lugar, las exigencias de la educación formal, que se inician y tienen lugar fuera del hogar, absorben toda la energía física y psíquica del niño y en ello va incluida la libido.

El período de latencia tiene gran importancia preparatoria para la adolescencia, pues durante esta etapa se establecen nuevos medios para la gratificación y control del ambiente mediante

el desarrollo de la competencia social y el desarrollo de las capacidades físicas e intelectuales nuevas.

ETAPA GENITAL: Durante el período genital la libido reaparece con más fuerza después de la fase de latencia. Esta resurrección de la energía sexual, directa, se produce por razones de crecimiento fisiológico, maduran los órganos genitales, el sistema endocrino produce altas concentraciones de hormonas sexuales -y por razones puramente psicológicas- la gran represión de la latencia se disipa a medida que el niño desarrolla un sentido más fuerte de su identidad personal y fortaleza yoica.

Durante el primer período de la fase genital, se libera la libido y comienza a expresarse de manera más abierta hacia miembros del sexo opuesto. Al comienzo la libido puede dirigirse a alguien semejante a los padres del sexo opuesto, a esto le llaman "los amores pueriles" de la temprana adolescencia y puede ser un maestro, un vecino, o un cuñado. Pero cuando el adolescente descubre por varias razones que no son objetos amorosos adecuados o sustitutos del progenitor, finalmente se vuelve hacia sus seres del sexo opuesto.

En la perspectiva Freudiana, Rappoport (1977) comenta que la adolescencia se puede resumir en una sola frase; constituye, tanto teórica como literalmente un período difícil en el que se explora en busca de un amor heterosexual satisfactorio.

Rappoport cree que podría decirse mucho más sobre el período genital, porque Freud lo dejó abierto en cuanto a su límite final. Es evidente que muchas personas no alcanzan una adaptación sexual genital auténticamente madura hasta mucho más allá de la adolescencia. Desde el punto de vista teórico, una persona puede seguir funcionando a un nivel adolescente o inclusive preadolescente en la esfera psicosexual durante toda su vida.

ERIKSON Y LA TEORÍA DEL DESARROLLO DE LA IDENTIDAD PERSONAL.

Erikson (1963), propuso un marco de desarrollo que se ocupa exclusivamente del crecimiento del sí mismo, consciente o yo, en su afán de ir más allá de los planteamientos de Freud en lo que respecta a la estructura triádica de la personalidad (ello, yo y superyo), y del papel que desempeña el yo en esta estructura. Tomando más en cuenta el modo en que influye la sociedad sobre el crecimiento y el desarrollo del yo.

El marco cronológico de Erikson para el desarrollo del yo, hace énfasis en la manera como evoluciona durante el ciclo vital típico el sentimiento de identidad de la persona. Trata las cualidades del yo que aparecen en las diversas fases del desarrollo, dividiendo el ciclo de la vida en ocho períodos; para cada uno de éstos, Erikson especifica una particular cualidad yoica que debe aparecer si el sentimiento de identidad de la persona se desarrolla adecuadamente, también supone que en cada uno de los períodos de edad se produce una crisis que adopta la forma de un conflicto entre dos cualidades yoicas alternativas, una que se requiere para el desarrollo yoico normal y saludable y la otra que está asociada al desarrollo anormal. La crisis se resuelve, cuando la cualidad saludable prevalece sobre la patológica.

Estas ocho cualidades yoicas dicotómicas y sus periodos o edades correspondientes, son las siguientes:

CUALIDADES YOICAS	PERIODOS DEL DESARROLLO	EDAD CRONOLÓGICA
Confianza básica vs. Desconfianza básica	Oral-sensorial	0 - 1
Autonomía vs. vergüenza y duda	Musculor-anal	2 - 3
Iniciativa vs. culpa	Locomotor-genital	4 - 5
Industriosidad vs. inferioridad	Latencia	6 - 12
Identidad vs. confusión de roles	Pubertad-adolescencia	13 - 18
Intimidad vs. aislamiento	Aduldez - Joven	19 - 25
Procreación vs. estancamiento	Aduldez	26 - 40
Integridad del yo vs. Desesperación	Madurez	41 - y más

CONFIANZA BÁSICA VS. DESCONFIANZA BÁSICA: Las madres crean una sensación de confianza en los niños cuando se combina el cuidado sensible de las necesidades individuales del bebé, con una sensación segura de confiabilidad personal. Esta introduce en el niño la base de una sensación de identidad que se combinará posteriormente con una sensación de estar "bien". Erikson ha sostenido que la facilidad con que el infante se alimenta y la profundidad de su sueño son signos elementales de confianza social. Esta confianza se va desarrollando hasta que se hace más fuerte y puede admitir que su madre esté fuera de su vista sin sufrir ansiedad indebida.

Los Infantes que tienen un cuidado materno más o menos opuesto al que anteriormente se describe, desarrollarán una sensación de desconfianza básica. Si esta situación no es extrema, entonces es probable que el individuo crezca para convertirse en una persona que teme a las relaciones estrechas y de confianza mutua con los demás. Pero si la relación con la madre es excesivamente severa, entonces según Erikson, pueden producirse efectos patológicos inmediatos, tales como la esquizofrenia infantil, o una tendencia a más largo plazo a retraerse periódicamente y caer en estados solitarios de depresión. (Rappoport, 1977, p. 119)

AUTONOMÍA VS. VERGÜENZA Y DUDA: En este periodo el niño logra un control muscular que le permite realizar acciones intencionales, como: gatear, caminar y sostenerse, habilidades que le permiten explorar su entorno y una libre elección, que constituye la base de conducta fundamental de una sensación de autonomía o independencia.

La vergüenza y la duda se presentan cuando existen fracasos y ridículos ante una acción independiente en forma frecuente, otro aspecto importante y conjuntamente con las habilidades motoras es que el niño adquiere capacidad para controlar sus esfínteres, ésto le brinda la oportunidad de tener autonomía para ejercitar su libre elección en lo que respecta al uso del baño y llegará a experimentar vergüenza si sus padres no manejan adecuadamente esta crisis del desarrollo.

Erikson sugiere finalmente, que no puede haber autonomía sin autocontrol, pero el autocontrol sin autoestima no es una verdadera autonomía. La verdadera autonomía habrá de producir una sensación de orgullo y una disposición favorable hacia la experiencia; el autocontrol que resulta del temor, en cambio producirá duda y vergüenza. (Rappoport, 1977, p. 120)

INICIATIVA VS. CULPA: Después de pasar las tensiones del aprendizaje de control de esfínteres y de alcanzar una gran capacidad de acción física, el niño de 4 o 5 años manifiesta una orientación agresiva y llena de placer hacia el ambiente que le rodea, su conducta es de mayor intensidad y se organiza abarcando periodos de tiempo más largos. Esta capacidad de organizar mejor la conducta hacia metas específicas es lo que distingue principalmente a la iniciativa de la autonomía. Erikson dice, que el niño se deleita con su nuevo sentimiento de poder y experimenta gran placer en "atacar y conquistar" objetos que se pone como meta. El peligro que se corre es que el niño se vea arrastrado por su propio entusiasmo y pueda lanzarse a actos agresivos o coercitivos que no pueda controlar y por lo tanto le produzcan culpa. Por ejemplo, una de las formas de conducta patológica que aparece en los adultos, es la destrucción del objeto amado (humano o no), bajo los impulsos de la ira, tras lo cual se producen casi de inmediato una culpa y una pena extremas. Pero cuando los niños ponen de manifiesto una conducta de este género destruyendo por ejemplo un juguete favorito, puede entenderse como una consecuencia relativamente accidental de la iniciativa que se ha descontrolado. (Rappoport, 1977, pp. 120,121)

Erikson ha señalado que la sexualidad del niño desempeña un papel importante en la generación de la culpa, aunque él no entra en detalles como el Complejo de Edipo. Sin embargo, habla del tabú del incesto y la ansiedad de castración y el superyo, que ve al niño involucrado en rivalidades relacionadas con el sexo, éste es el momento importante en la vida del niño en que necesita desarrollar los prerrequisitos de iniciativa masculina o femenina. Sostiene además que el niño adquiere la discriminación para distinguir la conducta socialmente aprobada, de la conducta que la sociedad desapruueba. El individuo que no logra una iniciativa adecuada será presa de un sentido de culpa, profundo y duradero en la vida.

INDUSTRIOSIDAD VS. INFERIORIDAD: La siguiente tarea de importancia con la que se enfrenta el niño, consiste en aprender a conseguir admiración, aprobación y afecto por sus logros, por lo general en la escuela. Esto significa que debe adaptarse a un mundo de instrumentos en el que la lectura, escritura y la cooperación con los demás y con otras actividades constructivas, son criterios importantes para su aceptación.

El peligro de la inferioridad proviene de la posibilidad de que no aprenda las destrezas adecuadas en el proceso de escolarización, cuando el niño no logra dominar estos prerrequisitos de una sensación de industriocidad, probablemente desarrollará un sentido duradero de inadecuación e inferioridad en su existencia.

IDENTIDAD VS. CONFUSIÓN DE ROLES: Al llegar a la pubertad y la adolescencia, este ser que probablemente tiene más de doce años, pasa por una profunda reevaluación de su identidad. Según Erikson, cuestiona todas sus costumbres, creencias, ideas, en las que confiaba en su vida anterior, porque precisa ahora una sensación de identidad más complicada y mejor integrada.

La causa más directa de esta situación son los cambios fisiológicos que llamamos pubertad, la maduración provoca fuertes impulsos sexuales, que orienta los esfuerzos para lograr una estructura yoica o sea, un sentido amplio de identidad del yo, que es la confianza acrecentada sobre la propia habilidad para mantener un sentido interno de mismidad y continuidad de la sexualidad, su ideología y su actuación ante la sociedad. Otro factor es la velocidad con que se cumple el crecimiento corporal y el cambio de apariencia, el joven debe incorporar a su yo una gran variedad de cambios físicos externos (vellosidad, altura, peso, órganos sexuales). Y finalmente debe contarse el nuevo reconocimiento que debe hacer de las tareas adultas y se preguntará cómo habrá de funcionar en la sociedad como adulto. La elección de la ocupación o carrera ocupa aquí un lugar importante en su identidad conciente, dado que las metas ocupacionales y la probabilidad de alcanzarlas se hallan intrincadamente ligadas al status en la mayoría de las sociedades, y el status se halla a su vez relacionado con aspectos sexuales. La confusión de roles puede producirse si el adolescente no establece una identidad sexual adecuada, o si no puede hallar una identidad ocupacional. Para luchar contra esta confusión, el adolescente puede identificarse en forma desmedida con alguna pandilla o con algún héroe popular. Se dice que el enamoramiento es otra de las consecuencias de la confusión de roles. En este caso sin embargo, el amor no aparecerá como primariamente sexual, sino que se ve como un esfuerzo por definir la identidad personal proyectando una imagen yoica mal integrada en otra persona, para que después pueda reflejarla de un modo mejor organizado. El adolescente podría hallarse finalmente a sí mismo de este modo, porque la otra persona puede proporcionarle estabilidad y una norma en función de la cual ordenar sus elementos yoicos.

INTIMIDAD VS. AISLAMIENTO: El adulto joven se halla listo para la intimidad tanto social como sexual con otra persona, si ha establecido hacia el fin de la adolescencia una fuerte identidad personal. Según lo interpreta Erikson, la intimidad consiste en mezclar la propia identidad con la de otra persona. Toda mezcla de este género implica el riesgo de que la identidad de la persona se vea oscurecida o eclipsada, o perdida de alguna otra forma, y solamente, las personas que tienen una identidad relativamente fuerte, están preparadas para tolerar las condiciones de la intimidad. La intimidad auténtica es muy diferente del amor adolescente. La primera implica un compromiso con la otra persona, el establecimiento de "afiliaciones y asociaciones concretas", que requieren el sacrificio de los propios deseos y la conciliación con los deseos del otro. Erikson ve estas condiciones como definidoras de la fusión de identidades y que es necesaria para que se alcance una intimidad auténtica, para poder mantener una relación de este género, las personas deben estar dotadas de autodisciplina y de fuerza ética. (Rappoport, 1977, p. 123)

Si el sentido de la identidad de una persona es demasiado débil, para sostener las incertidumbres de la intimidad, puede producirse el aislamiento. En este caso la estructura de la identidad se ve seriamente amenazada por las demandas de la intimidad; los compromisos y las responsabilidades parecerán excesivas, irrazonables, o se sentirá que restringen con exceso la libertad personal. Parece también claro que la persona cuya identidad yoica es débil, podrá experimentar una marcada ambivalencia. Por una parte, se sentirá inclinada hacia

el establecimiento de relaciones íntimas, pero por otra parte, éstas la repelerán o la asustarán, cuando se tornen suficientemente intensas, como para exigirle un compromiso serio, si el joven falla en este proceso de intimidad, inevitablemente el individuo se estanca en un aislamiento afectivo y social ante los demás; y se dirige a la siguiente etapa de su desarrollo con sentimientos y actitudes de autoabsorción o encerramiento en sí mismo.

PROCREACIÓN VS. ESTANCAMIENTO: Erikson sostiene que después de la fase genital descrita por la teoría psicosexual de Freud, sigue una fase psicosexual y psicosocial denominada "procreadora", basa su punto de vista en el supuesto de que, el logro de una adaptación genital, relativamente feliz, conducirá eventualmente hacia una expansión de los "intereses yoicos", y a "depositar libido" en lo que se procrea como resultado de la intimidad sexual. En otras palabras, parece ser que si en un punto del desarrollo las buenas experiencias genitales heterosexuales son un fin en sí mismas si se logran regularmente, pueden poco a poco llegar a ser un medio para un fin superior, la producción de hijos o, una parte del significado de las buenas experiencias sexuales genitales, tal como lo sienten sus progenitores incluirá eventualmente la creación de hijos. A la procreación se le ve como una preocupación por la nueva generación. Si la procreación no se desarrolla, puede aparecer el estancamiento y una sensación de empobrecimiento personal. Esto es lo que suele tratarse bajo el nombre de crisis de la "edad madura"; puede manifestarse a través de quejas sobre lo que la persona ha perdido en la vida, o sobre la falta de sentido de la vida, ésto lo lleva a la autoabsorción, encerramiento y esterilidad de su propia vida y existencia.

INTEGRIDAD DEL YO VS. DESESPERACIÓN: Cuando una persona ha vivido la mayor parte de su vida se halla en el umbral de la vejez y enfrenta la certidumbre de la muerte. Erikson dice que para enfrentar adecuadamente esta etapa, la persona debe tener una cualidad a la que denomina "integridad del yo", y aunque no puede ofrecer una definición clara de esta cualidad, habla en cambio de ciertos factores constituyentes o ingredientes de la identidad yoica: dignidad, sabiduría, práctica, fe en el orden, y el significado de la vida, aceptación de la pauta vital que se ha seguido, y una sensación de continuidad de las cosas que ha tenido lugar antes de la propia vida y las que seguirán cuando uno ya no viva. (Rappoport, 1977, p. 125)

Erikson describe también la integridad del yo, como el producto final de las siete fases anteriores del desarrollo.

Teóricamente la integridad yoica aparece como una síntesis final de todas las cualidades yoicas anteriores. Aunque no explica exactamente de qué modo se produce esta fase final, sugiere que puede lograrse de muchas formas diferentes. A este respecto define a la persona como "una entidad cultural", porque las normas de su cultura habrán determinado de qué manera habían de resolverse sus conflictos yoicos anteriores y se reflejarán como elementos importantes en su estado final de integridad yoica. En cierto sentido puede interpretarse que la persona madura e integrada, constituye un microcosmo viviente de su cultura.

El aspecto negativo de esta fase es la desesperación que vive el individuo e involucra un sentimiento frecuentemente basado en la realidad, de que ha desperdiciado las oportunidades para poder realizarse y trascender, que su vida y existencia no tienen valor ni sentido.

SULLIVAN Y LA TEORÍA INTERPERSONAL DEL DESARROLLO.

Sullivan (1953); considera que la clave para la comprensión de la personalidad se halla en las relaciones sociales. Con frecuencia se le llama Neofreudiano, porque su obra se basa en la teoría psicoanalítica y porque muchos de sus supuestos básicos son semejantes a los de Freud. Pero inclusive a un nivel básico, existen diferencias importantes entre las dos teorías. Ambos autores otorgan gran significado a las áreas oral y anal del cuerpo, particularmente en edades tempranas del desarrollo, pero mientras Freud orientó la discusión de estas áreas hacia su teoría del funcionamiento de la libido; Sullivan las examinó como zonas de interacción con el mundo, dando mayor énfasis a los procesos sociales y a los procesos cognitivos. Distinguiendo tres niveles diferentes de pensamiento o modos de experimentar el mundo, que sirven como base de su principal contribución a la psicopatología. "Una teoría de los Desórdenes Esquizofrénicos". Teoría que sugiere que las experiencias sociales infortunadas en períodos tempranos de la vida, pueden conducir a los procesos anormales de pensamiento, que se encuentran en forma característica en los esquizofrénicos. (Rappoport, 1977, p. 106)

Sullivan, especificó seis fases del desarrollo de la personalidad y consagró gran esfuerzo teórico a la infancia, pero como Freud, puso término a su descripción sistemática del desarrollo de la personalidad al final de la adolescencia, siendo difícil restringir sus fases a períodos de edad determinados, porque los ha delineado de acuerdo con la aparición de acontecimientos importantes y no según la edad cronológica. Para asociar las diferentes fases a ciertos períodos de edad, se dan por ende asuntos de deducción. A continuación incluiremos las seis fases tal como Sullivan las denominó y la edad aproximada que ellas abarcan.

INFANCIA	de 0 - 2 años
NIÑEZ	de 3 - 5 años
ETAPA JUVENIL	de 6 - 9 años
PREADOLESCENCIA	de 10 - 12 años
ADOLESCENCIA TEMPRANA	de 13 - 17 años
ADOLESCENCIA TARDÍA	de 18 - 21 años

INFANCIA: Para Sullivan, la infancia se desarrolla aproximadamente de 0, o sea, el nacimiento del niño hasta los 2 años cuando aparece el lenguaje articulado. Es una de las etapas a la que le da mayor relevancia, porque se acentúa la importancia de los acontecimientos interpersonales como: la alimentación y la orientación hacia el pezón. La zona oral de interacción ocupa un status crucial en la supervivencia porque depende de los acontecimientos orales, también considera que en esta interacción se originan muchos de los rasgos básicos, que caracterizan a todas las situaciones interpersonales, empezando a aparecer el miedo, en la medida de las necesidades que tiene el infante de aire, alimento, sueño y calor, no se satisfagan plenamente, por lo que experimentará una incomodidad que puede llegar con facilidad a la tensión cargada de temor que Sullivan ha denominado ansiedad, también sugiere que es posible provocar esta forma primitiva de ansiedad en el infante, interrumpiéndole el suministro de agua, originando una ligera incomodidad a la que le seguirá un aumento de la tensión emocional que pronto llegará al terror.

La teoría describe que cuando en el bebé se hallan satisfechas todas sus necesidades y no experimenta ansiedad, se halla en el extremo de euforia de la escala y cuando sus

necesidades se ven seriamente afectadas, como en el caso de la falta de aire, se encontrará en el extremo de terror en la escala de ansiedad.

Es básico el hecho de que la satisfacción de todas las necesidades del infante requiera por lo menos de una persona que cumpla la función maternal. Para que se satisfagan sus necesidades, el infante debe cooperar en forma pasiva con la madre, o coordinar en forma activa sus esfuerzos con los de ella. Esta relación social fundamental que debe existir entre la madre y el infante, constituye el cimiento mismo de la personalidad.

La primera situación interpersonal es el amamantamiento, que se halla determinado por la experiencia con el pecho de su madre, se experimenta un "pecho bueno", cuando el amamantamiento es satisfactorio, y un "pecho malo" cuando no le da leche.

Estas discriminaciones entre los diferentes pechos, que según se presume se aprendieron en la temprana infancia y constituye la base de las concepciones globales que tiene el infante de sí mismo y de los demás. A estas concepciones positivas o negativas las denomina "personificaciones" y tiene importancia práctica porque según el infante se "personifique" a sí mismo, y "personifique" a los demás, esperará experiencias placenteras o displacenteras (alta o baja ansiedad), como resultado de su propia conducta o de la conducta de los demás. La personificación de sí mismo que hace el infante va elaborándose hasta llegar hasta la última parte de la infancia, en un rudimentario "sistema de sí mismo" tripartito, ya que incluye tres personificaciones o autoimágenes diferentes el "yo bueno, el yo malo y el no yo", Sullivan (1953).

El yo bueno es la personificación inicial, que organiza la experiencia y en la cual las satisfacciones se han visto favorecidas por incrementos gratificadores de la ternura, que llegan al infante por la persona que cumple con afecto la función maternal.

El yo malo, en cambio es la personificación inicial que organiza la experiencia en la cual, los crecientes grados de ansiedad se asocian con las conductas que implica a la persona que cumple la función maternal.

El no yo, puede comprenderse paradójicamente como una visión de sí mismo que rechaza una parte significativa de sí mismo.

Sullivan, creía que la zona oral era la corriente principal para la evolución del sí mismo, ya que intervenía en un gran número de actividades de la vida, desde comer y beber, hasta el habla y el juego sexual.

El aprendizaje temprano comienza en la aprehensión (percepción primitiva). Para el sexto y octavo mes de vida el infante hace expresiones faciales y en muchos casos el niño está bastante bien organizado para el noveno mes, épocas entre la cual distingue entre el temor y la ansiedad y responde a los cambios en su nivel de ansiedad con el fin de satisfacer expectativas paternas. El entrenamiento del lenguaje también comienza cerca del final del primer año de vida y así el niño pasa al modo paratáxico de experiencia, (es decir, que se ven conexiones causales entre experiencias que nada tienen que ver entre sí), en el cual el habla autista es la regla. Para el niño es muy importante adquirir un sentido de previsión en la experiencia.

La teoría de Sullivan hace hincapié en que el niño puede evaluar incluso antes de que tenga el habla. El niño usa el lenguaje para nombrar y especificar estos juicios previsoires acerca de lo que es probable que ocurra en la experiencia. El período o época de la infancia comienza desde el nacimiento, y llega por lo tanto hasta la maduración de la capacidad lingüística.

NIÑEZ: Este período inicia aproximadamente de los 3 a los 5 años y va desde la aparición del lenguaje significativo, hasta la maduración de la necesidad de compañeros de juego.

Sullivan señala que la niñez comienza cuando aparece la capacidad de utilizar un lenguaje significativo. El lenguaje y la capacidad simbólica que lo acompaña, le permite al niño cumplir el progreso psicológico, más importante de este período: "funde personificaciones" que estaban anteriormente separadas. Esto significa que en lugar de pensar en términos de ser un yo bueno o un yo malo, o de tener una madre buena o una madre mala, se concibe a sí mismo y concibe a los demás como personificaciones que contienen tanto elementos buenos como malos.

Esta fusión le parece a Sullivan inherente al uso del lenguaje, gracias al increíble poder de la conducta verbal aparece la socialización que es la restricción de las necesidades personales y la buena disposición para renunciar y adaptarse a las exigencias de otras personas, así como la aceptación de satisfacciones parciales de las necesidades, en vez de placeres completos. Esto es lo que Sullivan denominó "sublimación". Este dinamismo toma forma durante los primeros meses de vida, sin embargo, es en la niñez cuando la sublimación se convierte en un dinamismo prominente, gracias a la aparición del lenguaje, el aprendizaje del "no, no y haz esto o no hagas eso". La madre y el padre amplían sus prohibiciones y el niño constantemente debe conciliar. A la sublimación poco a poco se le une la identificación como cuando un niño juega como si fuera un padre, (jugar a mamá y/o a papá).

La niñez es una época de creciente conciencia de sí mismo y las personificaciones del sí mismo se incrementan rápidamente (en especial el yo bueno y el yo malo). Así como la capacidad de socialización, por lo que el niño puede convivir con otros niños o adultos.

ETAPA JUVENIL: Esta etapa cronológica es aproximadamente de los 6 hasta los 9 años de edad y va de la necesidad de compañeros de juego hasta la necesidad de intimidad isofílica.

En esta etapa aparecen fuertes necesidades sociales que se extienden más allá de los límites de la familia, esta etapa está marcada por la entrada al colegio, los años de escuela y el encontrar a un amigo. Los logros importantes de este período son la extensión de horizontes sociales, aprender la adaptación social, vincularse con diferentes figuras de autoridad y desarrollar controles internos.

Las relaciones interpersonales características de esta etapa son la socialización que se refleja en la competencia y la cooperación, descubre que en el grupo su status depende de que tan brillante es en los estudios, qué tan hábil es en los juegos o experto en aventuras y travesuras. Forman grupos selectos, fomentándose así la identificación con el grupo cronológico y el niño adopta estilos conductuales de compañeros que considera deseables.

En comparación con la teoría psicosexual de Freud, el complejo de Edipo que aparece en la infancia y el inicio de la época juvenil del desarrollo (aproximadamente a la edad de 4 y 6 años).

Sullivan no negaba que en el varón existía una situación aparentemente edípica y no estaba seguro que este fenómeno se diera en la mujer, sino que para él los factores edípicos probablemente eran malos entendidos de los analistas ya que el hombre desarrollado no desea a su madre como desea a su mujer, en el sentido sexual "carnal", al reconocer que Filos en griego significa "amor", distinguía entre este estado y el eros, que se refería especialmente a un factor genital en las relaciones interpersonales, la lujuria (eros), no es idéntica al amor (filos). Las tendencias para integrar situaciones carnales eróticas no deberán confundirse con aquellas que dan lugar a situaciones amorosas; éstas últimas pueden sobrevivir indefinidamente a la pérdida de posibles satisfacciones sexuales o la integración de situaciones sexuales con personas que no están en la relación amorosa. Contrario a la teoría psicoanalítica clásica que dice que los niños tienen apetito sexual por sus padres, el dinamismo carnal no está ni siquiera maduro en este período de la vida. (Rychlak, 1988, pp. 264,265)

Es necesario conocer algunos prelijos en la distinción de eros y en contraposición a filos, por ejemplo autofilia (amor a uno mismo), e isofilia (amor por un miembro del mismo sexo) y heterofilia (amor por un integrante del sexo opuesto), o alternativamente autoerótico (apetito carnal por uno mismo), e Isoerótico (apetito carnal por un miembro del mismo sexo), y heteroerótico (apetito carnal por un miembro del sexo opuesto). Este punto de división consiste en tener una certeza absoluta de distinguir entre el amor y la lujuria, así como el sexo de la otra persona que se busca para cualquier forma de integración emocional.

Al comienzo de la vida los niños pasan por una etapa autofílica, en la cual da como resultado una conciencia mal definida, invierten todas las emociones amorosas en ellos mismos y poco a poco extienden estos vínculos amorosos a los padres, como vínculos isofílicos y heterofílicos, pero estos vínculos emocionales no deben confundirse con las vinculaciones eróticas de una llamada situación edípica.

PREADOLESCENCIA: Esta etapa transcurre aproximadamente de los 10 a los 12 años y va desde la intimidad isofílica (amor por un miembro del mismo sexo) hasta la maduración de los dinanismos genital-carnal.

Se define por la necesidad de una relación íntima del propio sexo, en donde los sentimientos y las necesidades de otra persona tienen tanta importancia como los propios, por lo que intimida con un miembro del mismo sexo en un vínculo de amor (filos) a un nivel más profundo que con sus compañeros.

A la persona que elige el preadolescente se le conoce como el camarada (amigo). La preadolescencia entonces es la época del camarada o amigo y sirve a la maduración de una "capacidad de intimidad" que es una manifestación superior de amor porque cuando se ama a alguien, se preocupa más por las satisfacciones y la seguridad de esa persona que por las propias.

El preadolescente confía y depende de su amigo e intercambia los secretos más profundos, proporciona la primera orientación verdaderamente social de la vida de la persona, ya que hay una intimidad que no se alcanzó antes con nadie. Sullivan en 1940, definía la intimidad como la igualdad perfecta en una integración de grupo de dos.

La relación con el individuo le permite validar los componentes que le permite al niño sentirse una persona valiosa.

En resumen, en esta época empiezan las relaciones humanas genuinas, el preadolescente tiene la necesidad de saberse igual a los otros que se refleja en la mutualidad y reciprocidad de las relaciones interpersonales y empieza a surgir, de manera confusa, el sentimiento de independencia.

La preadolescencia va desde la intimidad isofílica hasta la maduración de los dinamismos genital-carnal.

ADOLESCENCIA TEMPRANA: Este período se considera de los 13 a los 17 años y va desde el apetito sexual hasta la configuración de la conducta lascivia. Esta época de la pubertad puede variar mucho de una persona a otra, pero tarde o temprano la persona joven pasa por la pubertad, y comienza a sentir impulsos definidos de una zona corporal que antes se ocupaba de la eliminación de los desechos. Sullivan (1953) denominaba "lascivia" a este sentimiento impulsivo, o también "el aspecto percibido de la pulsión genital".

Así como antes la necesidad de amistad íntima impulsaba al joven, ahora el adolescente es impulsado por la necesidad de gratificación lascivia. Los problemas que surgen aquí, se confunden por el hecho de que el amor erótico no es necesariamente amor filio. Algunos adolescentes a quienes se les ha enseñado que el amor carnal es "sucio", cambian apropiadamente su estilo de amor: desde el isofílico (mismo sexo), hasta el heterofílico (sexo opuesto). Sin embargo tampoco pueden adquirir un vínculo heteroerótico con su ser querido; puede enamorarse profundamente, eventualmente casarse y conservar un problema de ajuste con el aspecto sexual del matrimonio; otros cambian de estilo amoroso y adquieren rápidamente pulsiones eróticas con el sexo opuesto. A menudo es posible satisfacer el dinamismo genital-lascivo sin tener ningún sentido verdadero del amor por una pareja sexual. Si en el acto sexual un compañero satisface el amor y el apetito carnal mientras que el otro sólo satisface la lujuria, es probable que el resultado de esta relación sea infeliz para uno de los participantes o para ambos. Sullivan observaba que algunas personas tienen relaciones sexuales y, sin embargo, no se interesan por la satisfacción del compañero. Hay personas que incluso como adultos cronológicos, usan los cuerpos de otras personas en vez de sus propias manos para lo que podría llamarse "masturbación autoerótica", tal individuo no ha madurado apropiadamente ni ha configurado integraciones sexuales en un sentido verdaderamente interpersonal y social. Esa persona seguramente no está "enamorada" y es probable que no tiene ninguna necesidad especial de amistad íntima. Creía también que, como la última tendencia de integración para la madurez el dinamismo del apetito carnal era muy poderoso y no podía sublimarse con tanta facilidad. (Rychlak, 1988, p. 266)

ADOLESCENCIA TARDÍA Y MADUREZ: Esta etapa transcurre aproximadamente de los 18 años en adelante e inicia con la conducta sexual lasciva y hasta que se integre ésta con las demás áreas de su vida.

Esta etapa final comienza cuando el cuerpo del adolescente está totalmente maduro y logra una adaptación sexual satisfactoria. La persona comienza la adolescencia tardía cuando descubre que es lo que lo satisface en materia de conducta genital y cómo integrarlo con el resto de su vida.

La adolescencia tardía continúa hasta que la persona establece un "repertorio de relaciones interpersonales plenamente humano o maduro", en cuyo punto puede decirse que es una persona madura. Pero es necesario, que se logre un ajuste razonable de las necesidades sexuales genitales, antes de que puedan producirse los procesos que conducen a la madurez. Estos procesos requieren que se aprenda mucho más, con mayor detalle y tanto por experiencia personal como vicaria, sobre uno mismo, los demás, y el mundo en general. La mayor parte de esta experiencia se da del modo sintáctico cuyo prototipo es la educación universitaria. (Rappoport, 1977, p. 116)

Sullivan dice que la persona que logra un patrón satisfactorio de conducta sexual y que luego concurre a una universidad, cuenta con una "oportunidad realmente extraordinaria" de aprender sobre sí mismo y los demás. Este aprendizaje, es un prerrequisito para el establecimiento de relaciones interpersonales maduras, porque no es posible tenerlas si faltan la tolerancia, la perspectiva, el autorespeto y la conciencia de las necesidades personales, que son el resultado de un conocimiento amplio de la vida. Sullivan pone término a su ensayo de las fases del desarrollo diciendo que, cuanto más alto sea el grado de madurez, en menor grado interferirá la ansiedad con la tarea de vivir.

Las teorías antes explicadas ayudan a tener un marco teórico de referencia para entender el desarrollo en las diversas etapas del ser humano y poder comprender los aspectos biopsicosociales de la adolescencia.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Para abordar los aspectos psicológicos y el plano emocional, se retomaron los puntos de vista de Carvajal de Guerrero "et al" (1984) que son los siguientes:

En los aspectos psicológicos del adolescente, incluiremos los siguientes puntos: Su desarrollo intelectual y su evolución en el plano emocional, cada uno con sus características de socialización.

DESARROLLO INTELECTUAL: La adolescencia es una etapa de desarrollo durante la cual llega a su máxima eficacia, la capacidad de adquirir y utilizar sus conocimientos. El nivel de funcionamiento intelectual que se alcanza al final de la adolescencia y al comienzo de la edad adulta y el grado en que esta capacidad se ejercite, determinará la actividad intelectual de la persona. La inteligencia es una facultad cuyo desarrollo depende de su ejercicio, por lo que el estudio y la actividad académica son necesarias para lograr un máximo desarrollo de sus facultades mentales.

CARACTERÍSTICAS DE LA INTELIGENCIA DEL ADOLESCENTE: En esta etapa de desarrollo, el adolescente maneja las operaciones mentales concretas y llega a la etapa de operaciones formales adquiriendo nuevas capacidades de las que se destacan:

- a) Capacidad de retomar su pensamiento para reflexionar y razonar por sí mismo,

- b) Obtener varias alternativas para la solución de un problema
- c) Poder distinguir lo verdadero de lo falso y confrontar sus hipótesis con la realidad,
- d) Obtener un pensamiento abstracto, es decir, que este pensamiento es independiente de la realidad inmediata.

CONSECUENCIAS DEL DESARROLLO INTELECTUAL DEL ADOLESCENTE: En consecuencia del desarrollo intelectual del adolescente resultan los siguientes aspectos:

LA CONCIENCIA DEL "YO": Por su reciente capacidad de reflexionar acerca de sí mismo, el muchacho empieza a tomar conciencia de su "YO", es decir, de su individualidad que a diferencia de los niños cuyos intereses son dirigidos al descubrimiento del mundo exterior, el adolescente enfoca sus inquietudes hacia sí mismo, descubre sus propios sentimientos y vivencias, adquiriendo conciencia de su propia identidad y busca consolidar su personalidad y hacerla reconocer por los demás. Al mismo tiempo va desarrollando la capacidad de entenderse a sí mismo y de analizar y comprender el mundo que le rodea.

LA REFLEXIÓN: El hombre al llegar a la adolescencia se plantea por primera vez interrogantes fundamentales de la vida, más allá de buscar su identidad, le preocupan las interrogantes de tipo filosófico que lo llevan a pensar en el sentido, la finalidad y la dirección de la existencia.

LA INCONFORMIDAD CON LA REALIDAD: Con su capacidad de confrontar los ideales y las hipótesis con la realidad, el adolescente comienza a tener preocupaciones sociales desarrollando sentimientos de inconformidad y cuestionamientos que en algunos casos son fuentes de angustia.

LA CRITICA: Como resultado de los anteriores aspectos, los adolescentes desarrollan un agudo espíritu crítico que los lleva a oponerse a las opiniones de los adultos y adoptan algunas veces posiciones rebeldes y extremistas.

ASPECTOS EMOCIONALES DE LA ADOLESCENCIA: La mayoría de la teorías sobre adolescencia están basadas en poblaciones cuya muestra, son jóvenes con problemas, por lo que sus resultados deben tomarse con reservas, ya que no se puede generalizar para toda la población adolescente.

El Dr. Otter de Chicago (S/a), realizó estudios sobre adolescentes que han tenido un desarrollo normal, de sus investigaciones tomaremos algunas conclusiones, por considerarse importantes para este trabajo, a pesar de que su trabajo pertenece a un medio socio-cultural diferente.

Distingue tres tipos de desarrollo durante la adolescencia: 1) El desarrollo continuo, 2) El desarrollo rápido y 3) El desarrollo abrupto, identificando cuatro factores que inciden en el comportamiento del adolescente, estos factores son: a) La familia, b) Las relaciones interpersonales fuera del núcleo familiar, c) Los aspectos emocionales del adolescente y d) La sintomatología propia de la adolescencia.

EL DESARROLLO CONTINUO: A este grupo pertenecen los jóvenes que en el transcurso de su desarrollo no presentan mayores problemas. Su ambiente es favorable, su carga hereditaria es normal y su ambiente familiar es adecuado. La familia de este tipo de jóvenes no ha sufrido eventos traumáticos, ni conflictos graves, gozando de una sana estabilidad. Los padres han sido flexibles y permiten alcanzar la independencia en forma gradual y basan su relación entre padres e hijos en una esfera de confianza, respeto y afecto. Gracias a esta sana relación el adolescente logra crear su mundo fuera de la casa, sin un estricto control de los padres y sin rehuir de ellos. En este tipo de familias, el sistema de valores coincide entre padres e hijos y que además el adolescente varón se identifica con su padre y la joven con la madre. La figura del sexo opuesto juega un papel importante, ya que a través de sus relaciones con él lleva a cabo su propia identidad, de su sexualidad y de su seguridad, confianza o autoestima en la vida adulta.

En sus relaciones interpersonales muestran una buena capacidad para relacionarse con personas de sexo femenino y masculino, sin embargo, las relaciones con el sexo opuesto se hacen más sólidas, las relaciones de amistad con personas del mismo sexo y la confianza entre ellos prepara al adolescente para una relación heterosexual y para la extensión de su confianza al otro sexo.

VIDA EMOCIONAL DEL ADOLESCENTE: Estos jóvenes que tienen un desarrollo continuo, su vida emocional se caracteriza por su capacidad de adaptación y el manejo de situaciones difíciles. Tienen una actitud asertiva ante las dificultades y trabajan hasta lograr sus objetivos, obtienen gratificación por el logro de una meta importante. Estos adolescentes manejan adecuadamente sus sentimientos de culpa y de vergüenza por lo que no llegan a perturbar su equilibrio.

En lo que se refiere a la sintomatología, carecen de síntomas severos, se ven contentos con su situación, son jóvenes felices, que llevan una vida ordenada y ante los problemas, reaccionan con tranquilidad sin expresar sentimientos de frustración.

EL DESARROLLO RÁPIDO: En este caso, la transición hacia la vida adulta es más rápida y los adolescentes que pertenecen a este grupo, se parecen al anterior, pero existen diferencias que es necesario mencionar:

En el plano familiar, estos jóvenes han vivido problemas hereditarios y situaciones traumáticas, como separaciones de los padres, alguna muerte en la familia o alguna enfermedad. Existe inconsistencias en el sistema de valores y conflictos con los padres en lo que se refiere a la disciplina, rendimiento escolar. En sus relaciones con los demás, no son tan equilibrados, como los primeros y necesitan el apoyo y la seguridad en los adultos que los rodean.

En su vida emocional, el manejo y la adaptación ante los problemas se caracteriza por un bloqueo en la expresión de sentimientos y una expresión de rabia ante circunstancias frustrantes.

En cuanto a sintomatología, no se presentan síntomas de gravedad, se observa una menor capacidad de introspección y cierta dificultad para explorar y expresar sus propios conflictos.

DESARROLLO ABRUPTO: Los jóvenes que pertenecen a este grupo, son considerados como muchacho problema, porque en su transición hacia la vida adulta presentan crisis agudas y que se diferencian fácilmente en todos los aspectos a los grupos anteriores.

Estos individuos provienen de familias inestables, los padres tienen conflictos conyugales y con frecuencia, hay casos de enfermedad mental en parientes cercanos, no tienen un sistema de valores definido, siendo confuso e inconsistente que afecta su estabilidad. Su historia genética y sus condiciones ambientales y familiares, son altamente desfavorables.

En lo que se refiere a sus interacciones con los demás, tienen en mayor grado de dependencia de contactos extrafamiliares que del grupo familiar; es decir, que tienen un sentimiento de mayor lealtad hacia sus amigos que hacia sus padres y hermanos. En estos casos los noviazgos y las relaciones heterosexuales comienzan antes que los otros, ésto se debe a que buscan en los muchachos el sustituto de la madre.

En el plano emocional se muestran inseguros, presentan conflictos con sus padres y sufren inhibiciones, tienden a sentirse angustiados y deprimidos, desconfían de los adultos, sus conflictos emocionales se reflejan en un deficiente rendimiento académico y gran parte de su energía la invierten en el manejo de frustraciones.

En cuanto a su sintomatología, presentan una mayor cantidad de síntomas y problemas, tienen dificultades en situaciones vitales, sufren traumas psicológicos, se sienten infelices y son más críticos y agresivos en el ambiente que los rodea.

SITUACIÓN EMOCIONAL DEL ADOLESCENTE: Nos referiremos a continuación a algunas características importantes del adolescente en el plano emocional: altruismo y solidaridad. En esta edad el joven alcanza un grado de desarrollo emocional, que le permite hacer experiencias de altruismo y solidaridad. En la práctica, ésto se traduce a la capacidad de olvidarse de sí y darse a los demás, de compartir las penas y alegrías de otras personas y de sacrificarse por ellas. Por esta razón, la adolescencia es la edad de los grandes ideales y anhelos de heroísmo.

SENSIBILIDAD E INTROVERSIÓN. Al tiempo que el desarrollo intelectual del joven le permite afianzar la conciencia de su propia identidad, éste descubre nuevas experiencias emocionales que lo llevan a replagarse sobre sí mismo y a experimentar un intenso despertar de su sensibilidad. En esta etapa de la vida, los jóvenes se tornan Introversos y soñadores y se abandonan frecuentemente a sus intensos sentimientos de amor, miedo, ternura, rabia, alegría, compasión, afecto y tristeza. Por esto la adolescencia es la edad de la intimidad, del diario, del secreto y del aislamiento; el joven parece extasiado ante la infinita variedad y complejidad de sus experiencias emocionales.

EL DESPERTAR DE LA PSICOSEXUALIDAD: Por psicosexualidad entendemos el conjunto de sensaciones, pensamientos, fantasías y emociones que se refieren a la vida sexual y llevan el interés de los jóvenes hacia personas del sexo opuesto. En el ser humano, la psicosexualidad no se localiza en los órganos reproductores, sino que se proyecta a la totalidad de su ser; el despertar de lo sexual que tiene lugar durante la adolescencia, no se traduce solamente en nuevos impulsos biológicos, sino que determina también el pensamiento y la vida sentimental de los muchachos.

En el muchacho, el despertar de lo sexual se caracteriza por una mayor inclinación a la experiencia física del sexo y por una disociación entre el deseo sexual y la dimensión afectiva del amor. Por este motivo, el joven se siente fuertemente atraído por todo lo relacionado con el sexo, piensa en el desnudo femenino y experimenta el deseo de tener experiencias sexuales,

aunque éstas no estén relacionadas con sus sentimientos de amor. El objeto de su deseo sexual puede ser cualquier mujer, aún cuando esté enamorado de una muchacha en particular. En la joven, por el contrario, el despertar de la psicosexualidad se presenta con características diferentes, ya que ésta tiende a sublimar el impulso sexual y a expresarlo en forma sentimental. Así pues, sus deseos no se refieren únicamente a la experiencia física del amor, sino que incluyen su dimensión afectiva y se traducen en un anhelo de ternura, afecto y comprensión y a diferencia de los jóvenes abarcan también el sueño de un hogar y de unos hijos.

Cuando la muchacha experimenta deseos sexuales, propiamente dichos, éstos suelen estar directamente relacionados con sus sentimientos y se dirigen a la persona amada.

CONFLICTOS EMOCIONALES DEL ADOLESCENTE: En esta edad el joven se enfrenta simultáneamente a grandes interrogantes y a la necesidad de adaptarse a un nuevo cuerpo y a nuevas funciones biológicas, al establecimiento de un nuevo tipo de relaciones familiares y sociales, a nuevas exigencias en el plano académico y a nuevas experiencias en el terreno afectivo y sexual. Por todo esto, los conflictos emocionales son frecuentes en esta etapa del desarrollo; a continuación nos referiremos a los más comunes, teniendo en cuenta que su frecuencia e intensidad varían según las características y circunstancias de cada muchacho y según su tipo de desarrollo o personalidad.

AMBIVALENCIA ANTE LA EMANCIPACIÓN: El adolescente se encuentra en una situación de ambivalencia y conflicto, debido a que está al mismo tiempo sujeto a dos fuerzas, una que lo impulsa hacia la emancipación y otra que se lo impide. En la primera, se encuentra su deseo de independencia y las presiones sociales que empiezan a exigirle responsabilidades propias del adulto y lo alejan del proteccionismo de la infancia. Entre los obstáculos que se le presentan por lograr su autonomía está la prolongación de la educación y, por consiguiente también de la convivencia con los padres y de la dependencia económica; la inconsistencia de la sociedad tratando al joven como niño y a veces como adulto; las discrepancias entre los padres respecto al grado de autonomía que se le puede conceder y, finalmente, la ambivalencia personal, o sea, experimentar al mismo tiempo un deseo y un temor a la independencia. Este conflicto entre ser autónomo y los obstáculos que se oponen a ello, son fuente de angustia, por lo que en casos extremos, pueden llevar al joven a adoptar una conducta rebelde y agresiva.

INCONSISTENCIA EN LA AUTOVALORACIÓN: La adolescencia como etapa de transición a la vida adulta en la que el joven se obliga a dejar de ser niño, cuando aún no se siente plenamente capaz de ser adulto, éste puede verse afectado por fuertes sentimientos de inseguridad, que son traducidos en una actitud de desaliento ante la tarea de completar su propia formación, de culminar sus estudios y de llegar a ser una persona de valor, o bien, presentar períodos de subvaloración personal alternados con otros en los que predominan sentimientos opuestos o de sobrevaloración; en donde el muchacho se considera un Superhombre; el más inteligente, el más valiente, el único capaz de arreglar el mundo. Y en los casos extremadamente difíciles, esta inconsistencia en los sentimientos de autovaloración pueden dar origen a problemas emocionales como la depresión, la susceptibilidad excesiva y la vulnerabilidad a la crítica.

CAPITULO II

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

A través de la Historia se ha observado que el hombre ha intentado controlar la procreación de los hijos de diversas formas, algunas de éstas han sido sorprendentemente razonables, tomando en cuenta que la falta de conocimientos sobre fisiología reproductiva humana era una limitante. A su vez, también existieron otras formas basadas en supersticiones, tabúes y hasta en lo mágico.

ANTIGUO EGIPTO

En el año de 1899, fue encontrado en Egipto, el texto más antiguo que habla sobre los métodos anticonceptivos que se utilizaban en esa región, este documento llamado "Petri" o "Kahun", data de alrededor del año 1850 A.C., el cual fue reconstruido y publicado por F.L. Griffiths. Una de las recetas aconsejaba el uso de excremento de cocodrilo, mezclados con una pasta que servía de vehículo, otra de ellas proponía la irrigación de la vagina con miel y bicarbonato de sodio nativo natural. La miel es mencionada frecuentemente a través de la historia como tónico anticonceptivo.

Otro texto llamado papiro "Ebers", que data del año 1550 A.C., y que fue encontrado en Luxor en 1873, contiene una serie de recetas médicas, alguna de estas recomiendan un tapón de hilaza medicada humedecida en jugo de acacia fermentada. Los brotes de acacia contienen goma arábiga, que cuando se fermenta y se disuelve en agua, libera ácido láctico, una sustancia que se usó frecuentemente a principios del siglo XX.

El papiro "Berlin" es el más conocido de todos, éste sugería la fumigación con Hierbabuena (menta), para determinar si las trompas estaban bloqueadas. Se realizaba una prueba de fertilidad, consistía en mezclar sandía con leche de una mujer que hubiera dado a luz un varón, la mezcla después de ser machacada, se le administraba a la mujer, si era vomitada no concebiría y si eructaba dentro de poco tiempo quedaría encinta.

El papiro "Ramasseum IV" aconsejaba colocar estiércol a excrementos de cocodrilo sobre fibras humedecidas en la abertura del útero.

Los antiguos egipcios poseían conocimientos sobre la ovariectomía (extirpación de los ovarios). En la necrópolis de Sakara, en el bajo relieve se representa una intervención quirúrgica, que se llevó a cabo en un varón, probablemente la circuncisión.

En 1927 se encontró, que éstas y otras recetas eran todavía utilizadas en el alto Egipto; algunas incluyen la ingestión de semillas de aceite de ricino. Ritos como el entierro de huesos de dátil cubiertos con sangre del último parto, la piel de un zorro usada como amuleto, que debía colgarse de ciertas maneras para influir en la fertilidad.

La Sociedad Alemana de Urología (Deutsche Gesellschaft für Urologie) publicó en el año de 1911, una leyenda sobre el "Preservativo Egipcio del siglo XIX" (1350 - 1200 A.C.), este tipo de preservativo en la actualidad es utilizado por muchas tribus como protección a infecciones, lesiones y picaduras de insectos.

LA BIBLIA Y LAS FUENTES TALMÚDICAS

La Biblia en el pasaje del Génesis, capítulo 38, cita el coitus interruptus, que dice textualmente: "...el primogénito de Judá, fue malo a los ojos de Yavé y Yavé lo mató. Entonces dijo Judá a Onán "Entra a la mujer de tu hermano, y tómalas, como cuñado que eres, para suscitar prole a tu hermano". Pero Onán sabiendo que la prole no sería suya, cuando entraba a la mujer de su hermano, se derramaba en tierra para no dar prole a su hermano. Era malo a los ojos de Yavé, lo que hacía Onán y le mató también a él".

El pueblo judío poseía conocimientos en relación a la fertilidad. Era común que las mujeres tomaran la "Copa de las raíces" para hacerlas estériles. En la historia del Rabino Hiyya y su mujer Judit, se ilustra que después de un parto difícil, Judit le preguntó a su marido, si el mandamiento de la propagación se aplicaba también a las mujeres, el Rabino le dijo que no, por lo que ella tomó la copa de raíces y se hizo estéril. En los tiempos del diluvio, el hombre solía tener dos mujeres, una para procrear y otra para las relaciones sexuales, esta última tomaba la "copa de raíces".

El rabino Yohanan, médico habilidoso muerto en el año de 279 D.C., dejó la siguiente receta: se mezclan goma Alejandrina de la Spina Aegyptia, alumbre líquido y azafrán de jardín, cada una en el proceso de drenar, tres copas de vino con esta medicina, son buenas para la gonorrea y no esterilizan. Dos copas de cerveza con esta medicina curan la ictericia y esterilizan.

IMPERIO GRIEGO Y ROMANO

En el libro de Aristóteles "Historia Animalium", obra científica escrita en el siglo IV A.C., se encontró la primera referencia griega de anticoncepción. Aristóteles decía que algunos impiden la concepción untando, en la parte de la matriz donde cae el semen, con acacia de cerdo, o con unguento de plomo o con incienso mezclado con aceite de olivo. El autor creía que la suavidad de la mezcla impedía la concepción; actualmente se sabe que el aceite reduce la movilidad de los espermatozoides.

En los siglos IV y V, en la escuela de Hipócrates conocían diferentes métodos, como una sustancia llamada "Misy" la cual era disuelta en agua y cuando la bebían las mujeres, impedían la concepción durante un año. No se sabe si el "Misy" era una especie de planta, raíz o un metal.

Pensaban que para que se diera la reproducción era necesario una fusión de elementos femeninos y masculinos y hacían recomendaciones de que el semen debía ser retirado de la vagina o ser expulsado por movimientos corporales.

Algunos métodos mágicos fueron dados por el escritor Plinio El Viejo (23 al 79 D.C.), que recomendaba se extrajeran dos pequeños gusanos de una araña, que tiene un cuerpo peludo y una enorme cabeza. Estos con un trozo de piel de cuervo, se aplican al cuerpo de la mujer antes de que salga el sol e impedirán la concepción.

Discórides en el siglo I D.C., poseía conocimientos sobre algunos métodos anticonceptivos que tuvieron influencia en Europa y el mundo Islámico y consistían en sustancias que causan esterilidad, pesarios medicados, unción de los órganos genitales con sustancias pegajosas y amuletos y recetas.

Soranos de Efeso (98 a 138 D.C.), distingue entre los anticonceptivos y los abortivos, mencionando las indicaciones y contraindicaciones para su uso, propone métodos tales como tapones vaginales de lana y de sustancias de goma; soluciones astringentes para contraer el orificio vaginal y hacer menos probable la fecundación, también frutas ácidas y agrias naturales. Menciona que la gente debería abstenerse del coito en los períodos especialmente peligrosos, antes y después de la menstruación.

Aetios de Amida, médico bizantino que en el siglo VI D.C., escribió una enciclopedia médica en la cual dos capítulos son dedicados a la anticoncepción, mencionó que el vinagre y salmuera en el lavado de genitales antes del coito, funcionaban como espermaticidas.

INDIA

El "Kama Sutra" de Vatsyayana Mallanga, que data del siglo IV D.C. y los cantos lírico-eróticos de los vedas, hablaban del amor, del conocimiento erótico y de ideas toscas de anticoncepción. Estos escritos aparecen entre los siglos IV al XVI D.C. aproximadamente, incluye medicinas vegetales que debe tomar la mujer, así como la creencia de que la pasividad durante el coito impedía la concepción.

CHINA

Sub Ssu Mo muerto en el año 695 D.C. recomienda dentro de la anticoncepción, mezclar aceite y mercurio que debía frotarse durante un día, y tomarse con el estómago vacío lo cual provocara la esterilización total.

La mayoría de los escritores chinos consideran la anticoncepción más peligrosa y violenta que el parto.

ISLAMISMO

Al-Razi escritor del Islam, en su libro "La quinta esencia de la experiencia", tiene un capítulo relacionado con los métodos utilizados en esa religión, entre los cuales menciona el coitus interruptus, como impedir la eyaculación, y el uso de alguna droga que bloquee la entrada o expulsión del semen, como azúcar candi y sal de amoníaco colocadas antes del coito.

Ibn Sina o Avicena (980 - 1027 D.C.) considerado el científico más famoso del Islam, en su obra "Canon", propone varias recetas anticonceptivas, como el período favorable para la concepción, aunque no especifica cuando ocurre el coitus interruptus; supositorios y saltar de 7 a 9 veces la mujer después de haber eyaculado el hombre, son algunas de sus recomendaciones.

EUROPA MEDIEVAL, RENACENTISTA Y REVOLUCION INDUSTRIAL.

Alberto el Magno (1206 - 1280 D.C.) habló sobre métodos mágicos y sobre las causas de esterilidad, sin embargo, lo hizo en términos aristotélicos.

Arnoldo de Vilanova (1238 - 1311 D.C.) alude a recetas mágicas basadas en la idea de que los animales estériles como la mula, tienen alguna relación con la esterilidad humana. Posteriormente Frater Rudolphus pidió a los sacerdotes que exterminaran las supersticiones, ya que pensaba que éstas perjudicaban a la gente.

Aproximadamente en el año de 1400, Chavcer, habla de anticoncepción en su obra "Cuentos de Canterbury".

Durante la época medieval, el desarrollo de la medicina estuvo sumamente ligado al marco de la iglesia católica, donde se prohibía la anticoncepción, por lo cual es entendible el estancamiento que sufrió la anticoncepción durante este período; no obstante en el siglo XVI, Gabriel de Falopio, anatomista italiano, hace la primera descripción del Condón, como una vaina hecha de lino, cortada de tal forma que fuera parecida al prepucio, también existían los realizados con intestino seco del cordero. Esto se realizó para prevenir infecciones contra la sífilis y para evitar el embarazo. Usándose generalmente en los burdeles hasta el siglo XVIII. Este método fué fabricado en serie a mediados del siglo XIX gracias a la vulcanización. (3)

Casanova (1725 - 1798 D.C.) hacía uso del condón para impedir infecciones y evitar la preñez en sus amantes, utilizaba también como método anticonceptivo una bola de oro, que no tenía ningún efecto químico pero que actuaba mecánicamente como barrera, aunque pudiera caerse debido a su peso. Menciona el uso del limón para las infecciones en la mujer y un medio limón, sin jugo, como un diafragma aceptable.

En 1797, Jeremy Bentham, defendió el uso del Método de la esponja para reducir el número de nacimientos de las clases pobres. En 1798, Thomas Malthus, causó gran debate, en respuesta a su obra "Ensayo acerca de la Población", donde sostiene la teoría de que la población tiende a multiplicarse más rápidamente, que los medios de subsistencia y que el único medio de adaptar el crecimiento demográfico a la cantidad de alimentos disponibles, es el vicio y la miseria. Es irónico que el movimiento de control de los nacimientos haya sido llamado "Malthusianismo", porque Malthus era un partidario demasiado devoto de la moralidad tradicional, ya que repudiaba los controles artificiales de cualquier clase y sólo aconsejaba la contención moral, por lo que no es capaz de ofrecer un método que permita gozar el placer sexual, sin pasar penalidades.

A finales del siglo XVIII y principios del XIX, se inician varios movimientos en favor del control de la natalidad, lo que trajo consigo la "Campaña para educar e informar a las masas". Esto dio pie a que surgiera la idea, de que si se limitaba la familia durante un período largo de

tiempo, las ventajas económicas y sociales serían enormes. También a principios del siglo XIX se desarrollaron ideas excéntricas para resolver el problema de la pobreza. William Godwin (1801) dijo que el infanticidio, era mucho más humano que condenar a un recién nacido a una vida de vicio y miseria. El Alemán C. A. Weinhold, seguidor de Malthus, ideó infabular a los varones, que consistía en estirar la piel del prepucio hacia adelante, más allá del glande, perforando dos orificios en ella, uno arriba y otro abajo, insertando un anillo cuyos extremos se cerraban y soldaban. Los sometidos a este método eran comunmente, los trabajadores solteros entre los 14 y 30 años, que no tuvieran los medios suficientes para sostener a una familia, éste fué conocido también por los romanos.

En esa misma época F. A. Wilde (1838), publicó un trabajo de ginecología, en el cual expone indicaciones para la anticoncepción como el uso del condón, la esponja, el coitus interruptus y el diafragma.

En Holanda, el movimiento en favor de la anticoncepción estuvo representado por Víctor Carel Gerritse y su esposa Aletta Jacobs, él era un liberal radical y ella veía en el control de nacimientos un arma poderosa para la emancipación femenina, abriendo clínicas donde se daban consejos para el control de los nacimientos. Posteriormente el periodo liberal concluyó y los partidos clericales subieron al poder pronunciándose en contra de la planificación familiar. Aletta Jacobs se desilusionó y continuó trabajando en organizaciones políticas y culturales, sin proseguir con las clínicas.

George Drysdale creó en Inglaterra (1880), la primera "Rama Médica y Científica de la Liga Malthusiana", y pronunció conferencias sobre el control de la natalidad, sin atraer la atención de un gran número de médicos.

En 1921, Marie Stopes y A. V. Roe, inauguraron la primera clínica del Imperio Británico. Stopes experimentó y adoptó varios métodos y se mantenía al corriente de los trabajos realizados por otros investigadores. El diafragma que ella perfeccionó era alto y de goma. Ella se oponía a la utilización de varios métodos por estar en la creencia de que se provocaba el "aprisionamiento coital", rechazando el uso del condón, el lavado vaginal, el coitus interruptus y el período de seguridad.

El Dr. C. V. Drysdale (1922) con base en los cambios provocados en la opinión pública, habló de la desaparición de la oposición organizada al control de nacimientos, a excepción de la expresada por la Iglesia Católica Romana.

JAPON.

En 1827 se publicó en Japón, un libro erótico que mencionaba el "Kyotai", que es un objeto de cuerpo fino que impide que el semen entre a la vagina, evitando la concepción.

ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA.

John Noyes (1869), fundó la comunidad Oneida en Nueva York, teniendo como base el sistema de posiciones comunales, donde cada hombre de la comunidad era compañero de todas y cada una de las mujeres. El método anticonceptivo practicado era la continencia del

varón, que consistía en el coito normal sin eyaculación, retornando el pene a su estado de flaccidez dentro de la vagina; tiempo después desaparece la comunidad. Noyes era partidario de la fertilidad controlada, de los derechos sexuales de las mujeres y de la reproducción humana científica.

En los Estados Unidos (1832), se originó un movimiento en favor del control de la natalidad, el cual estaba dirigido por Charles Knowlton y Robert Dale Owen, considerados los padres del control de los nacimientos; éste último nació en Escocia en 1801 emigrando a los Estados Unidos a los 24 años, donde publicó tres artículos y un folleto titulado "Fisiología Moral", que trata de los argumentos sociales y eugenésicos para la planificación familiar, recomendando el coitus interruptus, el condón y la esponja con ciertas reservas esta última. Charles Knowlton fué la primer persona encarcelada de los Estados Unidos por defender el control de los nacimientos; en 1832 apareció su libro "Frutos de la Filosofía" en el que enfatizaba el lavado vaginal y los métodos químicos. Todo este movimiento recibió mucho apoyo por parte de los médicos, sin embargo, se prohibió legalmente el uso del correo para informar sobre el control de nacimientos.

Margaret Sanger (1883 - 1966) fué la pionera en el control de la natalidad en lo que se refiere a los Estados Unidos, trabajó principalmente con las mujeres pobres de Nueva York. Publicó la revista "The Woman Rebel", en la cual se trataba el feminismo y la anticoncepción, estas publicaciones estaban realizadas en base a los trabajos realizados por Emma Goldman. Por las limitaciones constantes, Sanger emigra a Europa. A su regreso en 1916, inaugura la primera clínica de control natal, en la ciudad de Brownsville. En 1917 estando ella encarcelada, aparece por primera vez la revista "Birth Control Review", impartiendo ese mismo año la "Conferencia Mundial de Demografía" en Ginebra. Fundó el "Comité Nacional en pro de la Legislación Federal de Control de la Natalidad" en 1923.

A partir del trabajo realizado por Margaret Sanger a nivel internacional, se fundaron dos organizaciones: La "Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población" y la "Federación Internacional de Planificación de la Familia", ésto impulsó a que se realizara un mayor número de investigaciones para mejorar este campo.

Abraham Stone editó junto con un consejo de especialistas en 1935, la revista "Journal of Contraception", teniendo por objetivo informar los acontecimientos y adelantos en el campo de la anticoncepción.

De igual forma comenzaron los estudios relacionados con la esterilidad femenina y los Laboratorios Syntex, investigaban sobre las propiedades de la progesterona, hormona femenina secretada por el organismo. En base a todos los estudios que primero se realizaron en animales, y posteriormente en humanos, se han podido lograr métodos anticonceptivos más eficaces y menos perjudiciales. Por lo tanto, la salud materno-infantil adquiere mayor importancia para los programas de Planificación Familiar a nivel mundial. (Mextam, 1967.)

En 1953, se ratifica la primera Constitución de la Federación Internacional de Planificación Familiar. En la asamblea general de la organización de las Naciones Unidas, en el año de 1966, se aprobó en forma unánime, el derecho básico de los individuos de decidir libre y responsablemente acerca del número y espaciamiento de los hijos. Este derecho es relativamente de reciente inserción en el catálogo de los Derechos Humanos.

La primera conferencia mundial de población celebrada en 1974, tuvo una asistencia de representantes del 98% de la población de la tierra, en donde se discutieron problemas políticos y demográficos que presentaban los países en ese momento. El mayor logro de la conferencia fué la aprobación unánime (con excepción del Vaticano), el Plan de Acción Mundial sobre población, donde refieren una serie de recomendaciones entre las que se encuentran la fecundidad y la familia.

Chojiro Kunii, director ejecutivo de la Organización Japonesa para la Cooperación Internacional en Planificación Familiar, señaló en 1984, en el artículo "Un enfoque Humanista a la Planificación Familiar", que se debe dar especial importancia al aspecto humano y propone la integración de la planificación familiar con metas de salud, mencionando dos aspectos importantes relacionados con el problema poblacional, el primero cuantitativo (Tasa de nacimientos, tasa de incremento natural, etc.) y el segundo aspecto, el cualitativo (calidad de la vida del individuo). El aspecto cuantitativo concierne principalmente a las metas de desarrollo social y económico, mientras que el cualitativo se relaciona con el individuo.

Para Chojiro Kunii, existen dos puntos importantes para promover la planificación familiar, en el ser humano:

- a) Incorporar el concepto de Planificación familiar, salud materna, adecuado desarrollo del niño y la felicidad familiar.
- b) Los agentes de planificación familiar deben ser adiestrados para que enfatizen los beneficios de la planificación general, integrándolas con actividades como la extensión agrícola, orientación familiar y programas de salud.

Actualmente existen diferentes políticas de planificación familiar en todos los países del mundo, siendo algunos de tipo paternalista y otras restrictivas donde se prohíbe el uso de métodos anticonceptivos.

En 1984 se celebró la segunda Conferencia Internacional de Población en México, otorgado ésto por la Organización de las Naciones Unidas. Reafirmandose la necesidad de una normatividad nacional en tres campos críticos:

- Políticas Integrales de población y desarrollo,
- Problemas ampliados de planificación familiar y salud,
- Mejoras en la condición jurídico-social de la mujer.

En la última década muchos países (más de 50) han reformado sus leyes y políticas relacionadas con la fecundidad ya que ésta forma parte importante de los esfuerzos encaminados a promover el desarrollo social y económico, así como de mejorar la salud materno-infantil y la necesidad de apoyo al ser humano, sobre su derecho básico de determinar el tamaño de la familia.

En el siguiente cuadro se incluyen los Métodos Anticonceptivos más utilizados:

CLASIFICACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Existen diversas clasificaciones o descripciones de métodos anticonceptivos, los más utilizados son los siguientes:

ANCESTRALES	Coito interrumpido, lavados vaginales, lactancia demorada, carezza y abstinencia
TRADICIONALES	Preservativo masculino, diafragma, dispositivo intrauterino, película anticonceptiva, productos espemáticos (jaleas, espumas, óvulos) y ritmo.
MODERNOS	Método Ciclotest (Temperatura basal), píldora femenina y masculina.
PERENNES	Esterilización masculina y femenina.
FUTURISTAS	Píldora mensual, píldora del día siguiente, Nort-plant, preservativo femenino.

LOS QUE SE CLASIFICAN COMO:

MECÁNICOS	Preservativo, diafragma, dispositivo intrauterino.
QUÍMICOS	Espumas, sales, píldoras, óvulos, cremas, inyecciones y gel.
QUIRÚRGICOS	En el hombre: vasectomía. En la mujer: Salpingoclasia.
FÍSICOS	Ritmo, coito interrumpido, abstinencia.

La Iglesia Católica ha hecho una división en términos de métodos naturales y artificiales.

NATURALES	Ritmo, coito interrumpido y abstinencia
ARTIFICIALES	Todos los demás: Preservativo masculino y femenino, Diafragma, dispositivo intrauterino, espumas, píldoras, jaleas, óvulos e inyecciones.

Otros (VGR. GOUGH, 1973) Han clasificado los métodos anticonceptivos de diferente manera.

a) Dependientes del coito: condón o preservativo, diafragma, espuma y jaleas vaginales.

b) Quirúrgicos: vasectomía y salpingoclasia.

c) Inhibidores del coito: abstinencia, ritmo y coito interrumpido.

d) Independientes del coito: dispositivo intrauterino (diu) y anticonceptivos orales.

BERELSON (1964) hace una división más simple en términos de la motivación: métodos "difíciles", que son aquellos que requieren esfuerzo sostenido y constancia, generalmente antes del acto sexual. por ejemplo los preservativos y métodos "fáciles", que son aquellos en los cuales el problema del esfuerzo sostenido y la constancia antes del acto es secundario. por ejemplo el diu.

LA CLASIFICACIÓN QUE MAS SE UTILIZA EN LA ACTUALIDAD ES LA SIGUIENTE:

CLASIFICACIÓN		
TEMPORALES	Naturales	-Ritmo -Temperatura -Moco Cervical -Coito Interrumpido
	De barrera	-Preservativo o Condón -Espermaticidas (óvulos, jaleas y espumas)
	Hormonales	-Orales -Inyectables
	Dispositivos Intrauterinos	-Asa de Lipps -T de Cobre -7 de Cobre
PERMANENTES	Vasectomía Salpingoclasia	

NATURALES O FÍSICOS

Los métodos Naturales son aquellos que no requieren de ningún agente extraño o substancia química que impida la concepción.

RITMO O ABSTINENCIA SEXUAL PROGRAMADA (Método de Ogino-krauss-Smulders)

El ritmo consiste en evitar las relaciones sexuales durante los días fértiles de la mujer, para identificar este período de fertilidad existen varios procedimientos:

El calendario, la medición de la temperatura basal y la observación del moco cervical.

ORÍGENES O ANTECEDENTES.

Hacia 1930 el cirujano Japonés Ogino, después de numerosas observaciones, llegó a las conclusiones siguientes:

- La ovulación se produce siempre hacia el decimocuarto día que precede a las reglas
- El principio sólo tiene lugar una vez por coito
- Los espermatozoides vienen y pueden fecundar al óvulo tres o cuatro días después de su emisión.

A partir de esas constataciones, elaboró un método "anticonceptivo". Durante 12 meses, la mujer debe contar con gran exactitud el número de días que componen sus ciclos.

Establece así la duración del más corto del año y del más largo. A partir de ese momento el cálculo de Ogino se hace por las operaciones siguientes:

Para obtener el primer día de fecundidad posible, es suficiente restar dieciocho días al ciclo más corto del año y para conocer el último, hay que restar once días al ciclo más largo.

Ejemplo:

Si tomamos como ejemplo a una mujer cuyos ciclos varían entre 26 y 38 días.

El 1er. día de fecundidad posible es $26 - 18 = 8$ o. día

Ultimo día de fecundidad posible es $38 - 11 = 27$ o. día

No debe, pues, tener absolutamente relación desde el 8 avo. hasta el 27 avo. día.

Un médico alemán, llamado Knauss elaboró hacia la misma época un método comparable pero más fácil de seguir, calculaba así el primer día de fertilidad: número de días de cada mes corto, menos 15, menos 2; y el último número de días del ciclo más largo, menos 15, más 2.

En el mismo ejemplo de un ciclo variante entre 26 y 38 días se obtiene: $26 - 15 - 2 = 9$ o. Ultimo día de fecundidad posible $38 - 15 + 2 = 25$.

VENTAJAS

- No requiere de ningún control médico
- No cuesta nada
- No introduce sustancias ni mecanismos a su cuerpo
- Puede tener participación la pareja

DESVENTAJAS

- La exigencia cotidiana del método se hace pesada por la abstinencia sexual durante varios días consecutivos
- No se recomienda a mujeres con ciclos menstruales irregulares
- Su práctica requiere de autodominio y un alto nivel de motivación
- Los factores emocionales pueden alterar el ciclo.

EFFECTIVIDAD

- 70 a 80% si su manejo es el adecuado por la pareja.

MÉTODO DE TEMPERATURA (Ciclótest o temperatura basal)

Consiste en descubrir el momento de la ovulación por el aumento de la temperatura basal (del cuerpo humano), que se presenta inmediatamente después de la ovulación y abstenerse de tener relaciones sexuales en un corto período.

ORÍGENES O ANTECEDENTES.

No se conoce a la persona que descubre este método; pero se fundamenta ante todo en los Métodos Naturales. El principio consisten en que:

La hormona del cuerpo amarillo (Progesterona) ocasiona reacciones químicas que aumentan la energía corporal, es importante saber la temperatura porque la progesterona que es la que hace que la temperatura del cuerpo aumente, sólo está presente cuando ha habido ovulación, tomando en cuenta esta información, es seguro que el día siguiente no hay peligro de embarazo, prolongándose esta garantía hasta la próxima ovulación, ya que el óvulo tiene una vida de 24 hrs. Así tomando la temperatura diariamente, se sabrá exactamente cuando ocurre la ovulación.

MODO DE EMPLEO

La mujer debe tomarse la temperatura diariamente durante 8 meses en el momento de despertarse, antes de iniciarse cualquier actividad o movimiento. El termómetro debe colocarse siempre en la misma parte del cuerpo ya sea en la axila, en la boca o en el recto. debe hacerse un registro donde se anote la fecha, la hora y la temperatura que marca el termómetro.

El día probable de la ovulación será el día en que se inicie el aumento de la temperatura.

De la misma manera que ocurre con el procedimiento del ritmo, una vez conocido el día probable de la ovulación hay que tomar precauciones un mínimo de 5 días antes y 5 días después.

VENTAJAS

- Sólo se requiere un termómetro
- Es método económico
- No ocasiona efectos colaterales en el organismo
- Puede tener participación la pareja.

DESVENTAJAS

- Es un método complicado, debe saber tomarse la temperatura
- El termómetro debe introducirse en el recto o vagina para que la temperatura sea exacta, por lo que puede resultar incómodo
- La exigencia cotidiana se hace pesada
- Su práctica requiere de autodominio y alto nivel de motivación
- Una infección puede producir fiebre y hacer creer que la ovulación ha tenido lugar.

EFFECTIVIDAD

- Si es bien aplicado el 90%.

COITO INTERRUPTIDO O MÉTODO DEL RETIRO

El coito interrumpido consiste en retirar o extraer el pene de la vagina en el instante previo a la eyaculación. Esto tiene como finalidad evitar la entrada de los espermatozoides.

ORÍGENES O ANTECEDENTES

Sus orígenes se pierden en los comienzos de la humanidad; en la Biblia se tiene la cite de Onán (Génesis 38, 8-9) en donde Judá ordena a Onán que "penetre a la mujer de su hermano, para darle prole a dicho hermano, incapaz de tenerla". Onán obedece, pero pesaroso al pensar que sus hijos serían legalmente de su hermano, después de entrar en su cuñada, "derrama en Tierra" el líquido seminal. A este respecto hay que aclarar que Onán realizaba el Coito Interrumpido y no la masturbación, por lo que quienes aplican el nombre de Onanismo, están errados.

El Coito Interrumpido fué practicado así mismo entre muchos pueblos de la antigüedad.

VENTAJAS

- Es un método que no cuesta dinero
- No requiere de mayor intervención médica
- Puede utilizarse en todo momento.

DESVENTAJAS

- Puede tener consecuencias psicológicas en la pareja.

- La secreción de las glándulas bulbouretrales que se expulsan antes de la eyaculación puede arrastrar espermatozoides que hayan quedado en el tubo uretral en eyaculaciones anteriores, lo que puede ocasionar un embarazo.
- El hombre experimenta gran frustración: debe hacer un esfuerzo de voluntad considerable en el mismo momento que alcanza el paroxismo de la excitación. En lugar de terminarse en la plenitud y satisfacción del placer, el acto sexual acaba con una impresión de restricción, de tensión intensa y de inquietud.
- La mujer depende enteramente de la buena voluntad de su compañero, ya que podría imponerle un embarazo que no desea.
- Es un método problemático sobre todo si el varón sufre de eyaculación precoz.

EFFECTIVIDAD

- Su efectividad es de un 60%.

MÉTODO DE MOCO CERVICAL O BILLINGS

Consiste en observar las características del moco cervical y detectar las diferencias que presenta dependiendo de la fase del ciclo en que se encuentra. Para observar sus características, es necesario, que se extraiga con los dedos índice y medio una muestra del moco desde lo más profundo de la vagina.

ORÍGENES O ANTECEDENTES

No se encontró información al respecto, pero se fundamenta en los Métodos Naturales. Explicación durante la primera mitad del ciclo, por efecto de los estrógenos el moco cervical es líquido, blanquecino, en regular cantidad; en la ovulación la secreción se vuelve abundante, viscosa y elástica, llegando a alcanzar alrededor de 10 cm. de elasticidad; después de la ovulación, por efecto de la progesterona, vuelve a tomar sus características iniciales. En los primeros días de mayor elasticidad del moco, se evitarán las relaciones sexuales cuatro días antes y cuatro días después.

VENTAJAS

- No se requiere de un equipo especial
- No ocasiona gastos
- No ocasiona efectos colaterales en el organismo
- Puede tener participación la pareja

DESVENTAJAS

- Su práctica requiere de autodominio y alto nivel de motivación
- Se requiere de un adiestramiento específico

EFFECTIVIDAD

- Su efectividad va de un 70 a 80% si su práctica es la correcta.

MÉTODOS DE BARRERA

Los métodos de barrera son agentes mecánicos o sustancias químicas que sirven para impedir que los espermatozoides asciendan por la cavidad uterina y fecunden al óvulo.

ESPERMATICIDAS

Son sustancias químicas que se colocan en la vagina antes del coito, y actúan de 2 maneras:

Primero, forman una barrera para dificultar la entrada de los espermatozoides a la matriz.
Segunda, cuando los espermatozoides entran en contacto con las sustancias químicas se neutralizan y mueren.

Los espermaticidas se presentan en formas de Jaleas, Espumas, Cremas y óvulos vaginales.

ORÍGENES O ANTECEDENTES.

El conocimiento del empleo de tales productos se remonta a los tiempos más primitivos. En la antigüedad se recomendaban soluciones de Alumbre de Potasa, poseedora de un alto poder microbicida. Pero tales productos son así mismo astringentes, por lo que endurecen y contraen los tejidos musculares, de modo que al poco tiempo de emplearse se observa la reducción del orificio vulvar y del conducto vaginal. En tiempos antiguos, las mujeres utilizaban el vinagre natural mediante irrigaciones vaginales, en la proporción de 1/2 decilitro por litro de agua, a una temperatura normal, ésto servía también como desinfectante y cauterizante.

Lo mismo ocurría con los zumos de naranja y limón sin sazonar. También el jabón, sobre todo el blando de potasa, de fácil solubilidad en agua destilada es el más indicado para estos casos.

En la actualidad los espermaticidas se fabrican a base de ácido bórico, perborato, maleborato junto con otros compuestos químicos y se presentan en formas muy variadas como espumas, óvulos, cremas y jaleas.

ESPUMAS

Es un producto químico envasado bajo presión en una lata con gas inerte, que al ser liberado produce una espuma espesa que se coloca en un aplicador tipo jeringa.

MODO DE EMPLEO

El colocador con la espuma se inserta profundamente en la vagina, cinco minutos antes de la relación sexual o alguna indicación del fabricante.

Una vez colocada, la mujer deberá acostarse para evitar que se escurra la espuma. No deben realizarse lavados vaginales hasta que pasen 6 u 8 horas después de la relación sexual. Porque el mismo lavado puede arrastrar la espuma dejando paso a los espermatozoides. Si después de 1 hora, se vuelve a tener relaciones sexuales, se deberá aplicar el producto nuevamente.

VENTAJAS

- Es de fácil aplicación
- De bajo costo
- Sin efectos tóxicos
- No requiere receta médica.

DESVENTAJAS

- Deben usarse poco antes de empezar el coito, por lo tanto, debe haber interrupción en la experiencia sexual.
- En raros casos causa irritación local de genitales, por hipersensibilidad al compuesto químico.

EFFECTIVIDAD

- Es un método eficaz en un 70% a 90% cuando se usa adecuadamente.

ÓVULOS VAGINALES

Los óvulos o supositorios vaginales son productos químicos de consistencia sólida que se derriten rápidamente a la temperatura del cuerpo, al ser introducidos en la vagina.

MODO DE EMPLEO

Debe de introducirse profundamente en la vagina 10 minutos antes de la relación sexual para que se disuelva, si se desea otra relación sexual después de 1 hora, deberá utilizarse otro óvulo según indicaciones del laboratorio.

VENTAJAS

- Es de fácil aplicación
- De bajo costo
- Sin efectos tóxicos
- No requiere receta médica.

DESVENTAJAS

- En raras ocasiones causa irritación local de genitales por hipersensibilidad al compuesto químico.

EFFECTIVIDAD

- Es un método eficaz en un 70 a 90% si se usa adecuadamente.

CREMAS

Las cremas vaginales se presentan en tubo como de crema dental, y se asemejan a ésta en su consistencia. El vehículo usado en la crema es generalmente jabón suave o una emulsión de aceite de agua; estas sustancias se esparcen adhiriéndose muy bien a la membrana mucosa. Una vez que la crema se halla en la vagina, empieza a difundirse, auxiliada por los movimientos coitales deberá cubrir al cuello del útero, es posible eyacular directamente en ese sitio.

MODO DE EMPLEO

Se lleva a cabo por medio de un aplicador de la crema que es una pequeña jeringa de plástico transparente. La parte cilíndrica de la jeringa mide alrededor de 8 cm. de largo y para llenarse se coloca el extremo abierto sobre la salida del tubo haciendo presión, ésto hace que la crema entre al cilindro; luego se inserta lo más adentro posible de la vagina y se oprime el pistón. A continuación se retira la jeringa, ésto deberá aplicarse 5 minutos antes del coito y no debe hacerse lavados vaginales hasta que pasen 6 u 8 horas de la relación sexual. Si después de 1 hora se vuelve a tener relaciones sexuales se deberá aplicar el producto nuevamente.

VENTAJAS

- Es de fácil aplicación
- De bajo costo
- Sin efecto tóxico
- No requiere receta médica.

DESVENTAJAS

- Deben usarse poco antes de empezar el coito, por lo tanto debe haber interrupción en la experiencia sexual
- En raras ocasiones causa irritación local de genitales por hipersensibilidad al compuesto químico.

EFFECTIVIDAD

- Es eficaz de un 70 a 90% si se aplica adecuadamente.

JALEAS

Como las Cremas, las Jaleas son compuestos químicos con una base de gelatina translúcida que vienen en tubo y su aplicación es la misma. La capacidad de dispersión rápida de la Jalea es inferior a la de la crema, por lo tanto, requiere de un mayor tiempo de espera para realizar el coito.

MODO DE EMPLEO

Se lleva a cabo por medio de un aplicador parecido al de las Cremas, se llena y luego se inserta lo más adentro posible de la vagina y se oprime el pistón, por último se retira la jeringa.

Todo esto deberá aplicarse 10 minutos antes del coito (o lo que especifique el fabricante) y no deben hacerse lavados vaginales hasta que pasen 6 u 8 horas de la relación sexual. Si después de 1 hora se vuelve a tener relaciones sexuales se deberá aplicar el producto nuevamente.

VENTAJAS

- Es de fácil aplicación
- Es de bajo costo
- Sin efectos tóxicos
- No requiere receta médica

DESVENTAJAS

- Deben usarse poco antes de empezar el coito, por lo tanto debe haber interrupción en la experiencia sexual
- En raras ocasiones causa irritación local de genitales por hipersensibilidad al compuesto químico.

EFFECTIVIDAD

- Es eficaz de un 70 a 90% si se aplica adecuadamente.

DIAFRAGMA

Es un disco de forma o material plástico con un anillo elástico, el cual se inserta en el cuello del útero para impedir que el esperma del varón suba por el cuello uterino de la mujer.

ORÍGENES O ANTECEDENTES

El origen del diafragma debemos buscarlo hacia mediados del siglo XIX, cuando un célebre científico, el Doctor Mesinga lo inventó o, al menos, lo perfeccionó, hasta darle forma actual. Con anterioridad ya existían algunos otros medios, como capuchones y dispositivos mecánicos, ya en desuso. El diafragma experimentó un auge notable en la cuarta o quinta década del siglo XX, época en que aparece la "pastilla anticonceptiva" y lo desplaza casi por completo.

MODO DE EMPLEO

La colocación es una de las desventajas, pues a pesar de la simplicidad de su construcción, su acomodo en el cuello uterino no es tan fácil, como sería de desear.

En realidad, para el empleo del diafragma hay que acudir al ginecólogo, el cual, mediante un examen del aparato genital de la mujer, decidirá el tamaño y calidad a usar, así mismo procederá a explicar a su paciente el mejor método para su colocación.

La colocación del mismo, a través de la práctica, se vuelve fácil.

VENTAJAS

- Comodidad (Si está bien seleccionado por el ginecólogo)
- Duración de varios años. (Sujeto a revisión)

DESVENTAJAS

- Visitas al ginecólogo
- Dificultad para su colocación

EFFECTIVIDAD

- De 70 a 90% si está bien colocado

CONTRAINDICACIONES

- No se deberá usar si existen malformaciones como descenso de la matriz de la vejiga urinaria.

PRESERVATIVO

Más conocido por el nombre de condón, es una especie de funda elaborada de látex, colágena o membranas naturales, que se aplica recubriendo al pene en erección. Existen de diferentes formas, lubricados o no, y últimamente adicionados o no de espermaticida.

ORIGENES O ANTECEDENTES

Ya en la mitología griega se cita al preservativo como método anticonceptivo; sin embargo, no es sino en épocas más recientes, sobre todo en la Edad Media y Edad Moderna cuando debido particularmente a las guerras, (legiones de prostitutas seguían a los regimientos para consuelo de las tropas), proliferaron de manera masiva las enfermedades venéreas, especialmente el llamado "Mal de Nápoles" (sífilis); el uso de preservativos o condón se inclinó hacia la "preservación", es decir impedir que el pene tocara las paredes vaginales de la mujer, que no existiera roce entre los órganos masculino y femenino, a fin de evitar toda responsabilidad de contagio, de ahí, el nombre de preservativo.

El nombre de condón se atribuye, según algunos autores, a un médico Inglés, llamado Condón, el cual, una vez que dió a conocer su invento se vió obligado a cambiar de nombre. Según otros, el nombre procede de un General Condón, quien lo popularizó entre los soldados con fines exclusivamente antiveneréos.

Los preservativos se fabrican sobre todo en látex, aunque existen también los confeccionados con intestino de cerdo o vejigas urinarias de diversos animales. así mismo, los hay de lino, seda y peritíneo.

MODO DE EMPLEO

Se coloca en el pene erecto antes del coito, para evitar que el semen eyaculado se vierta en la vagina. Al retirarlo debe ajustarse con los dedos como una medida de precaución. se debe usar uno por cada coito.

VENTAJAS

- No requiera receta medica
- Es de bajo costo
- Promueve la participación masculina en la Planificación Familiar
- Su uso evita el contagio de Enfermedades de Transmisión Sexual
- Es de empleo sencillo y no requiere ningún control médico.

DESVENTAJAS

- Algunos hombres refieren que disminuye la sensibilidad en el pene durante el contacto sexual.
- Algunos individuos relacionan el preservativo con la prostitución en este caso no como anticonceptivo, sino como instrumento antivenéreo y se muestran reacios a usarlo con la esposa, temiendo equipararla con una meretriz.

EFFECTIVIDAD

- Es hasta de un 98%.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (D.I.U.)

El D.I.U. es un aparato de plástico o de plástico y cobre o de plástico con progesterona, que se coloca dentro del útero. Su presentación varía en cuanto a forma y tamaño, los dispositivos más utilizados en nuestro país son la "T" de Cobre, el "7" de Cobre y el asa de Lippes.

Existen dos tipos diferentes de dispositivos intrauterinos: los que únicamente están constituidos a base de plástico, a los cuales se les denomina "inertes" o "no medicados", y aquellos a los que se les agregan otras sustancias como son el Cobre o la Progesterona denominándose dispositivo "bioactivos" o "medicados".

En la actualidad todavía se desconocen los mecanismos exactos por los cuales evita el embarazo. Sin embargo, existen varias teorías, su principal acción se sitúa en el endometrio donde provoca una respuesta inflamatoria contra un cuerpo extraño, después de la inserción del D.I.U. aparecen en el endometrio Leucocitos (Glóbulos Blancos) y otras células, las cuales puede ser que destruyan al espermatozoide o el óvulo fecundado.

Otra teoría sostiene que debido a esta misma reacción inflamatoria se retardan los cambios cíclicos normales del endometrio, volviéndose inadecuado para la implantación del huevo.

Se ha observado que el cobre que posee el D.I.U. medicado puede aumentar la reacción inflamatoria y acentuar las contraindicaciones de la capa muscular del útero, los iones del cobre liberados producen aumento de la motilidad uterina, lo que dificultaría la implantación del óvulo fecundado.

ORÍGENES O ANTECEDENTES

El primer "aparatito" que se colocó en el útero, en la era moderna, con una finalidad anticoncepcional, fué descrito por Richter en Alemania en 1909. Luego Graefenberg, el mismo que describiera el famoso "Punto G" en 1930, y otro, lo emplearon sistemáticamente en Japón y en la misma Alemania.

Luego de la guerra y con la aparición del plástico su uso se difundió por todo el mundo.

Todos los "aparattos" de plástico vienen recubiertos con algún producto adicional, para ser tomados opacos en las radiografías. Habitualmente se encuentran unidos al aparato uno o dos hilos, para que puedan salir en dirección al cuello uterino y la vagina.

MODO DE EMPLEO

Debe ser colocado por un experto, habitualmente un Ginecólogo, ya que la adecuada inserción determina el éxito posterior del método y se deberá efectuar cuando la aceptante se encuentre en alguna de las siguientes situaciones:

- Durante la Menstruación
- Después de un parto Ectópico
- Después de un aborto no complicado
- Durante la operación Cesárea no complicada
- Después de seis semanas de la operación cesárea.

VENTAJAS

- Es un método efectivo para las mujeres que desean espaciar sus embarazos
- No afecta la fertilidad posterior a su extracción
- No afecta la Lactancia
- No interfiere durante la relación sexual
- Su efecto anticonceptivo es de largo Plazo
- Es de fácil colocación por personal previamente adiestrado

DESVENTAJAS

- La necesidad de personal capacitado y condiciones adecuadas para su aplicación
- La necesidad de control médico periódico posterior a su aplicación

CONTRAINDICACIONES

Este método se contraindica ante alguna de las siguientes situaciones:

- Presencia o Sospecha de embarazo

- Hemorragia genital no diagnosticada
- Malformaciones congénitas de vagina o útero
- Cervicitis o Anexitis agudas o crónicas
- Dismenorrea Severa
- Antecedentes de Embarazo Ectópico
- Procesos MALIGNOS ginecológicos
- Anemia Severa
- Miometosis Uterina
- Sospecha de cáncer cérvico uterino comprobado
- Hemoglobinopatías, Leucemia y problemas de coagulación
- Alergia al cobre
- Insuficiencia Cardíaca
- Parto o cesárea con ruptura de membranas de 6 o más horas de evolución
- Aborto complicado
- Carioamniotitis
- Atomía Uterina (Embarazo múltiple, Polihidramnios)
- Trabajo de parto prolongado
- Accidentes quirúrgicos o Anestésicos durante la cesárea.

EFFECTIVIDAD

Este método presenta de un 96 a 98% de efectividad.

METODOS HORMONALES

ORALES

Se trata de un anticonceptivo a base de hormonas sintéticas, derivadas de los estrógenos y la progesterona que impide la fecundación del óvulo y por lo tanto el embarazo, actuando en contra de las hormonas segregadas por la glándula Hipófisis, durante el proceso ovulatorio a lo que se le denomina "Anovulación". Su presentación es en pastillas, píldoras o comprimidos y funcionan de la siguiente forma:

En el 4o. o 5o. día después de la menstruación, el bajo nivel de las hormonas llamados estrógenos, "avisa" a la hipófisis de esta baja producción. La Glándula Hipófisis comienza a segregar Hormona Folículo Estimulante .

La Hormona Folículo Estimulante, tiene la capacidad de hacer crecer y madurar los folículos en el ovario. Justamente la píldora bloquea e impide el mensaje a la Hipófisis, y la ovulación no se produce.

Durante el embarazo normal, el feto produce altas concentraciones de estrógenos; el resultado es la no ovulación y por lo tanto, la no consecuencia de la menstruación. Para ser simples, la píldora anticonceptiva, simula un embarazo.

ORÍGENES O ANTECEDENTES

En 1956, el biólogo norteamericano G. Pincus y sus colaboradores anuncian un hecho histórico: acaban de descubrir la píldora, siendo uno de los hallazgos más revolucionarios de la historia de la medicina del siglo XX. Provocando trastornos comparables a los que originaron el descubrimiento de los antibióticos o las vacunas. El primer ensayo a gran escala y en serie lo llevó a cabo en Puerto Rico, con 265 mujeres que tomaron el producto "enovid" durante un período no mayor de 16 meses. A este siguieron otras investigaciones en Haití, Texas, California y México.

MODO DE EMPLEO

La usuaria debe empezar a tomar las tabletas en el quinto día de su ciclo menstrual, contando a partir del primer día de sangrado. En el caso de paquetes de 21 tabletas, se tomará una diariamente, al terminar, descansará 7 días (En los cuales generalmente ocurre la menstruación) e iniciará un nuevo paquete al octavo día.

Los paquetes de 28 tabletas, contienen 7 tabletas más, generalmente de diferente color, que contienen hierro o lactosa; debe tomarse una pastilla diariamente sin interrupción y se iniciará un nuevo paquete al finalizar el anterior.

En el caso de olvido de una tableta, se recomienda tomársela en la mañana siguiente sin suspender la correspondiente a ese día; si el olvido es de dos tabletas, se recomienda tomar dos tabletas diarias durante los dos días siguientes al olvido y usar otro método además de las tabletas por el resto del ciclo. Si se ha dejado de tomar 3 tabletas seguidas, se recomienda suspenderlas, usar algún método local como el condón o algún espermaticida hasta que ocurra la menstruación, e iniciar un nuevo paquete al quinto día del ciclo.

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

- Embarazo o sospecha de embarazo
- Alteraciones Tromboembólicas o Trombofílicas
- Antecedentes o Presencia de enfermedades Cardiovasculares
- Alteraciones o presencia de Enfermedades Hepáticas
- Antecedentes o Presencia de Cáncer uterino o Mamario
- Lactancia
- Enfermedades Renales
- Hemorragia Vaginal no diagnosticada
- Hiperlipoproteinemias

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

- Más de 35 años de edad
- Tabaquismo
- Insuficiencia venosa
- Hipertensión Arterial
- Depresión
- Epilepsia
- Antecedentes de Hepatitis o mononucleosis.

- Hemoglobinopatias
- Antecedentes de Diabetes Gestacional
- Migraña
- Uso de Fármacos que interactuen con los hormonales orales (Sedantes, Hipnóticos, Antihipertensivos, algunos antibióticos, antidepresivos y anticonvulcionantes)
- Obesidad
- Intervención quirúrgica reciente
- Inmovilización de alguna extremidad.

VENTAJAS

- Es de bajo costo
- Es fácil de usar
- No interfiere durante la relación sexual
- Regulariza el ciclo menstrual
- Reduce el síndrome de tensión premenstrual.

DESVANTAJAS

- Puede provocar efectos secundarios al inicio o durante su uso
- Su uso requiere receta médica
- Los errores en el modo de empleo disminuyen su efectividad por ejemplo, olvidar tomarlas diariamente.

EFFECTIVIDAD

- La efectividad es muy alta, va desde 90 al 94% y las fallas son debido a algunos de los siguientes factores:
 - a) Olvido en la ingestión diaria
 - b) No absorción por vómito, diarrea o cualquier otro trastorno similar
 - c) Algunos medicamentos son capaces de inhibir su acción, como el antibiótico rifampicina y algunos antihistamínicos

INYECTABLES

Se presentan en ampolletas con soluciones inyectables, cuya efectividad dura uno, dos o tres meses, en el caso del Sector Salud, únicamente se utilizan las de dos meses.

ORÍGENES O ANTECEDENTES

Sus orígenes son similares a los de las píldoras, se encuentra por los estudios del Biólogo Pincus, sólo que en lugar de píldora, se trata de una inyección intramuscular y el producto utilizado es parecido a la progesterona, es el acetato de medroxiprogesterona, 150 mg., está asociada a una solución de acción retardada, es decir, su difusión se hará lentamente en el organismo durante 2 o 3 meses.

MODO DE EMPLEO

La inyección se aplica por vía intramuscular dentro de los primeros cinco días de iniciada la menstruación, los días subsiguientes se aplican cada 60 días.

CONTRAINDICACIONES

No se deberán emplear los anticonceptivos hormonales inyectables en:

- Embarazo o Sospecha de embarazo
- Mujeres con antecedentes de Diabetes Mellitus
- Tromboembolismo
- Sangrado genital no diagnosticado
- Adolescentes
- Nullíparas
- Mujeres con antecedentes de cáncer mamario

VENTAJAS

- No interfiere en la relación sexual
- Es un método alternativo, para mujeres cuyo estado de salud no permite el uso de estrógenos
- Es de fácil aplicación.

DESVENTAJAS

- Su uso requiere recetas y control médico
- Provoca efectos colaterales diversos
- No puede ser suprimido en caso de que aparezcan efectos secundarios en su aplicación.

EFFECTOS COLATERALES:

Son similares a los producidos por las hormonas orales, sin embargo, es importante tomar en cuenta sus efectos sobre la fecundidad y el ciclo menstrual, por ejemplo:

- Menstruaciones irregulares
- Manchas o sangrado intermenstrual
- Ausencia de menstruación
- Retraso en la fecundidad después de suspender el método.

EFFECTIVIDAD

Los métodos hormonales (orales e inyectables) presentan el 99% de efectividad. Siempre y cuando sean utilizados adecuadamente y el medicamento se encuentre en condiciones óptimas.

MÉTODOS PERMANENTES

Los métodos permanentes de anticoncepción son aquellos que tienen como finalidad la interrupción permanente de la capacidad de reproducirse en el hombre y la mujer y a este grupo corresponde la Salpingoclasia y la Vasectomía.

ESTERILIZACIÓN MASCULINA (Vasectomía)

Es un procedimiento quirúrgico en el que se seccionan los conductos deferentes para impedir el paso de los espermatozoides, de esta manera el líquido eyaculado no es capaz de fecundar.

ORÍGENES O ANTECEDENTES

La esterilización quirúrgica fue sugerida por primera vez en 1823 para las mujeres cuyas vidas se veían amenazadas por el embarazo. Sin embargo, las primeras técnicas operativas dignas de confianza aparecieron hasta 1919, y su desarrollo condujo a que se usaran en la esterilización de personas que tenían defectos transmisibles a los hijos, es decir, por razones de eugenesia.

Las primeras vasectomías se llevaron a cabo para evitar ciertas infecciones en el escroto, sobre todo en los testículos después de las operaciones de próstata. Esto se produjo entre los años de 1920 a 1930. En los campos de concentración del regimiento Nazi, bajo el pretexto de experimentar con cuerpos humanos y no con animales, se realizaron innumerables operaciones de vasectomía con Judíos. Fue por esto, precisamente, que la vasectomía despertó cierta repulsión entre algunos hombres.

Existen varias técnicas para realizar la vasectomía, la más sencilla y utilizada es por vía escrotal con pinzamiento, corte de un segmento y ligadura de los conductos deferentes.

SE RECOMIENDA CUANDO EXISTA

- Fecundidad satisfecha
- Transmisión de padecimientos genéticos
- Deficiencia Mental.

CONTRAINDICACIONES

- Infección genitourinaria
- Hernia escrotal
- Tumores testiculares
- Varicocele
- Hidrocele
- Dermatitis del escroto
- Trastornos que afecten la coagulación sanguínea y anemia severa.

VENTAJAS

- Mayor tranquilidad para realizar el acto sexual.

- El procedimiento es simple y fácil de realizar
- Es un método efectivo que brinda la oportunidad al hombre de participar activamente en la planificación de su familia
- No interfiere de ninguna manera con el deseo o capacidad del hombre para llevar a cabo sus relaciones sexuales.

DESVENTAJAS

- Pueden presentarse molestias posteriores a la cirugía que retrasen la incorporación inmediata a las actividades cotidianas
- Necesidad de Personal calificado (Ginecólogo) y condiciones adecuadas para llevarse a cabo.

EFFECTIVIDAD

- Se considera como uno de los métodos más seguros con una efectividad de 100%.

ESTERILIZACIÓN FEMENINA (Oclusión tubaria, ligadura de trompas o salpingoclasia)

Es un procedimiento quirúrgico, que consiste en seccionar y ligar las trompas uterinas para impedir el paso de los espermatozoides al tercio externo de la trompa uterina; al quedar obstruido el paso, óvulo y espermatozoide no se pueden poner en contacto y no hay posibilidad de fecundación.

La oclusión tubaria puede realizarse por vía abdominal o vaginal, prefiriéndose usar la primera por ser la más simple y que da resultados más satisfactorios.

ORÍGENES O ANTECEDENTES

Ya Hipócrates había dicho que la esterilización femenina era una solución para evitar la propagación de las enfermedades hereditarias.

Como este método, al igual que sucedió con la vasectomía, se utilizó en gran escala en los tristemente célebres campos de concentración Nazi.

Los métodos de Esterilización Femenina más empleados son:

- Histerectomía del útero
- Ligadura de Trompas (se llega a las trompas de falopio a través de una incisión abdominal o vaginal. Por vía abdominal se llama "Laparatomía", y la vaginal, que implica incisión de la pared vaginal se llama Esterilización Vaginal de las Trompas.)
- Ovariectomía (al extirpar ambos ovarios se esteriliza a la mujer).

CONTRAINDICACIONES

- Sospecha o embarazo comprobado
- Infección Pélvica

- Parto o Cesárea con ruptura de membranas de más de 6 horas de evolución
- Sepsis Puerperal
- Preclamsia
- Hemorragias Pre y Post Parto o Post Aborto
- Traumatismo Obstétrico
- Aborto Provocado.

VENTAJAS

- Mayor Tranquilidad para realizar el acto sexual
- Evitar con seguridad tener hijos no deseados
- No interfiere con el ciclo menstrual
- El procedimiento es simple y fácil de realizarse.

DESVENTAJAS

- Pueden presentarse molestias posteriores a la cirugía que retrasen la incorporación inmediata a las actividades
- Necesidad de personal calificado (Ginecólogo) y condiciones adecuadas para llevarse a cabo.

MÉTODOS TRADICIONALES O POPULARES

El bajo nivel socioeconómico, cultural, las costumbres y la ausencia de políticas educacionales en lo referente a sexualidad, han promovido el uso de algunos métodos "Tradicionales o Populares" que muchas veces son ineficaces y peligrosos como son los siguientes:

HERBORISTERIA

En algunos sectores de la capital y en las poblaciones del interior de la República Mexicana, alejadas de los grandes centros urbanos, se atribuyen propiedades anticonceptivas a numerosos productos, la mayoría de origen vegetal, pero algunos otros de origen animal y mineral. Su conocimiento es antiquísimo y se remonta a las culturas indígenas previas al descubrimiento de América. La inmensa mayoría de estos productos o "Yuyos" son abortivos y tienen fama de corregir "Atrasos Menstruales".

Al no existir estudios científicos controlados, sobre éstos, se ignora no sólo qué cosa se incorpora a estos "tecitos", sino también cuantos de sus productos son activos. No son infrecuentes las complicaciones digestivas, náuseas o diarreas después de su ingestión o, en algunos casos, problemas sanguíneos como hemorragias por intoxicación.

LACTANCIA MATERNA (Lactancia demorada)

Inmediatamente después del parto, la mujer tiene un promedio de seis a ocho semanas de amenorrea (ausencia de la menstruación) y durante este tiempo, no libera óvulos maduros. Muchas mujeres pueden prolongar este período amenorréico y anovulatorio si continúa dando

el pecho al niño. A veces se puede prolongar por un año o más. Cuando la menstruación se reanuda, hay generalmente uno o dos períodos que no son precedidos por ovulación pero, desgraciadamente, el regreso del sangrado menstrual no siempre precede al de la ovulación. Por este motivo la lactancia materna no es un medio confiable de anticoncepción cuando se depende de ella más allá de la sexta semana después del alumbramiento. Ya que la ovulación puede ocurrir antes de que el primer sangrado posterior al parto aparezca. Si la pareja desea evitar un embarazo subsecuente tendrá que utilizar algún otro método anticonceptivo al final de la sexta semana después del parto; no importa si está amamantando al niño o no.

Si bien en algunas mujeres, la lactancia puede impedir la ovulación, en otras no, este método no posee la menor garantía.

LA CAREZZA

Aún cuando no se trate de un método anticonceptivo propiamente dicho, la Carezza (caricia italiana) debe considerarse como tal, por los resultados que puede producir.

ORÍGENES

La mujer con su emancipación, adquirió también el derecho a la sexualidad, es decir, a no tener que cumplir con los deberes conyugales con el fin exclusivo de procrear. La mujer hoy día, tiene tanto derecho como el hombre a la satisfacción sexual y al orgasmo.

Los problemas de la sexualidad femenina ya indujeron en el siglo pasado a la propagación de una nueva técnica de relaciones sexuales, a esta nueva técnica se le llamó "Carezza". Este método se fundamenta en que los estímulos de contacto desempeñan un papel primordial en la vida sexual, no sólo en los órganos genitales y las zonas erógenas sino en otras zonas del cuerpo que por lo general son sensibles a tales estímulos. La satisfacción sexual depende en gran parte de ellos. Al sustituir los estímulos de contacto por los del acto sexual ocurre un empobrecimiento erótico. La pareja se embota eróticamente, ya que el coito se convierte en un acto cotidiano. La vulgarización de la sexualidad ha empezado de manera sintomática con el empobrecimiento erótico.

El método Carezza, como es obvio se basa en el impulso de contacto. Sin embargo, la madurez sexual del individuo se manifiesta en la síntesis de sus impulsos de contacto y de satisfacción. Cuando se carece de dicha síntesis, hay muchas probabilidades de que surjan trastornos sexuales.

En el método Carezza existen dos formulas:

- Carezza Moderada
- Carezza Radical.

El primero consta de caricias lentas, poco incitantes, tratando de no llegar a la sensación máxima de placer y donde se recomiendan reposos alternantes.

El segundo tiene como objeto que las caricias lleguen a la sublimidad, aunque a costa de un gran agotamiento. Esta modalidad requiere gran técnica y entrenamiento prolongado. Aunque

presenta la ventaja de que puede ofrecer a la mujer orgasmos múltiples, hasta la total relajación del hombre con la eyaculación normal con el último orgasmo femenino.

VENTAJAS

- Son principalmente de carácter anímico.

DESVENTAJAS

- La inhibición de la eyaculación no impide necesariamente el embarazo
- Es muy posible que junto con las secreciones de las glándulas mucosas, pasen pequeñas cantidades de líquido seminal a través de los uréteres hacia la vagina.

MÉTODOS FUTURISTAS

NORPLANT

El Norplant consiste en un conjunto de 6 cápsulas rellenas de Levonorgestrel, la progestina utilizada por más de 20 años en los anticonceptivos orales. Las cápsulas están hechas de tubos de silastic para uso médico, un material parecido al que se utiliza en los tubos de drenaje y prótesis desde los años 50's. Cada cápsula tiene una longitud de 34 mm. y un diámetro de 2.4 mm. Las cápsulas se insertan 1 x 1 en forma de abanico, inmediatamente por debajo de la piel a través de una pequeña incisión.

El Levonogestrel contenido en el Norplant previene el embarazo de varias maneras, provoca el espesamiento del moco cervical y reduce la cantidad producida de los espermatozoides, de los cuales pocos logran pasar a través del canal cervical para llegar al útero. Además la progestina suprime la ovulación al menos la mitad de los ciclos menstruales. Algunas investigaciones recientes indican que incluso, si se produjera ovulación, la disfunción endocrina impediría, en general, la fecundación del óvulo si el espermatozoide llegara a alcanzarlo, la baja concentración de Levonogestrel también puede suprimir el crecimiento del revestimiento endometrial del útero, impidiendo así la implantación. Population Reports, 1992.

MODO DE EMPLEO

El Norplant es un nuevo método anticonceptivo que consiste en implantar 6 cápsulas flexibles, cada una de las cuales tiene aproximadamente el tamaño de un fósforo de papel. Las cápsulas se insertan bajo la piel, generalmente en la cara interna de la parte superior del brazo de la mujer, las cápsulas implantadas previenen el embarazo al liberar en forma lenta y constante la hormona Levonogestrel en la corriente sanguínea.

VENTAJAS

- Es eficaz y previene el embarazo
- Ha sido aprobado para 5 años de uso
- Es reversible al extraer las cápsulas
- Está exento de los efectos secundarios del estrógeno
- Es fácil de usar, se aplica una vez y no hay que estar recordando antes del acto sexual.

- No hay que tener suministros periódicos.

DESVENTAJAS

- Se necesita personal capacitado para la implantación y extracción del método
- En algunos pacientes la hormona, una progestina, puede alterar los patrones de sangrado menstrual.

EFFECTIVIDAD

- Su eficacia es mayor durante el primer año, más que la ligadura de trompas o la vasectomía en este periodo.
- Solo una mujer de cada 500 queda embarazada durante el primer año de uso. En los cinco años de uso una de cada 25 mujeres queda embarazada.

CONDÓN FEMENINO

El condón femenino es un concepto que se ha venido trabajando desde hace tiempo. En 1920, un modelo fue puesto al mercado en la Gran Bretaña. Las promociones e investigaciones fueron abandonadas hasta hace 10 años, cuando un equipo de médicos daneses creó una nueva versión que también quedó encajonada hasta que una compañía Británica llamada Chartex Internacional, adquirió los derechos, realizó un trabajo adicional y lanzó la marca al mercado bajo el nombre de "Femidom" en el Reino Unido, en Suiza "Reality" y en los Estados Unidos y otros países "Femi".

Este método combina algunos rasgos del diafragma y del condón masculino. Es una especie de funda de poliuretano, con un diámetro tres veces mayor que el del condón masculino y un aro flexible en cada extremo. El diseño original contaba con un aro alrededor del extremo abierto, pero la inserción se hacía difícil y se agregó entonces un segundo aro en la parte interior del extremo cerrado del condón. Este último es utilizado para la inserción y ayuda a mantener el preservativo en su lugar. James B., Wejr P., 1993.

MODO DE EMPLEO

Se inserta de la misma forma que un diafragma, pero el aro no tiene que estar colocado alrededor del cervix. El aro ubicado en el extremo abierto permanece en la parte exterior de la vagina.

VENTAJAS

- Actúa como barrera efectiva contra el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.
- Resulta tan efectivo como el condón masculino para evitar el embarazo.
- Es el único método de barrera controlado por la mujer que presenta el mismo grado de protección contra las enfermedades de transmisión sexual y el VIH.

DESVENTAJAS

- Su costo es el triple que el del condón masculino.
- Se requiere de tiempo para aprender a usarlo apropiadamente.
- El condón puede quedar de lado, accidentalmente, cuando el hombre penetra a la mujer y es frecuente que no se percaten de esto hasta el momento de la eyaculación.
- El condón puede deslizarse fuera de la vagina o puede ser extraído por el pene durante penetraciones repetidas.
- A algunas mujeres les puede causar irritación el aro exterior y el aro interior suele causar molestias tanto a algunos hombres como a algunas mujeres.

EFECTIVIDAD

- Es hasta de un 98% si es aplicado correctamente.

CAPITULO III

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

De todas las enfermedades de transmisión sexual existen 3 que se consideran más antiguas, porque a través de la historia se han encontrado y mencionado sus síntomas en libros muy antiguos como el de la Biblia 3,000 A.C., éstas son la gonorrea, la sífilis y el chancro, sin embargo, sus orígenes son oscuros, inclusive hasta el año de 1831 se consideró que la gonorrea y la sífilis eran una misma enfermedad. De otras enfermedades de este tipo se tiene sólo la información desde el momento en que fueron descubiertos los gérmenes que las producen, pero se cree que pudieron haber aparecido desde tiempos inmemorables, inclusive se dice que las Enfermedades de Transmisión Sexual aparecieron desde que el ser humano practica el acto sexual.

A continuación se reseña históricamente algunas de estas enfermedades de transmisión sexual, empezando desde las que se consideran más antiguas hasta aquellas que han aparecido recientemente.

GONORREA

El nombre de "Gonorrea" se deriva de la palabra griega Gonos y rhea, que designa "semén" y "escurrimiento" respectivamente.

Este nombre fue utilizado por vez primera por el célebre médico galeno (cerca de 130 a 200 años D.C.) que mencionaba la secreción producida por esa infección como un escurrimiento involuntario, ya antes había sido mencionada en los escritos de Platón, Aristóteles e Hipócrates y con anterioridad se menciona en el viejo testamento cuando Moisés habla de su contagiosidad.

"...Hablad a los hijos de Israel y decidles: cualquier hombre que padece flujo en su carne será inundo, esta es la ley de su inmundicia en el flujo, ya sea por destilar su carne el flujo, ya sea por retenerlo, es inundo. Quien tocara su lecho lavará sus vestidos, se bañará en agua y será impuro hasta la tarde. Quien se sentare sobre un objeto sobre el que se sentó el que padece flujo, lavará sus vestidos, se bañará en agua y será impuro hasta la tarde. Quien tocara la carne del enfermo, lavará sus vestidos, se bañará en agua y será impuro hasta la tarde. Si el enfermo escupe sobre un hombre puro, éste lavará sus vestidos, se bañará en agua y será impuro hasta la tarde. El carro en que viaje el enfermo será impuro. Quien tocara algo que haya estado debajo del enfermo será impuro hasta la tarde. Y quien lo transportare lavará sus vestidos, se bañará en agua y será impuro hasta la tarde..." (Levíticos,15)

"En el siglo XVI, Paracelso (1493-1541) creía que la gonorrea era el síntoma inicial de la sífilis. Esa creencia persistió hasta 1831, cuando Philippe Ricord estableció de manera definitiva la

distinción entre gonorrea y sífilis, además de haber dividido el proceso infeccioso de esta última en varias etapas".

En 1879 Albert Neisser descubrió la bacteria causante de la gonorrea, a la que se le dió su nombre (Neisseria Gonorrhoeae).

La gonorrea es una enfermedad infecciosa causada por la nisseria gonorrhoeae, o gonococo, bacteria cuya forma recuerda a un grano de café. En general la bacteria afecta la uretra (canal por el cual la orina pasa de la vejiga al medio exterior), al canal del cuello uterino, al recto, a la faringe (Parte superior de la garganta) y a la conjuntiva (Revestimiento interior de los párpados). se le conoce también como blenorragia o "gota matutina" y puede ser transmitida de una persona a otra en todas sus etapas, casi siempre por medio de contactos sexuales".

SÍFILIS

Origen del término sífilis: El nombre de esta enfermedad deriva del nombre del poema pastoral de Fracastoro de Verona (ilustre médico y humanista del siglo XVI) denominado "Syphilis Sive de morbo gálico" en donde se habla de un pastor llamado sífilo que por haber ofendido a Apolo fué castigado por éste con una gran dolencia (precisamente la sífilis) que le provocó ulceraciones; del nombre de este pastor, Sífilo, deriva la denominación de sífilis que recibe la enfermedad. Llamada también Lúes, Mal francés, Mal napolitano, Morbo gálico, Morbo céltico.

La sífilis es una enfermedad infecciosa, contagiosa provocada por el treponema (o Espiroqueta) Pallidum, descubierto por Shaudinn y Hoffmann en 1905. El nombre del mal francés, Morbo gálico o céltico indica la nación a partir de la cual la sífilis se difundió durante la edad media, las crónicas de la época nos describen que durante la invasión de las tropas de Carlos VIII de Francia en el asedio de Nápoles en 1495, apareció en la provincia napolitana una enfermedad grave y extraña que se transmitía mediante el contacto sexual; en dicha época surge por primera vez la sífilis en Italia, ya que dicha enfermedad era la lúes que los cronistas de la época bautizaron con el nombre de mal francés, morbo gálico o céltico, porque fué importado por las tropas francesas de invasión, y mal napolitano, porque aparece en Italia por primera vez en la provincia napolitana, a partir de la cual se difundió en seguida hacia el norte del país. La enfermedad pronto se extendió por toda la provincia itálica dadas las costumbres licenciosas y la escasa higiene de la época, suscitando alarma, preocupación y hasta represiones feroces y absurdas; en algunas regiones a los sífilíticos se les separaba de la sociedad como a los leprosos y se les obligaba a vivir aislados en recintos o albergues espaciales (Lazaretos) con el objeto de que no contagiaran a las personas sanas; a los extranjeros contaminados se les obligaba a marcharse inmediatamente con la amenaza (a veces cumplida) de lanzarlos a la hoguera o de arrojarlos al río o al mar si no abandonaban la ciudad para dar idea de la gravísima preocupación que provocó la invasión y la gravedad de la enfermedad, basta recordar que hasta la iglesia -que por otra parte tenía también noticias de orden moral para atacar la enfermedad- además de hacer severas recomendaciones instituyó un oficio especial "Misa Beati Jobi contra morbum gálicum".

A partir de Italia, la grave pandemia sífilítica de 1495 se difunde en poco tiempo por toda Europa, y todos los pueblos del continente rivalizan en culpar a sus vecinos de la difusión de la enfermedad. Así, mientras los italianos la denominaban morbo gálico o céltico y mal francés (aún hoy día en el lenguaje popular de ciertas regiones de Italia, se denomina a los "sífilíticos"

con la palabra "afrancesado"), los franceses denominaron a la sífilis "mal italiano" porque se difundió por toda Europa a partir de dicha nación.

Los españoles que hablan del "mal de los alemanes" para referirse a la sífilis, se contrapusieron los holandeses, que bautizaron a la enfermedad con el nombre de "viruela española", los turcos, que hicieron de esta nueva enfermedad una cuestión religiosa, la denominaron "mal de los cristianos" para manifestar su odio contra toda la cristiandad.

Muchos autores son de la opinión de que esta enfermedad fué importada a Europa por los marinos de Colón que la contrajeron en el Nuevo Mundo a raíz de su descubrimiento (1492) mediante los contactos sexuales con los indígenas; contribuyen a mantener esta afirmación sobre el origen de la sífilis al curso gravísimo de la enfermedad en forma de pandemia (que supone una infección nueva que invade un terreno biológico virgen y por lo tanto poco preparado para defenderse) y la coincidencia de la pandemia de 1495 con el descubrimiento de América 1492. De Rodríguez y Díaz de Isla, médico de la expedición de Colón, nos llega la noticia de haber curado a un cierto Pinzón, piloto de la nave capitana, de una enfermedad hasta entonces desconocida, caracterizada por la aparición de una postulilla que luego se ulceró (el sifiloma inicial).

Cualquiera que sea la procedencia de la enfermedad en el ámbito europeo, lo cierto es que la sífilis era ya conocida en épocas antícuísimas y que por lo tanto su origen se pierde en la más remota antigüedad; en efecto, la literatura más antigua (China, India, etc.) nos describe lesiones y síntomas que no pueden ser más que de origen sifilítico; además se han encontrado lesiones inconfundibles de esta enfermedad que no respeta ni los huesos en los esqueletos de los hombres prehistóricos.

Cuando esta enfermedad hizo su aparición en forma de grave pandemia por toda Europa a finales del siglo XV y durante los primeros años del siglo XVI, los médicos (y los profanos) de la época (que aún no conocían la existencia de los microbios) lanzaron las hipótesis más variadas y absurdas para explicar la nueva enfermedad y las causas que la provocaban. Así los teólogos afirmaban que esta enfermedad representa la justa y severa sanción celestial de los que blasfemaban contra la divinidad; los astrólogos afirman que la sífilis como tantas otras enfermedades, se debía a una conjunción astral maléfica y precisamente la del planeta saturno y marte bajo el signo zodiacal de escorpión, que en el cuadro analomastroológico presidía a los órganos sexuales masculinos y femeninos (que constituían la localización inicial normal de la sífilis); los médicos entre las posibles causas del mal, citaban la copula sexual con leproso, la alimentación a base de carne humana (los caníbales, según esta teoría, tenían que ser todos sifilíticos), la ingestión de vino contaminado de sangre de leproso, la cópula carnal entre animales (sobre todo con el caballo), la peste de las aguas, la corrupción del aire por las mismas emanadas de la tierra después de las lluvias torrenciales, la alimentación con carne de una determinada serpiente del nuevo mundo recién descubierto por aquel entonces y otras explicaciones parecidas.

Américo Vespucio -el gran navegante- que dió el nombre al nuevo continente descubierto, afirmaba que las mujeres indígenas americanas eran tan libidinosas que para avivar los deseos carnales del hombre europeo con las que mantenían relaciones carnales, provocaban la picadura de un insecto en el miembro viril del hombre, que además de producir los efectos afrodisíacos deseados corrompía los humores internos del europeo y le originaba la enfermedad; esta teoría estaba de acuerdo con la teoría hipocrática imperante en la época

que afirmaba que las diversas enfermedades eran la expresión clínica externa de las corrupciones y contaminaciones humorales internas. Diccionario Médico Segatore, L. y Poly G (1963).

Estas teorías que en la actualidad parecen ridículas no lo eran en aquel tiempo, cuando no se conocían esos seres extremadamente pequeños llamados microbios, visibles únicamente mediante el microscopio, se mantuvieron más o menos con crédito hasta que se empezó a creer en la existencia de microbios y de la posibilidad de que el origen de la enfermedad se debiera a la transmisión de un determinado microbio del individuo enfermo al sano, pero hasta el año de 1905, después de haberse descubierto muchos microbios entre los cuales cabe citar el de Koch en 1872. El zoólogo Shaudin y el médico Sifiliográfico Hoffman, ambos de la escuela médica vienesa, descubrieron el germen responsable de la sífilis que recibió el nombre de Spirocheta "Pálida": Spiroqueta porque es largo, delgado y flexuoso como un hilillo retorcido sobre sí mismo con 6 -12 curvas en espiral que no se deforman: se denomina pálida porque se ve poco coloreado a la observación microscópica. Posteriormente el germen recibió también el nombre más adecuado de "Treponema Pallidum", sus características son las siguientes: cuerpo alargado de unas 5 -12 micras, es decir, milésimas de milímetro, de una anchura no superior a un tercio de micra, enrollado en 5 -12 espirales indeformables, dotado (cuando se examina en vivo) de vivos movimientos de progresión, de lateralidad y de ondulación; puede observarse con el microscopio previa coloración y con el ultramicroscopio con la coloración en fresco; no se sabe si se multiplica por gemación, por división longitudinal o transversal o por reproducción sexual gamética; vive bien y se reproduce en determinados cultivos a temperatura de 37 grados y en ambiente privado de aire (el germen, por lo tanto, es anaeróbico).

HERPES GENITAL

La palabra Herpes del griego "Arrastrarse" fué utilizada por Herodoto 100 años A.C. para describir las vesículas causadas por la fiebre. Las manifestaciones clínicas del herpes genital son conocidas desde el tiempo de Hipócrates, cuatro siglos antes de Cristo, sin embargo, hasta principios de la década de los 60' se descubrió que era causada por un virus y que es capaz de producir lesiones muchas veces graves, en 1960 se comprueba que esa infección era transmitida por contactos sexuales y se demostró que los virus de Herpes Simple (HSV) podían dividirse mediante pruebas de neutralización, en 2 tipos antigénicos Virus Herpes Simple 1 (HSV1) y Virus de Herpes Simple 2 (HSV2) y que tenían una relación entre el tipo antigénico y el sitio de la obtención del virus.

Hoy en día se acepta la existencia de 2 tipos de virus del Herpes (1 y 2) cada uno de ellos con características biológicas y epidemiológicas diferentes.

El tipo 1 ataca generalmente a las áreas no genitales, provocando lesiones en la boca y en los ojos; el tipo 2 ataca los órganos genitales y es transmitido hasta donde se ha podido demostrar, por medio del contacto sexual.

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (S.I.D.A.)

Existe una enfermedad nueva y mortal que tiene preocupado al mundo entero porque se desconoce a ciencia cierta sus orígenes y sobre todo su tratamiento, hasta el momento todo intento por controlarla y combatirla ha resultado ineficaz, por lo que es y será la causante de muchas muertes a nivel mundial, nos referimos al Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (S.I.D.A.)

Lugar y fecha de nacimiento del S.I.D.A. o Virus Humano de Inmunodeficiencia (VIH).

El tiempo "real" de evolución de cualquier virus puede medirse con relativa exactitud calculando el índice de los cambios hereditarios en las diferentes especies.

En vista de que los retrovirus poseen un índice de evolución un millón de veces más rápido que el de los organismos constituidos a base de ADN, es relativamente confiable medir su tiempo real de evolución calculando las diferencias hereditarias de los virus aislados a través de tiempo en diversas regiones del mundo. Para ellos se ha tomado como base al VIH-1 más antiguo que hasta hoy se haya encontrado. Esto se logró estudiando en forma retrospectiva los sueros almacenados en diversos países. El suero con virus más antiguo se encontró en Zaire, y era de 1959.

EL AGENTE CAUSAL.

Los siguientes aislamientos VIH-1 ocurrieron a mediados de los años 70, en el África Central y en los Estados Unidos (a excepción de un joven de 16 años que murió de SIDA en este último país en el año de 1969), y a principios de los 80's en América Latina.

Comparando estos resultados con los obtenidos con el VIH-2, que fue identificado en 1986, es posible concluir que tanto uno como otro se originaron en el Continente Africano hace 40 años, a partir de un antepasado común aún no identificado.

Posiblemente el VIH pasó de dicho Continente a los Estados Unidos y a la región del Caribe transportado por alguno de los soldados pertenecientes a las tropas del ejército de las Naciones Unidas, cuando entraron a poner orden después de haber finalizado la Segunda Guerra Mundial.

A continuación se hará una diferenciación entre bacterias y virus, así como la descripción de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) que son causadas por los diferentes tipos de bacterias y virus y otros agentes patógenos.

GERMENES O MICROBIOS

Los gérmenes o microbios, son organismos patógenos cuando causan enfermedades, penetran en el cuerpo de diversos modos, pueden ser inhalados o tragados con la comida y la bebida, o pasar de la mano a la boca, de persona a persona o ser adquiridos por contacto con

materias contaminadas, personas infectadas o ser infectado por la picadura de un mosquito, chinche, o que entren en la piel a través de un arañazo o una herida.

En el lenguaje común y corriente se consideran "microbios" a todos los seres infinitamente pequeños que nos rodean y provocan enfermedades.

De hecho el microbio es, propiamente hablando, una bacteria, un organismo muy pequeño, unicelular y sin núcleo, pero visible en un microscopio óptico.

Los gérmenes incluyen a las bacterias, los virus, los protozoarios y los hongos, en consecuencia podemos clasificar las enfermedades en infecciosas de un modo general de acuerdo con los organismos patógenos afectados.

Los microbios propiamente dichos o bacterias son organismos unicelulares de la familia vegetal, son los seres vivos más pequeños dotados de procesos metabólicos, las bacterias más pequeñas apenas son visibles en un microscopio corriente.

Treinta trillones de bacterias de tamaño medio pesan alrededor de treinta gramos, las bacterias poseen membranas celulares exteriores que envuelven procesos químicos vitales tan complicados como los de cualquier célula animal y humana.

Hay muchas familias de las bacterias, y numerosos grupos de "tribus" dentro de las familias, algunas precisan oxígeno para multiplicarse y son llamadas bacterias aeróbicas, otras llamadas anaeróbicas no crecen en presencia de oxígeno, algunas están provistas de prolongaciones vibrátiles que les dan movilidad, otras crecen a bajas temperaturas, algunas únicamente a una temperatura similar a la del cuerpo humano, y unas cuantas crecen en ámbitos cálidos.

Las bacterias tienen diferentes formas y son clasificadas de acuerdo con ellas, los cocos son esféricos, los estreptococos crecen en cadena, algunos grupos son hemolíticos (destructores de glóbulos rojos de la sangre), los estafilococos tienden a arrojarse, los cocos crecen también individualmente y algunos como los neumococos están apareados.

Los bacilos tienen forma de bastoncillo, también hay bacterias en espiral (espirilos) en forma de coma (vibrios), la variedad de formas y grupos refleja una diversidad en la capacidad inofensiva o perjudicial.

Por lo que hay que destacar que las bacterias, no son siempre patógenas, es decir, susceptibles de provocar enfermedades, ya que la mayoría son por otra parte, útiles dado que estabilizan ciertos estadios del ciclo de la vida en el hombre y en animal, viven en todas nuestras cavidades naturales (fosas nasales, garganta, tubo digestivo y vías respiratorias.)

Estas bacterias denominadas "saprofitas" cumplen funciones indispensables para su anfitrion, son múltiples y se equilibran las diversas especies al competir entre sí, y están en perfecta armonía con quien las alberga, y es sólo ante circunstancias excepcionales, que estas bacterias inofensivas pueden volverse peligrosas sobre todo cuando el organismo se defiende con dificultad (recién nacido, enfermo debilitado por una afección grave, o cuyas defensas se ven alteradas por medicamentos que suprimen la inmunidad), o cuando un tratamiento antibiótico mal adaptado o prolongado a eliminado la mayoría de las bacterias, que pueden entonces convertirse en peligrosa por su abundancia.

Las bacterias patógenas son bastante numerosas, desde el basilo de la tuberculosis, hasta el vulgar estafilococo que provoca simples infecciones locales productoras de pus (forúnculos) y también terribles infecciones de los huesos.

Pueden transmitirse por contacto directo (forúnculos, impetigo), por vía aérea (tuberculosis, tosferina), por vía digestiva: alimentos o bebidas (fiebre tifoidea, tuberculosis de origen bovino por ejemplo) y pueden también transportarlos portadores sanos o enfermos y también vectores intermedios.

La lucha contra las bacterias patógenas comprende medidas preventivas: especialmente la higiene y el aislamiento de los enfermos, medidas generales (anticépticos) y medidas particularmente apropiadas a la naturaleza del germen, como la prescripción de antibióticos para un tratamiento sintomático.

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL DE ORIGEN BACTERIANO

GONORREA

DEFINICION:

La gonorrea es una infección del tejido epitelial y de transición causada por neisseria gonorrhoeae, se transmite de un individuo infectado a uno sano por contacto personal directo.

Neisseria Gonorrhoeae se traslada durante el acto sexual de la uretra de un hombre infectado al cuello del útero, uretra, la garganta o el recto de su compañera, o al recto o la garganta de su compañero en caso de tratarse de homosexuales con la misma facilidad se transmite de la uretra, cuello del útero o las glándulas de bartolino de una mujer infectada a la uretra de su compañero durante el acto sexual. La uretra, el cuello del útero y el recto están revestidos de una capa simple de células que los gonococos atraviesan con gran facilidad y establecidos se multiplican con gran rapidez. La vagina recubierta con varias capas de células, no se ve afectada, puesto que el gonococo no puede penetrar esta "pared de células".

La gonorrea puede diseminarse a través del torrente sanguíneo a otras áreas del organismo. Puede originar problemas que comprenden las articulaciones (artritis), padecimientos cutáneos, o inflamación del músculo o la recubierta interna del corazón. Puede afectar el tejido cerebral lo que da por resultado meningitis; o el hígado, lo que produce hepatitis.

ETIOLOGIA.

La gonorrea es causada por la bacteria neisseria gonorrhoeae llamada así en honor a quien la aisló por primera vez (A. NEISSER 1879). La neisseria Gonorrhoeae es un coco gram negativo (Bacterias que pierden coloración por el método de Gram) que generalmente aparece apareado y con bordes laterales aplanados, forma colonias y es sumamente contagioso.

FORMAS DE TRANSMISION.

El único hiesped natural de la neisseria Gonorrhoeae es el ser humano.

Esta enfermedad no se adquiere en asientos de retretes, toallas o ropas, ya que el gonococo es un organismo muy frágil que muere rápidamente cuando está privado del calor del cuerpo humano. las caídas bruscas de temperatura acaban con él y aún cuando las secreciones contaminadas de la uretra infecten las ropas y otros objetos éstos rara vez son contaminantes, puesto que los gonococos, al secarse quedan rápidamente aniquilados, es por esto que la forma en que se transmite es de una pareja sexual a otra mediante el contacto directo de una membrana mucosa infectada con una sana, vía oral, vaginal, uretral, rectal o por el cuello uterino. La gonorrea puede transmitirse al niño durante el parto, el gonococo puede infectar al recién nacido.

MANIFESTACIONES Y SINTOMAS

La gama clínica de infección gonocócica depende del sitio de introducción voluntaria o accidental (inoculación), duración de la enfermedad, virulencia de la sopa infectante y presencia y ausencia de diseminación sistemática del microorganismo, todavía no se conoce bien cual sea la influencia que pueda tener el volumen de inóculo (Sustancia que se introduce), las variaciones de susceptibilidad del hiesped y la infección simultanea con clamídea trachomatis y otros microorganismos patógenos genitales.

El período de incubación de la uretritis gonocócica (gonorrea) en el varón es de 2 a 7 días después de la exposición, aunque no son raros los intermedios más prolongados y algunos hombres nunca llegan a desarrollar síntomas.

Los varones con uretritis gonocócica tienen secreción uretral purulenta, con dolor y frecuencia urinaria y eritema (Enrojecimiento difuso o manchas de la piel) del meato.

En los homosexuales puede producir dolor anorectal, prurito (comezón), tenesmo (deseo continuo, doloroso e ineficaz de orinar o defecar) y una exudación mucopurulenta y sanguinolenta, y si practican la felación con otros varones que sufren infección gonocócica adquieren infección faríngea, este tipo de infección puede causar amigdalitis exudativa.

En la mujer la gonorrea no complicada causa disuria (dolor al orinar), frecuencia urinaria, aumento de la secreción vaginal por endocervicitis (inflamación de la mucosa del cuello del útero) exudativa, hemorragia menstrual anormal, molestias anorectales.

La infección gonocócica asintomática en la mujer puede afectar al endocervix, la uretra, el conducto anal, la faringe y puede producir una inflamación de las glándulas de Bartholin.

Durante el parto el gonococo puede infectar las conjuntivas, la faringe, el aparato respiratorio o el conducto anal del recién nacido.

SIFILIS

DEFINICION:

La sífilis es una infección sistémica, crónica causada por una subespecie pallidum de treponema pallidum. Generalmente es de transmisión sexual y se caracteriza por un periodo de incubación medio de 3 semanas, seguido de una lesión primaria que se acompaña de linfadenopatía (Afecciones de los ganglios o del tejido linfoide) regional, una segunda etapa bacteriémica con lesiones mucocutáneas y linfadenopatía generalizada, un periodo latente de infección subclínica que puede durar muchos años y aproximadamente en una tercera parte de los casos no tratados, una etapa terciaria caracterizada por lesiones mucocutáneas, musculoesqueléticas o parenquimatosas (Degeneración de granos de grasa de origen infeccioso que ataca simultáneamente varias vísceras) que son progresivas y destructivas o enfermedad del sistema nervioso central.

ETIOLOGIA:

En 1905 Schaudinn y Hoffman descubrieron el Treponema Pallidum, es uno de los microorganismos de forma espiral que se impulsa girando sobre su eje longitudinal. Las espiroquetas incluyen 3 géneros patógenos para el hombre y muchos otros animales.

El treponema pallidum es un microorganismo delgado con 6 a 14 espirales y extremos ahusados, que mide de 6 a 15 micras de longitud y 0.2 micras de ancho.

El único huésped natural que se conoce para el treponema pallidum es el ser humano, muchos mamíferos pueden infectarse con treponema pallidum pero sólo el hombre, los primates y algunos animales de laboratorio desarrollan regularmente lesiones sífilíticas, cepas virulentas de treponema pallidum se conservan en conejos.

FORMAS DE TRANSMISION

Casi todos los casos de sífilis se adquieren por contacto sexual con lesiones afectadas (por ejemplo, chancro, placa mucosa, eritema cutáneo o condiloma plano). Algunas formas menos comunes de transmisión son el contacto personal no sexual, la infección adquirida en útero o por transfusión.

MANIFESTACIONES Y SINTOMAS

Comunmente la evolución de la sífilis se divide en 4 fases:

SIFILIS PRIMARIA. El Chancro primario se inicia en forma de pápula (Elevación eruptiva pequeña, sólida y circunscrita de la piel) única indolora, que rápidamente sufre erosión y casi siempre se indura, presentando consistencia cartilaginosa característica por palpación de los bordes y la base de la úlcera.

El periodo de incubación es de 21 días aproximadamente donde aparecen chancros en las áreas afectadas, en los varones heterosexuales el chancro suele localizarse en el pene, mientras que en los homosexuales, se localiza en el conducto anal, en el recto, dentro de la boca, en los genitales externos o puede aparecer en cualquier sitio del cuerpo.

En las mujeres los sitios más comunes son el cuello uterino y los labios.

En ocasiones la sífilis primaria no se diagnostica en mujeres ni en homosexuales. La lesión primaria se acompaña de linfadenopatía regional que aparece durante la primer semana de iniciada la lesión, por lo general indoloros que aún sin tratamiento cicatrizaran aproximadamente de 10 a 90 días, aunque el tiempo promedio es de tres semanas. Estas lesiones suelen acompañarse de inflamación de los ganglios linfáticos en la región afectada.

SIFILIS SECUNDARIA. Este periodo se caracteriza por exantema y crecimiento generalizado de los ganglios linfáticos. La fase secundaria casi siempre se inicia pocas semanas o meses después de que han desaparecido las lesiones primarias. Otros síntomas pueden incluir malestar general, fiebre, dolor de garganta, dolor de cabeza, pérdida de peso, anorexia, manifestaciones cutáneas o mucosas, pérdida de cabello en placas y en algunos afección del hígado, esto es hepatitis.

SIFILIS LATENTE. En el período latente no hay síntomas y puede durar varios años. No obstante las pruebas serológicas de sangre serán positivas.

SIFILIS TERCIARIA O TARDIA Y NEUROSIFILIS. La sífilis terciaria puede ocurrir desde los 5 años después del inicio de la infección no tardía. La morbilidad y mortalidad principal de la sífilis se origina con manifestaciones de enfermedad en piel, huesos, sistema nervioso central y vísceras, particularmente el corazón y grandes vasos sanguíneos.

La neurosífilis puede manifestarse en sí a manera de cambios de personalidad, cambios oculares, delirios y alucinaciones, dolor de cabeza, insomnio, confusión y desorientación.

SIFILIS CONGENITA. La transmisión de treponema Pallidum de una madre sífilítica al feto a través de la placenta puede ocurrir durante cualquier etapa del embarazo, pero las lesiones de la sífilis congénita sólo se presentan después del 4o, mes de gestación, cuando empieza a desarrollarse la competencia inmunológica.

CHANCROIDE O CHANCRO BLANDO

DEFINICION:

El chancroide o chancro blando, es una infección aguda de transmisión sexual caracterizada por la aparición de úlceras genitales dolorosas acompañadas de adenopatía (enfermedad de los ganglios, especialmente linfáticos) inguinal que puede llegar a supurar. El diagnóstico se establece al aislar *Haemophilus Ducreyi* de la lesión o de algún ganglio supurado y excluyendo la posibilidad de la sífilis, herpes genital y otras causas específicas de ulceración genital.

ETIOLOGIA:

Es causada por un pequeño microorganismo llamado *Haemophilus ducreyi*; del nombre de su descubridor el Dr. Ducrey quien lo identificó por vez primera hace aproximadamente unos 90 años en la llaga del pene de un hombre.

La obtención del haemophilus ducreyi de las úlceras confirma la causa microbiana del chancroide.

FORMAS DE TRANSMISION.

Se adquiere por transmisión sexual. Después de realizado el acto sexual con una persona afectada y al cabo de 3 a 10 días, aparecen unos granitos en el pene del hombre o en los labios de la mujer. Estos granos se desarrollan rápidamente se reblandecen y después revientan formando unas pequeñas llagas de bordes dentados y base húmeda. Las llagas son blandas, sangran fácilmente y son en extremo dolorosas.

MANIFESTACIONES Y SINTOMAS

El período de incubación es de 3 a 10 días después de los cuales aparecen unas pequeñas pápulas que se ulceran en un plazo de 2 a 3 días, la úlcera clásica del chancroide es superficial y su tamaño varía desde algunos milímetros a varios centímetros de diámetro, sus bordes son alargados y socabados, la base de la úlcera está cubierta por un exudado necrótico, a diferencia de la sífilis la úlcera de chancroide en el varón es dolorosa y no indurada. Las áreas de localización más frecuente en el hombre es la superficie interna del prepucio, el orificio del prepucio y el frenillo; los labios, la horquilla y la región perianal en la mujer. Son raras las úlceras extragenitales.

GRANULOMA INGUINAL (Donovanosis)

DEFINICION:

El granuloma inguinal o la donovanosis es un padecimiento ulceroso crónico, discretamente contagioso, indoloro, progresivo y autoinoculable, afecta la piel y linfáticos del área genital o perianal. Puede transmitirse sexualmente en los tejidos afectados donde aparece un microorganismo intracelular que morfológicamente se denomina Cuerpo de Donovan.

ETIOLOGIA:

La donovanosis fué descrita inicialmente en la India por Mc. Leod en el año de 1882, fue en 1905 cuando Donovan describió los corpúsculos (Cuerpo o masa pequeños) intracelulares, que se consideran causa de la enfermedad. Es producida por las bacterias calymmatobacteriam granulomatis, mide 1.5 por 0.7 micras. antígenicamente guardan relación con especies klebsiella, pero no reproducen la misma enfermedad cuando son inoculadas por vía intradérmica al ser humano. Todavía no se sabe si estas bacterias son causa de la enfermedad. Los estudios con microscopio electrónico confirman su semejanza morfológica con bacterias gramnegativas.

FORMAS DE TRANSMISION.

Es una enfermedad que se transmite por contacto sexual y no es muy contagiosa, el contacto repetido con una persona infectada no significa necesariamente que se produzca un contagio.

La Donovanosis es un padecimiento infeccioso que reina constantemente en épocas fijas, en ciertos países y por influencia de una causa local (Endémico) en zonas tropicales.

MANIFESTACIONES Y SINTOMAS

El período de incubación varía entre 8 días y 12 semanas, pero la mayor parte de las lesiones aparecen en un plazo máximo de 30 días después de la exposición sexual, se inicia en forma de pápula que se ulcera formando una zona elevada e inodora de tejido de granulación rojo intenso. Los bordes son irregulares y se diseminan por continuidad o por autoinoculación a la piel vecina. Cuando se infecta secundariamente con anaerobios puede haber dolor y exudado fétido. Otras complicaciones menos comunes son ulceraciones menos profundas, lesiones cicatrizales crónicas, fimosis (Estrechez natural o congénita o accidental de la abertura del prepucio, de la que resulta la imposibilidad de descubrir el glande) linfedema y proliferación epitelial abundante que macroscópicamente parece carcinoma. En el varón las lesiones generalmente se localizan en el glande, prepucio, cuerpo del pene o área perianal.

En la mujer es más común en los labios. En ella muchas veces las lesiones se originan en la horquilla y progresan en dirección anterior en forma de "V" o a lo largo de la vulva. Puede haber lesiones extragenitales que afecta cara, cuello, boca y otros sitios.

Las lesiones locales destructivas y la infección secundaria pueden causar gran morbilidad, incluso la muerte. Se han señalado casos de muerte, con diseminación a huesos, articulaciones e hígado después de varios años de infección crónica.

INFECCIONES POR CLAMIDEAS.

DEFINICION.

El género *Chlamydia* contiene 2 especies, *Chlamydia psittaci* y *Chlamydia trachomatis*. La primera está distribuida en toda la naturaleza y produce infecciones genitales, conjuntivales, intestinales y respiratorias en muchos mamíferos y aves.

Las *Chlamydia*s *Trachomatis* son patógenas, exclusivo del ser humano y fué descubierto como causa de tracoma en la década de 1940. A partir de entonces es uno de los principales agentes infecciosos de transmisión sexual y perinatal.

ETIOLOGIA.

Las *Chlamydia*s son parásitos intracelulares obligados que originalmente se consideraban como virus grandes. Sin embargo, contienen DNA Y RNA, tienen pared celular y ribosomas semejantes a los de las bacterias gramnegativas, y su acción puede ser inhibida con antimicrobios como la tetraciclina. Por lo tanto las clamideas se clasifican como bacterias que pertenecen a su propio orden (*Chlamydiales*) y género (*Chlamydia*).

FORMAS DE TRANSMISION

La Chlamydia se transmite por contacto sexual, los recién nacidos pueden adquirir esta infección cuando pasan a través del conducto del parto, desarrollando más tarde conjuntivitis de inclusión, infección ocular, neumonitis y neumonía.

MANIFESTACIONES Y SINTOMAS

En el adulto, el espectro clínico de las infecciones de transmisión sexual por Chlamydia Trachomatis puede comprenderse fácilmente porque es semejante al espectro de las infecciones gonococcicas, estos 2 microorganismos pueden causar inflamación de la uretra en ambos sexos, epididimitis, cervicitis mucopurulenta, salpingitis aguda, bartholinitis, proctitis (inflamación en el recto) y síndrome de Fitz-Augh-Curtis (perihepatitis) y ambos pueden causar complicaciones sistemáticas, especialmente artritis.

La frecuencia de infecciones genitales por Chlamydia Trachomatis alcanza máximo entre los 16 y 25 años de edad.

Las infecciones tubarias asintomáticas o leves por chlamydia son una de las principales causas de infertilidad.

Las Chlamydia Trachomatis son la causa principal de las siguientes enfermedades.

-Epididimitis

-Proctitis

-Cervicitis mucopurulenta

-Enfermedad inflamatoria pélvica

-Síndrome uretral en mujeres

-Síndrome de reiter

-La epididimitis en varones sexualmente activos presenta de secreción uretral acompañada de dolor escrotal unilateral y edema de hipersensibilidad.

-El síndrome de reiter incluye conjuntivitis, uretritis, artritis y lesiones cutáneas características.

-Las Chlamydia Trachomatis de cualquier inmunotipo genital de la "D" a la "K" inmunotipo de linfogranuloma venéreo L2' causa proctitis en homosexuales y mujeres heterosexuales que practican el coito anal.

-La cervicitis mucopurulenta (inflamación del cervix) ese tipo se acompaña de secreción mucopurulenta amarillenta proveniente del epitelio cilíndrico endocervical.

-La enfermedad inflamatoria pélvica es el resultado de la diseminación ascendente de un vaso o conducto de chlamydia trachomatis a partir de la parte inferior del aparato genital; inicialmente existe cervicitis mucopurulenta y más tarde hay inflamación del endometrio e

inflamación de la trompa de falopio, ésto se demuestra por un examen endoscópico de la cavidad peritoneal.

-El síndrome uretral en mujeres se presenta con dolor, emisiones anormales y pus en la orina.

-La infección durante el embarazo causa parto pre-término e inflamación del endometrio post-parto.

-En el recién nacido, la conjuntivitis por clamidia suele tener un período de incubación más prolongado que el de la conjuntivitis gonococcica (de 5 a 14 días, en comparación con uno a tres días).

LINFOGRANULOMA VENEREO.

DEFINICION.

El Linfogranuloma venéreo (LGV) es una infección de transmisión sexual causada por Chlamydiae Trachomatis de serovares L1, L2, ó L3 la mayor parte de los casos es ocasionada por L2. Estas producen granulomas, abscesos escondidos e inflamación pélvica y puede llegar a causar infertilidad.

ETIOLOGIA.

El Linfogranuloma venéreo (LGV) lo causa un organismo de la familia de las Chlamydiae, La Trachomatis de serovares por lo regular serovares L2.

FORMAS DE TRANSMISION

El Linfogranuloma venéreo suele transmitirse por vía sexual y se contrae a través del contacto vaginal, oral o anal con una persona infectada, pero puede haber transmisión a través del contacto personal o por accidentes de laboratorio.

MANIFESTACIONES Y SINTOMAS

En las heterosexuales, aparece una lesión genital primaria de 3 días a 3 semanas después del contacto, formada por una pequeña vesícula indolora, una úlcera o pápula no endurecida en el pene, o en la mujer en los labios, parte posterior de la vagina u horquilla, desaparece en algunos días sin dejar cicatriz e incluso, a pesar de que el paciente llegue a notarla, no suele considerarse como (LGV) en el momento.

En las mujeres y homosexuales puede haber infección anal o rectal primaria por coito rectal. A partir del sitio de la infección primaria uretral, genital, anal o rectal, el microorganismo se disemina por los vasos linfáticos regionales. La infección rectal produce linfadenitis hipogástrica e iliaca profunda. La infección de la parte alta de la vagina o del cuello provoca inflamación del tejido linfático del obturador e iliaca.

En los homosexuales se produce inflamación del recto por (LGV). Estos pacientes presentan dolor anorectal y secreción rectal mucopurulenta y sanguinolenta.

A pesar de que pueden quejarse de diarrea, ésta puede representar el instinto frecuente, doloroso y sin éxito de defecar (tenesmo).

El microorganismo del LGV es un patógeno intracelular obligado, por lo cual los datos histopatológicos en la mucosa rectal incluyen granulomas con células gigantes, abscesos escondidos e inflamación.

Durante la fase de linfadenopatía regional suele haber síntomas generales y en presencia de proctitis, puede haber fiebre, escalofrío, cefalea, meningismo, anorexia, dolor muscular y dolor en las articulaciones del cráneo.

La enfermedad aguda en el heterosexual se caracteriza por una lesión genital primaria y transitoria, seguida de linfadenopatía (Afecciones de los ganglios del tejido linfático) regional supurada y multiloculada. Las mujeres, homosexuales y ocasionalmente heterosexuales, pueden desarrollar proctitis (inflamación del recto) hemorrágica. El LGV agudo casi siempre se acompaña de síntomas genitales como fiebre y leucocitosis (Aumento transitorio del número de leucocito de la sangre que ocurre por infecciones). Después de un periodo latente de varios años, puede haber complicaciones tardías como elefantiasis genital, estreches del conducto y úlceras del pene, uretra y recto.

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL DE ORIGEN VIRAL

La palabra latina "VIRUS" significa "LIQUIDO O VENENO VISCOSO".

Los virus se componen esencialmente, de una envoltura proteínica que encierra un núcleo de ácido nucleico, este último es la misma clase de molécula química que constituye los genes de las moléculas vivas que dictan la herencia, pero el material hereditario de los virus es inferior, no puede "instruir" al virus para que produzca sus propias enzimas o proteínas, ni para que transforme materias brutas en elementos nutritivos, ni para que lleve a cabo complejos procesos químicos vitales independientemente, tal como pueden hacer las células de las bacterias, plantas, animales y seres humanos, así, los virus son parásitos absolutos sólo pueden multiplicarse atacando a una célula viva, controlando el mecanismo químico de la célula y obligándola a servir a los fines del virus.

¿Cómo penetra un virus en la célula?. Su envoltura proteínica se pega a una pequeña parte de la membrana de una célula, un campo receptor que se adapta a ella perfectamente, un virus particular no se adapta a cualquier célula, por ejemplo, un virus de la gripe no debe producir poliomielitis, porque no "encajan" con células nerviosas susceptibles.

Cuando el virus encaja y se ha pegado a una célula susceptible, se producen acontecimientos que pueden calificarse de asombrosos. El virus practica un agujero a través de la pared de la célula y su ácido nucleico penetra en la célula y se apodera de su mecanismo químico, "robando" la energía de la célula y obligándola a fabricar proteína y ácido nucleico para la

producción de progenie viral. Es posible que vivamos tranquilamente con muchos virus que no causan ningún daño aparente, pero si invaden suficientes virus malignos a las suficientes células vulnerables, enfermamos de diversos modos.

VERRUGAS VIRALES O CONDILOMA ACUMULADO

DEFINICION.

Las verrugas son tumores epiteliales causados por la infección de la piel o de las mucosas con virus de papiloma humano (P.V.H.).

ETIOLOGIA.

Los virus de papiloma (o papilomavirus) miembros del género de la familia papoviridae, son virus sin cubierta que miden 50 a 55 mm. de diámetro y tienen genes en los cromosomas del núcleo de las células de DNA circular. Estos virus son específicos para cada especie, y los virus papiloma del hombre (HPV) no han sido propagados en cultivos de tejidos ni en animales de experimentación.

Epidemiología.- La frecuencia de las verrugas venéreas (condilomas acumulados) Han aumentado notablemente en los últimos 10 a 15 años y constituyen una de las enfermedades de transmisión sexual mas frecuente en los Estados Unidos.

FORMAS DE TRANSMISION.

La infección por virus papiloma humano (PVH) se transmite por contacto personal íntimo y es facilitada por traumatismos menores en el sitio de inoculación. Puede resultar del contacto directo con otro individuo, o por autoinoculación a través de una sustancia que transmite el contagio. Todos los tipos de epitelio (Piel) escamoso pueden infectarse con virus papiloma humano (PVH) y el aspecto macro o microscópico de las lesiones varía con el sitio de la infección y el tipo de virus causante.

MANIFESTACIONES Y SINTOMAS.

Hasta mediados de la década de 1970 se pensaba que sólo existía un sólo PVH (Virus Papiloma Humano) y que las diferencias clínicas y patológicas de las verrugas eran por naturaleza del epitelio escamoso existente en el sitio de la infección. Con el descubrimiento de múltiples virus se sabe que cada tipo de estos microorganismos rige en gran parte la naturaleza de la lesión y por ello, las manifestaciones clínicas de la infección dependen de la localización de la lesión y del tipo de virus causante, las verrugas comunes (verrugas vulgares) se localizan por lo común en las manos y son pápulas de color que varía entre carne y café. Las verrugas plantares difieren de las demás verrugas en que crecen hacia el interior. Pueden ser muy dolorosas, las verrugas planas son mas frecuentes en los niños y se sitúan en cara, cuello, tronco y superficies flexoras de antebrazos y piernas.

Las verrugas anogenitales (condilomas acumulados o verrugas venéreas) aparecen en la piel y mucosas de los genitales externos y la región perianal. Debe hacerse un diagnóstico diferencial con el condiloma plano de la sífilis secundaria, el molusco contagioso, papulas penianas perladas y varios cánceres mucocutáneos.

Las verrugas anogenitales se transmiten por vía sexual y tienen un período de incubación de 1 a 6 meses. En el hombre los condilomas aparecen por lo común en el frenillo o el surco coronal, aunque pueden localizarse en cualquier región del pene.

También son frecuentes en el meato uretral, y en ocasiones se extiende en dirección proximal. Las verrugas perianales son frecuentes en los homosexuales, aunque también aparecen en heterosexuales. En la mujer aparecen en la parte posterior del introito y los labios adyacentes; se disemina hacia otras regiones de la vulva y generalmente se localizan en el perineo y el ano, también suelen aparecer en la vagina y cuello, las lesiones pueden existir incluso sin que haya verrugas externas.

La papilomatosis (o verrugas) en la laringe es rara, afecta principalmente a preescolares y puede ser causada por la transmisión del virus en el momento del parto a través del conducto uterovaginal infectado. Estas lesiones son múltiples y pueden llegar a destruir gravemente las vías respiratorias. En el adulto esta infección se adquiere a través del contacto bucogenital.

HERPES SIMPLE

DEFINICION.

Al hablar de herpes nos estamos refiriendo a una familia, especialmente a una formada por dos: Herpes Simple I (HSV-I) y Herpes Simple II (HSV-II).

Históricamente el HSV-I infecta el área facial y se conoce como herpes labial o mejor conocido como fuegos o fogazos. El HSV-II infecta principalmente el área genital y ha llegado a denominarse herpes genital. No obstante el HSV-I y el HSV-II pueden ocupar tanto el área superior o inferior de la cintura y clínicamente puede ser muy difícil distinguirlos entre sí.

El virus del herpes pertenece al grupo herpes vírdea, que comprende al HSV-I y al HSV-II; varicela zoster (Variola); herpes zoster; citomegalovirus y el virus de Epstein Barr de la mononucleosis.

ETIOLOGIA.

El Herpes Genital es producido por el HSV I y II que es una infección viral incurable y en ocasiones dolorosa, que puede durar toda la vida y recurrir. El virus entra en la célula, causa una infección ampollar y después queda latente hasta que se reactiva. Una vez que HSV ha invadido al huésped, puede ascender por los nervios de una zona dada, después de que haya desaparecido cualquier signo de infección activa. Más tarde, el virus desciende por los nervios hasta el área afectada para causar una infección recurrente con herpes.

FORMAS DE TRANSMISION.

Los virus del herpes I y II, se transmiten normalmente por contacto directo íntimo con áreas infectadas. Este contacto suele ser sexual: bucobucal, genitogenital, genitobucal, genitoretal o bucorectal. También puede adquirirse al tocar una lesión activa o una visícula llena de líquido e inmediatamente tocar una parte de su cuerpo o el de alguien más. Las infecciones oculares por herpes pueden originarse por autoinoculación (infectarse uno mismo) por ejemplo, al usar saliva como solución humectante para lentes de contacto. Puesto que las lesiones abiertas pueden liberar grandes cantidades de virus, la infección puede transmitirse a personas susceptibles por los dedos o las manos o por contacto corporal estrecho, por ejemplo de madres a hijos.

Las personas con herpes simple II pueden llevar una vida sexual normal sin afectar a sus parejas si se abstienen durante la crisis y no reinician los coitos sino hasta 72 horas después de que hayan desaparecido las lesiones.

MANIFESTACIONES Y SINTOMAS

El primer episodio del herpes genital primario se caracteriza por fiebre, cefalea, malestar y mialgia (Dolor en los músculos del cráneo). Los síntomas locales principales son dolor, comezón, dolor al orinar, secreción vaginal y uretral y adenopatía inguinal dolorosa. Es característico observar lesiones bilaterales muy espaciadas en los genitales externos los que se presentan en distintas fases, como vísculas, pústulas o úlceras enrojecidas y dolorosas. En más del 80% de las mujeres que sufren el primer episodio de este tipo de infección se afectan también el cuello uterino y la uretra. Los primeros episodios del herpes genital en los pacientes que antes han sufrido infecciones por el Virus Herpes Simple (HSV-1) presentan menos síntomas sistemáticos y cicatrizan más rápidamente que en el herpes genital primario.

La infección inicial o primaria por herpes simple I o II suele manifestarse en los 7 días siguientes al coito o al contacto bucogenital; durará hasta tres semanas, las lesiones aparecen como pequeñas vísculas y suelen causar comezón. Tiene aspecto de herpes labial variedad garden. La visícula a menudo se romperá, después se convertirá en una úlcera de base gris, esas lesiones con frecuencia son únicas o confluyentes sobre el perineo, vulva, vagina, cuello uterino o ambos, pene, muslos o nalgas. Por lo general son dolorosas, pero puesto que el cuello uterino y los dos tercios superiores de la vagina prácticamente carecen de sensibilidad, las lesiones en esa área suelen ser indoloras tiende a formar costras y cicatrizan en tres o cuatro semanas.

Las infecciones recurrentes de herpes genital se acompañan de nuevas lesiones que duran unos diez días. Por lo menos 60% de las pacientes con herpes genital primario tipo II desarrollan infección genital recurrente en el transcurso de los 6 meses siguientes al episodio primario; 75% desarrollan infección recurrente en el transcurso de un año. Hasta 30% de quienes padecan el primer ataque nunca experimentan otros.

La recurrencia de las infecciones por HSV se explica por el fenómeno de latencia del cual existen dos teorías que ayudan a explicar la recurrencia de las infecciones por HSV. La "Teoría Estática" que postula que el virus inactivo, latente es "conectado" o "encendido" de alguna manera para iniciar alguna infección activa. Las partículas virales se transportan

entonces hacia abajo de la raíz nerviosa hasta la piel, donde se multiplican y se origina una lesión. La teoría dinámica sostiene que los mecanismos inmunitarios locales del huésped suprimen en forma continua la replicación viral, un proceso denominado autoreproducción hace que ocurran lesiones cuando algo suprime esta respuesta inmunitaria local no se sabe lo que en realidad desencadena las recurrencias del herpes genital. Sin embargo, de los pacientes estudiados en quienes se han identificado factores precipitantes, casi todos citaron estrés emocional; otros afirmaron que las recurrencias se relacionaban con la menstruación, exposición a la luz solar, fiebre o traumatismos locales, el coito como ejemplo de estos últimos.

Hay una simbiosis compleja entre el virus y el huésped que permite a aquel vivir dentro del cuerpo durante decenios. El portador lo lleva toda su vida y se reactiva periódicamente.

Las recurrencias varían en frecuencia, desde más de un ataque al mes, hasta más de uno cada seis meses, conforme pasa el tiempo, suele haber lapsos mayores entre las recurrencias; los síntomas disminuyen y se reduce el tiempo de cicatrización. Hay liberación de virus sólo de cuatro a cinco días y la infección termina en nueve o diez.

Al contrario de la infección primaria, la recurrente suele estar marcada por un prodromo, síntoma de infección inminente. Es posible la comezón y hormigueo pocas horas a un día antes de la infección activa. Pueden manifestar dolor que se extiende hacia las nalgas o aún hacia la rodilla, descrito como neuralgia. Esos síntomas desaparecen con el brote de las vesículas.

En consecuencia, la neuralgia o el prodromo es importante, porque indica que va a ocurrir una recurrencia y que para disminuir el riesgo de transmitir la infección a otros, no debe emprenderse actividad sexual. El contacto sexual íntimo no ha de reanudarse sino hasta 72 horas después de que las lesiones hayan desaparecido.

SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (S.I.D.A.)

DEFINICIÓN.

Este Síndrome es una nueva entidad clínica, descrita a partir de 1981 en los Estados Unidos; caracterizada por una inmunodeficiencia de células "T" asociadas a infecciones por microbios oportunistas y a un cáncer llamado Sarcoma de Kaposi, el curso del Síndrome es grave y casi siempre mortal.

Se ha atribuido como posible factor etiológico el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida al virus asociado con la linfadenopatía, virus linfotrópico tipo III.

El virus ataca principalmente un tipo de glóbulos blancos, los linfocitos "T". Los glóbulos blancos son células que existen en la sangre y están encargadas de la defensa de nuestro organismo contra diferentes agentes causales de infección como son bacterias, hongos, etc. Estos linfocitos "T" al ser atacados por el virus del S.I.D.A., mueren rápidamente sin defensas, siendo por ello presa fácil de los microorganismos que existen en el medio ambiente, por lo cual existe una deficiencia de la inmunidad que le da el nombre al virus causal.

Existen grupos humanos con factores de riesgo para contraer el S.I.D.A.: Los homosexuales o bisexuales promiscuos, los drogadictos que utilizan la vía intravenosa, los hemofílicos,

pacientes transfundidos, relaciones heterosexuales con pacientes que padecen S.I.D.A., hijos de padres drogadictos que utilizan la vía intravenosa, hijos de padres con S.I.D.A.

ETIOLOGIA.

La infección del S.I.D.A. es provocada por un virus llamado HTLV III / LAV que ocasiona muy diversas enfermedades clínicas (sarcoma de kaposi, en personas menores de 60 años, neumonía por pneumocystis carinii neoplasias malignas y otras infecciones oportunistas), por una parte los enfermos pueden tener una o más de las complicaciones por el defecto de la inmunidad, pero por otra parte existe un número mayor de personas infectadas con el virus HTLV III / LAV que muestran síntomas como fiebre, pérdida ponderal de peso, diarrea, fatiga, sudores nocturnos, linfadenopatía y anomalías inmunológicas. Esta constelación de signos y síntomas en el marco de una infección por HTLV III / LAV ha sido llamado complejo relacionado con S.I.D.A. o ARC. se calcula que en promedio el 25% de los sujetos con ARC mostraron la enfermedad totalmente desarrollada en término de 3 años. Sin embargo, el propio complejo puede ser un cuadro muy grave, un número importante de personas ha muerto por el Síndrome de consumo que es propio del complejo, sin haber evolucionado a la forma florida del S.I.D.A.

FORMAS DE TRANSMISION.

Transmisión sexual. Durante el contacto sexual habitualmente ocurre transferencia de fluidos corporales e intercambio de microorganismos. Dependiendo del tipo de contacto de que se trate, los fluidos pueden ser vaginales, semen, sangre, saliva, orina, moco rectal o heces fecales. El VIH ha sido aislado en casi todos ellos, sin embargo, solamente la sangre, el semen y las secreciones vaginales han sido implicados en la transmisión de manera contundente.

Existen casos documentados de transmisión sexual de hombre a hombre, de hombre a mujer y de mujer a hombre y existen prácticas que implican mayor riesgo que otras como:

COITO RECTAL. Debido al epitelio rectal que es el tejido que tapiza la porción final del intestino grueso y está constituido por una sola capa de células de forma cilíndrica; la irrigación sanguínea es muy rica en esta región y además está rodeada de tejido linfático (tejido rico en células del sistema inmunológico). Durante el coito rectal este epitelio sufre con frecuencia laceraciones, permitiendo el contacto del VIH contenido en el semen allí depositado con el torrente circulatorio y con las células que poseen el receptor CD4. Por otro lado, el penetrador puede tener lesiones en el pene (aunque éstas sean imperceptibles), que al ponerse en contacto con la sangre proveniente de las lesiones rectales del compañero (a) permiten la entrada del virus a la circulación sanguínea.

Cualquier otro tipo de práctica que produzca lesión en la mucosa rectal como la aplicación de enemas (líquido en el recto) precoitales y postcoitales se asocia también a un importante riesgo de transmisión.

COITO VAGINAL. Esta práctica es poco menos efectiva en la transmisión del S.I.D.A.. la naturaleza del epitelio vaginal está constituida por varias capas de células de forma

aplanada, lo cual hace mucho más resistente a la fricción mecánica a que se somete durante el coito, pero el riesgo de contagio aumenta durante el período menstrual 1) Por los cambios hormonales, 2) Por la mayor accesibilidad al torrente circulatorio, 3) Por la presencia de sangre que es uno de los fluidos corporales con mayor número de partículas virales.

El semen posee una concentración mayor de partículas virales que las secreciones vaginales, por lo que existe mayor riesgo de transmisión por coito vaginal de hombre infectado a mujer expuesta que viceversa.

SEXO ORAL. La participación de la boca en las relaciones sexuales implica contacto con la mucosa oral, con el pene o con mucosa rectal o vaginal e intercambio de saliva y de las secreciones de estas mucosas.

(Fellatio, Cunilingus y anilingus) La forma en que ésto ocurriría sería al ponerse en contacto la mucosa oral que sufre con frecuencia lesiones imperceptibles para quien las padece, con semen o secreciones vaginales que contengan el virus permitiendo la entrada al torrente circulatorio.

El hecho de deglutir el semen o secreción vaginal no implica el riesgo, puesto que el virus se inactiva al ponerse en contacto con los jugos gástricos.

Es interesante saber que en las relaciones homosexuales entre mujeres en los que este tipo de prácticas si suele ejercerse en forma exclusiva la transmisión no ocurre. Sólo se han reportado unos cuantos casos de Infecciones por VIH en lesbianas y casi sin excepción por antecedentes de Inseminación artificial, transfusión sanguínea o drogadicción intravenosa.

Los hombres homosexuales y bisexuales en el mundo occidental es el grupo más afectado.

Transmisión Sanguínea. La transmisión sanguínea del VIH ocurre en las siguientes condiciones:

Recepción de sangre (donadores de sangre) y sus productos, utilización de agujas y jeringas inadecuadamente esterilizadas. (drogadicción intravenosa, escarificación, punción ocasional).

Transmisión Perinatal. Se acepta que la transmisión del VIH de una madre a su hijo puede ocurrir por 3 mecanismos y en 3 momentos distintos:

1. Transmisión Transplacentaria.

2. Durante el parto, al existir contacto de la sangre materna con el niño, además el virus ha sido aislado de las secreciones cervicales y vaginales, por lo que se plantea la posibilidad de que la transmisión ocurra durante el parto.

3. Transmisión postparto, por medio de la leche materna pero el riesgo es muy bajo comparado a los anteriores.

MANIFESTACIONES Y SINTOMAS

Una vez que el individuo se ha expuesto (contagiado) al virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH), éste entra en sus células, se multiplica dentro de ellas (infección) y las destruye, lo cual provoca la enfermedad conocida como S.I.D.A. y puede ser adquirida por transmisión sanguínea, transmisión perinatal y transmisión sexual.

Diagnóstico.- La infección por VIH produce una amplia variedad de situaciones clínicas que van desde la seroconversión asintomática hasta un cuadro clínico florido. Por lo tanto la infección puede ser sintomática y asintomática y permite con el desarrollo actual de exámenes de laboratorio detectar la presencia de anticuerpo contra el VIH.

En la actualidad el diagnóstico se basa fundamentalmente en los datos clínicos que proporciona el paciente y se confirma con los estudios de laboratorio específicos para demostrar la presencia de anticuerpos contra el VIH.

Para integrar el diagnóstico de S.I.D.A., se requiere entonces conjuntar datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio, principalmente cuando se sospecha la presencia de infección en un individuo que se presenta al médico con evolución mayor de 3 meses y que refiere fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso y crecimiento ganglionar.

SIGNOS Y SINTOMAS QUE PERMITEN SOSPECHAR EL DIAGNOSTICO DE S.I.D.A.:

- Fiebra persistente
- Pérdida inexplicable de peso
- Fatiga intensa
- Crecimiento de ganglios linfáticos
- Tos seca de varias semanas de aparición
- Alteraciones diversas en la piel, destacando manchas violáceas (Sarcoma de Kaposi)
- Presencia de manchas blancas en la cavidad oral
- Diarrea parafusa y de larga evolución
- Letargo, depresión y demencia

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL PRODUCIDAS POR PROTOZOARIOS

Los protozoos son organismos celulares, habitualmente clasificados como pertenecientes al reino animal, aunque apenas corresponden a la idea que nosotros tenemos de los animales. Las familias amebas son un ejemplo, la mayoría de los protozoos no producen enfermedades en seres humanos, pero las que producen son importantes, la malaria y en el caso de las enfermedades de transmisión sexual, la Tricomoniiasis.

TRICHOMONAS VAGINALIS

DEFINICION.

Trichomonas Vaginalis. Es un microorganismo protozoario. De este grupo, es el único que habita las vías urogenitales del ser humano. Al contrario de las infecciones por *Gardnerella* y *Candida*, que pueden adquirirse sin contacto sexual, (si bien, a menudo se transmiten por esta vía), La vaginitis por trichomonas es la única que puede describirse como enfermedad de transmisión sexual. No es comensal normal, ni microorganismo oportunista. Su presencia significa que ha ocurrido infección.

Puesto que es raro que el varón tenga síntomas, se disemina con facilidad, sin saberlo, desde parejas sexuales masculinas a otras mujeres.

ETIOLOGIA.

La Tricomoniasis es causada por el diminuto parásito llamado trichomonas vaginalis; que únicamente puede ser observado a través del microscopio, tiene una longitud de unas 20 micras, forma globular y cuatro filamentos móviles en la parte frontal, denominados flagelos por su forma de látigo y su función propulsora en sus desplazamientos. Por esta razón a estos organismos se les llama flagelados, a lo largo del cuerpo y a partir del extremo de su cabeza, sigue una membrana ondulante que se agita cuando se desplaza.

FORMAS DE TRANSMISION.

Trichomonas Vaginalis casi siempre se transmite por contacto sexual, aunque puede sobrevivir fuera del cuerpo, por ejemplo en asientos de retretes y aunque no se ha comprobado su infecciosidad en esta circunstancia, en consecuencia, es posible la transmisión no sexual, pero se cree que es rara.

MANIFESTACIONES Y SINTOMAS

Infección Femenina.

Cuando se encuentra en la vagina, la infección suele tener un cortejo de síntomas. Puede haber aumento en la secreción vaginal que son amarillo-verdosas, espumosas y fétidas (con olor a pescado), pero los síntomas casi nunca son tan notorios. Incluyen comezón vulvar y ardor al orinar sobre el área genital afectada, como con las infecciones por *Candida*, los síntomas suelen disminuir con la menstruación.

Infección Masculina.

Estos suelen ser asintomáticos, rara vez causa uretritis (inflamación de la uretra) con secreción, ardor al orinar o ambos, también causa infección de próstata (prostatitis), pene (balanitis) y del epidídimo (epididimitis). También se han encontrado constricciones o estrechamiento anormal de la uretra.

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL TRANSMITIDAS POR HONGOS

LAS MICOSIS Son infecciones producidas por hongos, una seta es un hongo, pero los hongos que interesan a la medicina son miembros del reino vegetal y pueden citarse como representante a los mohos que crecen sobre el pan o el queso. Los hongos no contienen clorofila. Hay muchas variedades, incluyendo formas espumosas y mohos que producen penicilina, un antibiótico cuyo nombre termine en "micina" deriva de algún miembro de la familia de los hongos.

Las infecciones de la piel producidas por hongos son las más corrientes.

CANDIDIASIS (MONILIASIS)

DEFINICION.

Las candidiasis son infecciones de la piel o de las membranas mucosas producidas por un hongo espumoso, el candida albicans.

Varias formas de la enfermedad incluyen erupciones generalizadas, llaga, llaga vaginal, inflamación de la lengua, bronquitis y complicaciones pulmonares. El organismo patógeno es universal. Las personas debilitadas parecen ser especialmente susceptibles a esta infección.

ETIOLOGIA.

La candidiasis es producida por un hongo llamado Candida Albicans que contribuye a la mayor parte de las infecciones clínicas vaginales por levaduras, quizá origina 60 a 80% de los casos de vaginitis.

El hongo por lo general vive en la boca y en intestino grueso, así como en la vagina en 20 a 50% de los individuos sanos. Para muchos es un microorganismo normal que vive en armonía con el huésped; se le denomina comensal. No obstante, puesto que candida albicans puede causar enfermedad más tarde si se llenan ciertas condiciones de crecimiento, o si las defensas se debilitan de alguna manera, la infección también se conoce como oportunista.

El embarazo y la diabetes, pueden predisponer a la enfermedad. También pueden hacerlo el cambio de la flora vaginal después del tratamiento de antibióticos. De la misma manera, cuando hay insuficiencia del sistema inmunitario de un individuo, como en las víctimas del SIDA o pacientes bajo tratamiento de cáncer, puede haber infección por este microorganismo oportunista.

FORMAS DE TRANSMISION.

La candida se transmite por contacto sexual al penetrar en la vagina de la mujer a través del pene de su compañero previamente infectado, también puede ocurrir lo contrario, y entonces el hombre empezará a notar picores después de realizar el acto sexual con una persona

infectada. La candida albicans puede transmitirse también al recién nacido y su manifestación frecuente es el algodoncillo (candidiasis bucal).

MANIFESTACIONES Y SINTOMAS

La vulvovaginitis es la manifestación clínica más frecuente de la infección por candida y suele ser aguda. También puede hacerse crónica y recurrir con frecuencia, los síntomas y signos pueden incluir: Comezón vulvar, enrojecimiento vulvar, vaginal y del cuello uterino; secreción vaginal que varía desde escasa, a material espeso, blanco, parecido a coágulos; posible dolor externo a la micción conforme la orina pasa por los genitales externos inflamados; dolor al coito, infección más intensa justo antes de la menstruación, conforme se establece el flujo menstrual, los síntomas disminuyen.

Las parejas masculinas de mujeres con vulvovaginitis pueden quejarse de comezón o de inflamación atípica del glande. Esto ocurre más a menudo en varones circuncidados. La mayoría de los hombres, aún si se exponen al microorganismo, no muestran signos clínicos de la infección.

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL PRODUCIDAS POR INSECTOS O ECTOPARASITOS

Existen dos infestaciones por ectoparásitos que dependen del hombre huésped para su sostenimiento, al contrario de los endoparásitos que viven dentro del cuerpo del huésped, éstos infestan el exterior del cuerpo humano como: la sarna que es una infestación de la piel por *Sarcoptes Scabiei*. Los hábitos de excavación de este parásito originan típicamente un exantema con comezón que sigue a una distribución o patrón característico. La sarna se observó por vez primera en 1834; El descubrimiento fué un avance dermatológico sensacional, puesto que en ese momento contribuía hasta un 60% de las enfermedades cutáneas.

Los hábitos excavadores de la hembra evitan que sea observada, conforme penetra bajo la piel, deposita huevos extendiendo su tunel unos 2 mm. al día. La larva madura para copular y continuar el ciclo, sale del tunel a la superficie. La otra infestación por ectoparásitos es la pediculosis del pubis que se expone a continuación.

PEDICULOSIS DEL PUBIS (PIOJOS)

DEFINICION.

Los piojos son ectoparásitos obligados del hombre (son insectos que se alimentan con sangre del hombre afectado) su ciclo vital es de 30 a 40 días en el cuerpo del huésped. Existen 3 variedades:

- El Piojo de la cabeza, *Pediculus Humanis* variedad *capillis* infesta la cabeza.
- El Piojo del cuerpo, *Pediculus Humanis* variedad *corpuris* infesta el cuerpo y ropas.

-El Piojo del pubis, (ladilla) *Pediculus Humanis*, variedad *Phthirus Pubis*, infesta los genitales y en ocasiones otras regiones peludas del cuerpo.

Los tres son aplanados dorsoventralmente y miden de dos a tres mm. de longitud. La ladilla es más ancha y plana que los demás pediculos y posee garras poderosas en sus segundas y terceras patas con las cuales se aferra al vello pubiano, las hembras depositan de 5 a 6 huevesillos diariamente que se fijan firmemente al vello o en el caso del piojo del cuello a las ropas del huésped, éstas pequeñas liendres blancas claramente visibles, maduran en 8 o 10 días; Las ninfas resultantes se hacen adultas en dos semanas o más, tanto larvas como adultas chupan sangre 2 veces al día, dejando una señal púrpura al nivel de la picadura, con exposición repetida.

ETIOLOGIA.

La pediculosis del pubis se origina por *Phthirus Pubis* que es un parásito que tiene seis patas, cuatro de las cuales terminan en tenazas parecidas a las de los cangrejos que producen comezón persistente y después lesiones nodulares elevadas, las infecciones pueden complicarse por el rascado y es posible que origine infecciones bacterianas secundarias que requieran pronta atención médica.

FORMAS DE TRANSMISION.

Los piojos pueden pasar de una persona a otra por contacto sexual o por ropas desechadas, donde el piojo del cuerpo sobrevive hasta una semana. Las ladillas son más frecuentes en individuos sexualmente activos y su presencia obliga a investigar la posible existencia de alguna enfermedad de transmisión sexual.

MANIFESTACIONES Y SINTOMAS.

El huésped desarrolla una reacción inflamatoria de hipersensibilidad, en forma de una pequeña pápula roja en cada nueva picadura, el prurito (comezón) produce rascado, dermatitis exudativa con infección secundaria, las lesiones pueden pigmentarse en el cuerpo y genitales.

En el siguiente cuadro se muestran los Agentes Patógenos de Transmisión Sexual y las enfermedades que causan:

AGENTES PATÓGENOS DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y LAS ENFERMEDADES QUE CAUSAN

	SIFILIS	Bacteria en Forma Espiral (Treponema Pallidum)
	GONORREA	Bacteria Gonococo (Neisseria Gonorrhoeae)
BACTERIAS	CHLAMYDIA TRACHOMATIS	Bacteria (Parásito intracelular obligado)
	GRANULOMA INGUINAL	Bacteria Cocobacilo (Donovania Granulomatis)
	CHANCRO BLANDO	Bacteria Bacilo (Haemophilus Ducreyi)
	LINFOGRANULOMA VENEREO	Virus (Bacterias del grupo Chlamydia)
	SIDA	HTLV-III-LAV (Virus Linfotrópico T Humano)
VIRUS	CONDILOMA ACUMULADO	Virus del DNA (Virus Papiloma)
	HERPES GENITAL	Virus 2 (Herpes Viridea, Herpes Zoster y Virus de Epstein Barr de Mononucleosis)
HONGOS	CANDIDIASIS	Hongo Saprofito (Candida Albicans)
PROTOZOARIO	TRICOMONIASIS	Protozoario Parásito (Trichomonas Vaginalis)
INSECTO	PIOJOS	Ectoparásito (Phthirus Pubis)

CAPITULO IV

METODO.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad es importante una mayor comunicación sobre temas de sexualidad; ésta se puede llevar a cabo por los diferentes canales de socialización como son: amigos, medios masivos de comunicación, familia y escuela entre otros; pero estos canales no siempre comunican los riesgos que ésto implica, ya que el ejercicio de la sexualidad puede provocar un embarazo no deseado o un contagio de enfermedades de transmisión sexual.

Temas como métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual son difíciles de tratar, sobre todo en la familia y en la escuela, por ser considerados aún en la actualidad como tabúes. Sin embargo, los adolescentes que cursan el bachillerato han recibido de alguna manera información sobre estos temas. Es por eso, que el presente estudio se avocó a investigar:

- * ¿ Qué conocimientos tiene el adolescente de C.C.H. Plantel Sur, sobre métodos anticonceptivos, en cuanto a uso y efectividad ?
- * ¿ Qué diferencias existen sobre el conocimiento de métodos anticonceptivos, entre adolescentes del sexo femenino y masculino del C.C.H. Plantel Sur ?
- * ¿ Qué conocimientos tiene el adolescente de C.C.H. Plantel Sur, sobre enfermedades de transmisión sexual, en cuanto a síntomas y formas de transmisión ?
- * ¿ Qué diferencias existen sobre el conocimiento de enfermedades de transmisión sexual, entre adolescentes del sexo femenino y masculino del C.C.H. Plantel Sur ?

HIPOTESIS

- HI. El adolescente del C.C.H. Plantel Sur, tiene conocimientos sobre métodos anticonceptivos, en cuanto a uso y efectividad.
- HO. El adolescente de C.C.H. Plantel Sur, no tiene conocimiento sobre métodos anticonceptivos, en cuanto a uso y efectividad.
- HI. El adolescente de C.C.H. Plantel Sur, tiene conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual, en cuanto a síntomas y formas de transmisión.
- HO. El adolescente de C.C.H. Plantel Sur, no tiene conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual, en cuanto a síntomas y formas de transmisión.
- HI. Existen diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos de métodos anticonceptivos, en cuanto a uso y efectividad, entre jóvenes de sexo femenino y masculino del C.C.H. Plantel Sur.
- HO. No existen diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos de métodos anticonceptivos, en cuanto a uso y efectividad, entre jóvenes de sexo femenino y masculino del C.C.H. Plantel Sur.
- HI. Existen diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos de enfermedades de transmisión sexual, en cuanto a síntomas y formas de transmisión, entre jóvenes de sexo femenino y masculino del C.C.H. Plantel Sur.
- HO. No existen diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos de enfermedades de transmisión sexual, en cuanto a síntomas y formas de transmisión, entre jóvenes de sexo femenino y masculino del C.C.H. Plantel Sur.

DEFINICIONES DE VARIABLES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES

VARIABLES

VARIABLE DE CLASIFICACION.

-Sexo.

DEFINICION CONCEPTUAL DE SEXO.

Se entiende por sexo, el conjunto de características anatómicas y fisiológicas, que en la especie humana diferencian a la mujer del varón y que al complementarse, tienen en sí la potencialidad de la reproducción. Prosuperación Familiar Neolonesa A.C., 1987

DEFINICION OPERACIONAL DE SEXO.

Clasificación de los adolescentes en femenino y masculino.

VARIABLE DEPENDIENTE.

Conocimiento sobre métodos anticonceptivos y conocimientos de enfermedades de transmisión sexual.

DEFINICION CONCEPTUAL.

Grado de conocimiento que tienen los adolescentes, en cuanto a "uso y efectividad" de recursos y procedimientos que se utilizan con el fin de evitar la unión del óvulo o gameto femenino con el espermatozoide o gameto masculino, permitiendo la cópula entre la pareja y evitando el embarazo. Entendiéndose por "uso", la forma de saber utilizar el o los métodos anticonceptivos, y por "efectividad", el grado de eficiencia que se logra al utilizarse el o los métodos anticonceptivos. Prosuperación Familiar Neolonesa A.C., 1987

Grado de conocimiento que tienen los adolescentes, en cuanto a "síntomas y formas" de transmisión de enfermedades que se contraen a través del contacto sexual. Entendiéndose por "síntomas" el saber identificar toda (s) la (las) señal (es) o manifestación (es) de una enfermedad de transmisión sexual, y por "formas de transmisión", el saber la (s) manera (s) o forma (s) en que puede ser contraída o transmitida una enfermedad de transmisión sexual. Kilby D. (1988)

DEFINICION OPERACIONAL DE CONOCIMIENTOS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS Y CONOCIMIENTOS DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.

Respuestas correctas sobre "uso y efectividad" de métodos anticonceptivos, en el cuestionario. Entendiéndose por "uso", la forma de saber utilizar el (los) método (s) anticonceptivo (s), y por "efectividad", el grado de eficiencia que se logra al utilizarse el o los métodos anticonceptivos.

Respuestas correctas sobre síntomas y formas de transmisión de enfermedades de transmisión sexual, en el cuestionario.

Entendiéndose por "síntomas" el saber identificar toda (s) la (las) señal (es) o manifestación (es) de una enfermedad de transmisión sexual, y por "formas de transmisión", el saber la (s) manera (s) o forma (s) en que puede ser contraída o transmitida una enfermedad de transmisión sexual.

INDICADORES DE CONOCIMIENTO

METODOS ANTICONCEPTIVOS

- Uso: Se refiere a la manera o forma de utilizar el método.
- Efectividad: Se refiere a la eficiencia que se logra al utilizar el método.

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

- Síntomas: Se refiere a toda señal o manifestación de una enfermedad
- Formas de Transmisión: Se refiere a la manera o formas en que puede ser transmitida la enfermedad, infección o mal.

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio de tipo Descriptivo y Expost-facto.

Según Kerlinger (1975) el estudio Expost-facto, es una búsqueda sistemática empírica, en la cual no se tiene control directo sobre la variable independiente por ser atributiva y porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables. Se hacen inferencias sobre la relación de ésta, sin intervención directa, a partir de la variable concomitante de la variable independiente y dependiente. Por estas razones el presente trabajo se encuadró en un estudio de campo Expost-Facto.

DISEÑO

Es un diseño de dos muestras independientes, porque se utilizaron sujetos diferentes para cada uno de los grupos de tratamiento, sin mantener entre sí ningún tipo de relación. Según Armau Grass (1990), los diseños de dos grupos de tratamiento, pueden ser considerados en general, como procedimientos idóneos para llevar a cabo investigaciones de exploración con el propósito de detectar la posible relación existente entre dos variables.

VARIABLE DE CLASIFICACION	VARIABLE DEPENDIENTE
SEXO	Femenino (Grupo 1)
	Conocimientos de Métodos Anticonceptivos y Enfermedades de Transmisión Sexual.
	Masculino (Grupo 2)

POBLACION

Jóvenes estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Sur, de sexo femenino y masculino, que cuentan con una edad de 15 a 18 años.

SELECCION Y TIPO DE MUESTRA

La selección de la muestra, dadas las características del presente trabajo, se realizó de tipo no probabilístico en su modalidad de selectiva, intencional o elección forzada.

SUJETOS

Para la realización de esta investigación se contó con 150 jóvenes solteros que no vivían o que no hubieran vivido en pareja, 75 de sexo femenino y 75 de sexo masculino, que asistieron al Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Sur y que fluctuaban entre los 15 y 18 años de edad.

ESCENARIO

El estudio se realizó dentro del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Sur, en los salones que se encontraron disponibles, biblioteca, jardines y espacios abiertos pero siempre dentro de la escuela.

CRITERIOS DE SELECCION, EXCLUSION Y ELIMINACION

Criterios de Selección.

- a) Jóvenes de sexo femenino y masculino que fluctuaban entre 15 y 18 años.
- b) Que estuvieran debidamente inscritos en el Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Sur.
- c) Que estuvieran dispuestos a colaborar por su propia voluntad en la investigación.
- d) Que no estuvieran casados o que no vivieran en pareja.

Criterios de Exclusión.

- a) Se excluyeron aquellos jóvenes que no se encontraran en el rango de edad establecido.
- b) Los jóvenes que no estuvieran debidamente inscritos en el Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Sur.
- c) Aquellos jóvenes que aunque reunieran los requisitos, se encontraran viviendo en pareja.

Criterios de Eliminación.

Se eliminaron aquellos jóvenes que no contestaron debidamente el cuestionario, ya sea por conducta negligente, juguetona o grosera en las respuestas del cuestionario. En este caso, se procedió a reemplazar los elementos con otros que también reunían los requisitos establecidos.

INSTRUMENTO

Para la realización de esta investigación se elaboró un primer cuestionario de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual, con 156 reactivos aproximadamente de opción múltiple, los cuales tuvieron cuatro opciones de respuesta para cada pregunta.

El instrumento se elaboró en base a dos temas de sexualidad, uno sobre métodos anticonceptivos donde se incluyeron 16 tipos de métodos, de los cuales para cada tipo de método se elaboraron cuatro preguntas, dos que se refieren a su uso y dos a su efectividad.

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. Nortplant | 9. Espumas |
| 2. Condón o Preservativo | 10. Cremas |
| 3. Ritmo | 11. Ovulos Vaginales |
| 4. Temperatura Corporal | 12. Inyecciones |
| 5. Moco Cervical o Billings | 13. Pastillas |
| 6. Coito Interrumpido | 14. D.I.U. (Dispositivo Intrauterino) |
| 7. Diafragma | 15. Vasectomía. |
| 8. Jaleas | 16. Salpingoclasia (Ligadura de Trompas) |

Para el segundo tema, que es enfermedades de transmisión sexual, también se elaboraron cuatro preguntas para cada uno de los trece tipos de enfermedades, dos preguntas que se refieren a los síntomas y dos que se refieren a su forma de transmisión.

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| 1. Sífilis | 7. Tricomoniasis |
| 2. Gonorrea | 8. Ladilla y Sama |
| 3. Herpes Genital | 9. S.I.D.A. |
| 4. Chancro Blando | 10. Clamidia |
| 5. Granuloma Inguinal | 11. Candidiasis o Monilia |
| 6. Linfogranuloma Venereo | 12. Uretrosis Inespecifica |
| | 13. Condiloma |

También se aumentaron 40 preguntas, algunas repetidas y otras relacionadas con los temas, pero que no se evaluaron, esto, con el objeto de detectar que el cuestionario no fuera contestado al azar.

Cada reactivo tuvo cuatro alternativas de respuesta (una respuesta verdadera, dos respuestas falsas y una de no sé).

Una vez elaborado el primer cuestionario, lo calificaron diez expertos en el tema y se validó cada uno de los reactivos por el método de interjueces, utilizando la validéz de contenido, ya validado el cuestionario y con los reactivos que no fueron descalificados, se formó el cuestionario definitivo, el cual constó de ciento treinta y nueve reactivos para después proceder a la aplicación antes señalada.

Instrucciones del Cuestionario

Se les hizo las siguientes preguntas para obtener los datos sociodemográficos: Edad, Sexo, Estado Civil, si ha vivido en pareja y escolaridad.

Marque con una "X" dentro del paréntesis, la respuesta que considere correcta (por favor, marque sólo una respuesta en cada una de las preguntas y conteste en forma sincera).

Ejemplo:

Los órganos genitales masculinos externos son:

- a () Próstata y Uretra
- b (X) Pene y Escroto
- c () Próstata y Epidídimo
- d () No sé

PROCEDIMIENTO

Se aplicó el cuestionario de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual a dos grupos de estudiantes, uno del sexo femenino y otro del sexo masculino del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Sur.

Para ello, se acudió al Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Sur, donde se localizó a los estudiantes y se les pidió que contestaran un cuestionario diciéndoles: "Estamos haciendo una investigación acerca de los conocimientos que tienen los adolescentes del C.C.H. Plantel Sur, sobre dos temas de sexualidad, como son métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual, para ésto, deseamos que lea y conteste un cuestionario"; "Gracias de antemano por tu colaboración".

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se llevaron a cabo dos análisis de resultados: Descriptivo e Inferencial.

a) **DESCRIPTIVO.** Este análisis describe las variables en cuanto a características, frecuencia, gráficas, porcentajes, medias, medidas de tendencia central.

b) **INFERENCIAL**. Este análisis nos dió las diferencias de conocimientos en los dos grupos, femenino y masculino, por medio de la prueba T de Student, y se utilizó la correlación de Pearson, para ver hasta que punto están correlacionados, es decir, hasta que punto una variación en una corresponde con una variación en otra.

Los cuestionarios se calificaron por medio de plantillas y se obtuvo un valor para cada una de las respuestas en métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual.

Las calificaciones totales y las de cada método anticonceptivo y enfermedad de transmisión sexual se compararon entre los grupos femenino y masculino, para conocer si existen diferencias estadísticamente significativas, por medio de los siguientes métodos y pruebas estadísticas:

- Prueba T de Student
- Frecuencias
- Medidas de tendencia Central
- Dispersión
- Gráficas
- Correlación de Pearson

CAPITULO V

RESULTADOS

Los resultados encontrados en el presente trabajo, se obtuvieron a través del paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales.

(SPSS), (Nie, Hull, Steinbrenner, 1980.) versión No.4. Los mismos serán presentados en dos partes, descriptivo e Inferencial constando cada uno de ellos con los siguientes puntos.

DESCRIPTIVO.

- a) Tablas de frecuencia (frecuencia absoluta y frecuencia relativa).
- b) Medidas de tendencia central (media y modo).
- c) Medidas de dispersión (desviación estandar).

El objetivo de esta parte es describir la distribución encontrada en base a:

- 1) Características generales en cuanto a sexo, escolaridad y edad.
- 2) Conocer lo obtenido, tanto en la muestra general, como en hombres y mujeres, respecto a cada una de las áreas evaluadas (en métodos anticonceptivos, uso y efectividad y en enfermedades de transmisión sexual, formas de transmisión y síntomas).

INFERENCIAL.

Esta parte tuvo como finalidad aceptar o rechazar las hipótesis planteadas en el estudio.

- a) Se llevó a cabo la correlación de Pearson en cuanto a la muestra general, así como por hombres y mujeres, teniendo como objetivo conocer la relación entre las áreas a evaluar.
- b) El análisis factorial de varianza tiene como objetivo conocer si hay diferencias estadísticamente significativas en cada una de las áreas por sexo, semestre y su interrelación.

En cuanto a las características generales se observan los siguientes resultados.

A) ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

Se trabajó con una muestra de 150 sujetos, de los cuales 75 fueron del sexo masculino y 75 del sexo femenino, siendo así 50.0% de un sexo y 50.0% del otro. (Ver tabla 1).

TABLA 1.
DISTRIBUCION POR SEXO.

SEXO	FRECUENCIA	%
Femenino	76	60%
Masculino	78	60%

En lo referente a la escolaridad, se manejaron sujetos de tercer y quinto semestre; en general fueron 38.7% (58) adolescentes de tercer semestre y 61.3% (92) del quinto. En cuanto a los hombres se trabajó el 42.7% (32) de tercer semestre y 57.3% (43) de quinto; en las mujeres el 34.7% (26) fueron de tercer semestre y el 65.3% (49) de quinto. Como se puede observar la gran mayoría de los sujetos fueron de quinto semestre, tanto en lo general como en las muestras de hombres y mujeres. (ver tabla 2).

TABLA 2.
COMPARACION ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN EL SEMESTRE CURSADO.

SEMESTRE	GENERAL		HOMBRES		MUJERES	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
3	58	38.7	32	42.7	26	34.7
5	92	61.3	43	67.3	49	85.3

En cuanto a la edad se manejaron sujetos de 16 años 14.0% (21), 17 años 64.0% (96) y 18 años 22.0% (33), en general vemos que la mayoría de la población tiene 17 años. En los hombres encontramos que de 16 años fueron 13.3% (10), 17 años 64.0% (48) y de 18 años 22.7% (17), y en las mujeres de 16 años 14.7% (11), 17 años 64.0% (48) y de 18 años 21.3% (16), de igual forma vemos que tanto en hombres como en mujeres se tuvo mayor porcentaje de sujetos de 17 años. (ver tabla 3).

TABLA 3.
EDAD POR GENERO.

EDAD AÑOS	GENERAL		HOMBRES		MUJERES	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
16	21	14	10	13.3	11	14.7
17	96	64	48	64	48	64
18	33	22	17	22.7	16	21.3

En cuanto a métodos anticonceptivos se refiere, éste se encuentra dividido en dos rubros, uso y efectividad, los resultados obtenidos en éstos son los siguientes:

USO.

En las preguntas referentes a ritmo, encontramos que el 57.0% contestaron correctamente; en cuanto a la temperatura corporal, la cantidad de respuestas correctas es de 24.2%; el moco cervical o billings tiene 24.3 de respuestas correctas; el preservativo o condón tiene un porcentaje mucho más alto, de 75.0% de respuestas correctas; el dispositivo intrauterino en esta área tiene el 58.0% en respuestas correctas; en cuanto al diafragma se refiere encontramos el 29.1% de respuestas correctas; el coito interrumpido tiene un 63.7% de respuestas correctas; los óvulos vaginales cuentan con el 51.0% de respuestas correctas; las espumas tienen el 20.4% de respuestas correctas; las cremas tienen el 42.7%; las jaleas el 41.3%; las pastillas forman parte de los porcentajes altos en cuanto a respuestas correctas se refiere, siendo éste de 74.2%; las inyecciones no son muy conocidas entre los adolescentes, ya que el porcentaje de respuestas correctas es de 26.0%, sin embargo el norplant tiene todavía un porcentaje más bajo, de 5.5%, tal vez esto se deba a que es uno de los métodos más nuevos hasta la fecha del estudio; finalmente en cuanto a los métodos quirúrgicos se refiere sólo se evaluó el uso de la vasectomía, teniendo esta un 78.0% de respuestas correctas.

En función al sexo, vemos que la diferencia con respecto a las respuestas correctas entre hombres y mujeres es la siguiente.

En hombres encontramos que el ritmo tiene un porcentaje de respuestas correctas del 50.7%; la temperatura corporal es de 20.0%; el moco cervical o Billings es de 22.0%; el condón siendo uno de los más altos en general, también lo es en los hombres ya que es de 80.0%; el dispositivo Intrauterino es de 50.2%; el diafragma aunque no es un método usado por el hombre tiene un porcentaje de 30.9%; el coito interrumpido es de 68.0%, por lo que podríamos decir que es de los que más "saben" usar; el óvulo vaginal es de 48.7%; la espuma de 24.0%; la crema 46.0%; la jalea 42.3%; las pastillas tienen un porcentaje de 68.0%; las inyecciones son de 26.2%; el norplant, al igual que en lo general tiene un porcentaje muy bajo, éste es de 6.3%, y finalmente la vasectomía la cual tiene un porcentaje de respuestas correctas del 70.7%.

En lo que se refiere a las mujeres encontramos que el porcentaje de respuestas correctas en el ritmo es de 63.3%, comparado con el de hombres éste es más alto, quedando los dos en un promedio medio; la temperatura corporal es de 28.4%, la cual es parecida al de los hombres y quedando en un promedio bajo de conocimientos; el moco cervical o Billings es de 26.7%, el cual es parecido al de hombres e igualmente bajo en promedio; el preservativo tiene un promedio un poco más bajo al de los hombres, ya que es de 71.7%, sin embargo éstos porcentajes caen dentro del promedio alto en cuanto a conocimientos se refiere; el porcentaje del dispositivo intrauterino es de 65.8%, siendo éste más alto en comparación al obtenido en los hombres; el diafragma tiene un porcentaje de 27.2%, éste es muy similar al de los hombres; el coito interrumpido tiene el 59.3% de respuestas correctas, siendo éstas sensiblemente más bajo que el porcentaje en los hombres; el porcentaje del óvulo es del 53.3%, el cual es un poco más alto que en los hombres; la espuma tiene un porcentaje muy bajo, aún más que el de hombres ya que es de 16.9%; las cremas tienen el 39.3% de respuestas correctas, el cual es más bajo que en los hombres; las jaleas tienen el 41.3%, siendo éste porcentaje exactamente igual en los dos grupos comparados; las pastillas tienen el 60.4% de respuestas correctas, lo cual es mucho más alto que el de los hombres; las inyecciones tienen el 25.8%, siendo éste muy similar al de los hombres en cuanto a

respuestas correctas se refiere; el norplant tiene el 4.7%, siendo un poco más bajo al del hombre y siguiendo el patrón que en los datos generales se presentó, finalmente la vasectomía fue el único método quirúrgico que se evaluó en este rubro, el cual tiene un porcentaje de 85.3%, el cual es sensiblemente más alto que en el de hombres. (Ver tabla 4).

EFFECTIVIDAD.

En las preguntas referentes a ritmo dentro de este rubro, encontramos un 22.0% de respuestas correctas; la temperatura basal tiene un porcentaje del 14.0%; el moco cervical o Billings cuenta con el 18.3% de respuestas correctas; el preservativo tiene un porcentaje mucho más alto en relación a los anteriores, siendo éste de 39.0%; el dispositivo intrauterino cuenta con el 48.7% de respuestas correctas; el diafragma tiene un porcentaje de 32.0%; el coito interrumpido tiene 34.7% de respuestas correctas; los óvulos vaginales cuentan con un porcentaje de 46.3% de respuestas correctas; las espumas tienen el 30.0%; las cremas el 26.7%; las jaleas el 34.7%; las pastillas tienen un porcentaje mucho más alto que los anteriores, ya que es de 62.0%; las inyecciones tienen el 23.0% de respuestas correctas; el norplant tiene un porcentaje de respuestas correctas mucho más bajo a los anteriores, ya que es de 7.7%; a diferencia del anterior la vasectomía tiene un porcentaje alto, de 52.9% y finalmente la salpingoclasia tiene un 18.0% de respuestas correctas.

En lo referente al sexo, encontramos en los hombres los siguientes resultados. En cuanto al ritmo se refiere tienen el 26.7% de respuestas correctas; en la temperatura corporal cuentan con el 14.0% de respuestas correctas; el moco cervical o Billings tiene 18.0%; el preservativo o condón tiene un porcentaje mucho más alto de 42.7%; el dispositivo intrauterino cuenta con el 42.7%; el diafragma tiene el 33.3% de respuestas correctas; el coito interrumpido es de 36.0% en cuanto a respuestas correctas se refiere; los óvulos vaginales tienen un porcentaje de 40.7%; las espumas tienen 28.4%; las cremas 28.0%; las jaleas 34.0%; las pastillas tienen un porcentaje más alto, de 57.3%; las inyecciones cuentan con el 22.7% de respuestas correctas; el norplant tiene 11.3%; la vasectomía tiene un porcentaje de 51.6% y la salpingoclasia tiene 17.3% de respuestas correctas.

En los resultados de las mujeres encontramos que en cuanto al ritmo tiene 17.3%, siendo éste más bajo que en los hombres; en la temperatura corporal tiene el mismo porcentaje que en los hombres, el cual es de 14.0%; el moco cervical o Billings tiene 18.7% de respuestas correctas, siendo éste porcentaje muy parecido al de los hombres; el preservativo o condón tiene 35.3%, lo cual es más bajo que la cantidad de respuestas correctas, aunque los dos resultados caen dentro de un promedio de conocimientos medios; el dispositivo intrauterino tiene 54.7% de respuestas correctas, siendo éste resultado sensiblemente más alto que el de los hombres; en cuanto al diafragma se refiere, este porcentaje es muy parecido al del grupo de hombres ya que éste es de 30.7%; el coito interrumpido tiene 33.3%, este resultado es parecido al del grupo de hombres; los óvulos vaginales tienen un porcentaje sensiblemente más alto al del grupo de hombres, ya que es de 52.0%; las espumas tienen 31.6%, lo cual es similar al resultado de los hombres; igualmente el porcentaje de las cremas es similar al de hombres, es de 25.3%; las jaleas tienen porcentaje muy similar en los dos grupos, en el de mujeres es de 35.3%; igual que en lo general, encontramos que entre grupos sigue siendo de los más altos el porcentaje de las pastillas, el cual es de 66.7%; las inyecciones tienen porcentajes similares entre los grupos, en las mujeres es de 23.3%; el porcentaje de norplant es más bajo que el de los hombres, ya que es de 4.0%; la vasectomía al igual que en lo general y el grupo de hombres

es alta en las mujeres, es de 54.2%, y finalmente la salpingoclasia tiene un porcentaje muy similar al de los hombres, ya que es de 18.7%. (Ver tabla 6).

En lo que se refiere a enfermedades de transmisión sexual se evaluaron los conocimientos en dos rubros, formas de transmisión y síntomas de las mismas, a continuación se exponen los resultados encontrados.

FORMAS DE TRANSMISIÓN.

Las enfermedades que son más conocidas en cuanto a formas de transmisión se refiere son: en primer lugar SIDA (83.0%), sífilis (55.0%) y gonorrea (41.8%), en lo general; en la comparación hombres mujeres ésto es similar, sin embargo los resultados de las mujeres son un poco más bajos al de los hombres, en los hombres, SIDA (84.0%), sífilis (56.7%) y gonorrea (44.0%), en las mujeres SIDA (82.0%), sífilis (53.3%) y gonorrea (39.6%). De las enfermedades con porcentajes más bajos en cuanto a respuestas correctas se refiere encontramos en general los siguientes resultados, en uretritis inespecífica (6.7%), la candidiasis (11.3%) y la clamidia (11.7%); en el grupo de hombres la uretritis inespecífica (10.7%), la candidiasis (13.3%) y la clamidia (16.0%); en las mujeres la uretritis Inespecífica es más baja respecto al grupo de hombres (2.7%), la candidiasis también es baja (9.3%) y la clamidia (7.3%) es igualmente más baja que en los hombres. Las demás enfermedades en lo que se refiere al aspecto general y a la comparación hombres mujeres, tienen porcentajes bajos en lo que se respecta a respuestas correctas en esta área de la investigación. (Ver tabla 6).

SINTOMAS.

En lo que respecta a los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual, encontramos que la única enfermedad con un alto porcentaje de respuestas correctas es el SIDA, en general tiene 74.0%, en los hombres tiene 69.3% y en las mujeres este dato es sensiblemente más alto que en los varones, ya que es de 78.7%.

Todas las demás enfermedades tienen porcentajes por debajo del promedio bajo, es decir, por debajo del 40.0% de respuestas correctas, siendo el más bajo la tricomoniasis con 10.4% en lo general, en el grupo de hombres es de 10.2% y en el de mujeres es muy similar, de 10.7%. (Ver tabla 7).

TABLA 4 A

USO		General		Hombres		Mujeres	
Métodos	Reactivo	Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto
Anticonceptivos							
Ritmo	48	87	63	39	38	48	27
	53	84	66	37	38	47	28
Temperatura Corporal	48	40	110	14	61	26	49
	56	33	117	14	61	19	56
	58	36	114	17	58	19	56
Moco cervical o Billings	46	40	110	19	56	21	54
	47	33	117	14	61	19	58
Preservativo o Condón	6	126	24	70	5	56	19
	60	71	79	40	35	31	44
	61	144	6	70	5	74	1
	62	114	36	60	15	54	21
Dispositivo Intrauterino	1	73	77	38	39	37	38
	37	122	28	56	19	66	5
	43	65	84	21	54	45	30
Diafragma	74	54	86	35	40	29	48
	79	52	98	29	46	23	52
	76	8	142	5	70	3	72
	82	31	119	16	59	19	60
	83	63	87	31	44	32	43
Coito interrumpido	42	101	49	56	19	49	30
	43	90	60	46	21	44	31
Ovulos vaginales	2	111	39	54	21	56	18
	57	42	108	19	56	23	53
Espumas	63	31	119	18	57	13	62
	64	20	130	12	63	8	67
	65	41	109	24	51	17	58
Cremas	41	92	58	49	29	43	32
	113	36	114	20	55	16	59
Jaleas	4	62	89	31	44	31	44
Pastillas	5	142	8	70	5	72	3
	35	59	91	22	53	37	38
	36	133	17	61	14	72	3
Inyecciones	49	33	117	17	58	16	59
	50	29	121	12	63	17	58
	85	55	95	30	45	25	50
Norplant	78	8	142	7	68	1	74
	79	10	140	4	71	6	69
	80	7	143	4	71	3	72
	81	8	142	4	71	4	71
Vasectomía	51	117	33	53	22	64	11
Selplingoclasia							

TABLA 4

USO

Métodos Anticonceptivos	Reactivo	General				Hombres				Mujeres			
		Incorrecto				Correcto		Incorrecto		Correcto		Incorrecto	
		%	%	% Prom.	% Prom.	%	% Prom.	%	% Prom.	%	% Prom.	%	% Prom.
Ritmo	43	58.00	57.00	42.00	43.00	52.00	50.67	48.00	49.33	64.00	63.33	36.00	36.67
	53	58.00		44.00		49.33		50.67		62.67		37.33	
Temperatura Corporal	48	26.67	24.22	73.33	75.78	18.67	20.00	81.33	80.00	34.67	28.44	65.33	71.56
	56	22.00		78.00		18.67		81.33		25.33		74.67	
	58	24.00		76.00		22.67		77.33		25.33		74.67	
Moco cervical o Bilings	46	26.67	24.33	73.33	75.67	25.33	22.00	74.67	78.00	26.00	26.67	72.00	73.33
	47	22.00		78.00		18.67		81.33		25.33		74.67	
Preservativo o Condón	6	84.00	75.63	15.00	24.17	93.33	80.00	6.67	20.00	74.67	71.67	25.33	28.33
	60	47.33		52.67		53.33		46.67		41.33		58.67	
	61	96.00		4.00		93.33		6.67		98.67		1.33	
	62	76.00		24.00		80.00		20.00		72.00		28.00	
Dispositivo Intrauterino	1	48.67	58.00	51.33	42.00	48.00	50.22	52.00	49.78	49.33	65.78	50.67	34.22
	37	81.33		18.67		74.67		25.33		88.00		12.00	
	40	44.00		56.00		28.00		72.00		60.00		40.00	
Diafragma	74	42.67	29.07	57.33	70.93	48.67	30.93	53.33	68.07	38.67	27.20	61.33	72.80
	75	34.67		65.33		38.67		61.33		30.67		69.33	
	76	5.33		94.67		6.67		93.33		4.00		96.00	
	82	20.67		79.33		21.33		78.67		20.00		80.00	
	83	42.00		58.00		41.33		58.67		42.67		57.33	
Corto interrumpido	42	67.33	63.67	32.67	36.33	74.67	68.00	25.33	32.00	60.00	59.33	40.00	40.67
	43	60.00		40.00		81.33		38.67		58.67		41.33	
Ovulos vaginales	2	74.00	51.00	26.00	48.00	72.00	48.67	28.00	51.33	75.67	53.17	24.33	46.83
	67	28.00		72.00		25.33		74.67		30.67		69.33	
Espumas	63	20.67	20.44	79.33	79.56	24.00	24.00	76.00	76.00	17.33	16.89	82.67	83.11
	64	13.33		86.67		16.00		84.00		10.67		89.33	
	65	27.33		72.67		32.00		68.00		22.67		77.33	
Cremas	41	61.33	42.67	38.67	57.33	85.33	46.00	34.67	54.00	57.33	39.23	42.67	60.67
	113	24.00		76.00		26.67		73.33		21.33		78.67	
Jaleas	4	41.33		58.67		41.33		58.67		41.33		58.67	
Pastillas	5	94.67	74.22	5.33	25.78	93.33	68.00	6.67	32.00	96.00	80.44	4.00	19.56
	35	39.33		60.67		29.33		70.67		49.33		50.67	
	36	88.67		11.33		81.33		18.67		96.00		4.00	
Inyecciones	49	22.00	26.00	78.00	74.00	22.67	26.22	77.33	73.78	21.33	25.78	78.67	74.22
	50	19.33		80.67		16.00		84.00		22.67		77.33	
	55	36.67		63.33		40.00		60.00		33.33		66.67	
Norplant	78	5.33	5.50	94.67	94.50	9.33	6.33	90.67	93.67	1.33	4.67	98.67	95.33
	79	6.67		93.33		5.33		94.67		8.00		92.00	
	80	4.67		95.33		5.33		94.67		4.00		96.00	
	81	5.33		94.67		5.33		94.67		5.33		94.67	
Vasectomía	51	78.00		22.00		70.67		29.33		65.33		14.67	

TABLA 5 A

EFFECTIVIDAD

Métodos Anticonceptivos	Reactivo	General		Hombres		Mujeres	
		Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto
Ritmo	54	3	117	29	82	1	62
Temperatura Corporal	57	18	132	8	67	10	65
	106	24	125	13	62	11	64
Moco cervical o Billings	58	31	119	18	57	13	62
	107	24	125	9	66	15	60
Preservativo o Condón	31	31	119	19	60	16	59
	101	85	64	49	26	37	38
Dispositivo Intrauterino	33	61	89	19	58	42	33
	38	52	98	29	48	23	52
	39	106	44	48	27	58	17
Diafragma	68	71	114	21	54	15	60
	69	78	72	39	36	39	36
	64	30	120	15	60	15	60
Coito Interrumpido	44	22	128	13	62	9	68
	108	82	68	41	34	41	34
Ovulos vaginales	32	70	80	39	48	41	34
	103	69	81	32	43	37	38
Espumas	34	36	114	17	58	19	58
	66	35	115	17	58	18	57
	111	64	86	30	45	34	41
Crema	114	40	110	21	54	18	56
Jaleas	110	39	111	17	58	22	50
	112	65	85	34	41	31	44
Pastillas	102	83	57	43	37	50	28
Inyecciones	72	20	130	10	65	10	65
	109	49	101	24	51	25	50
Norplant	73	16	134	12	63	4	71
	77	7	143	5	70	2	73
Vasectomía	3	84	51	46	29	53	22
	70	114	36	54	21	60	15
	104	25	125	18	59	9	66
Salpingoclasia	71	26	124	9	67	17	58
	105	28	122	17	58	11	64

TABLA 5

EFFECTIVIDAD

Métodos Anticonceptivos	Reactivo	General				Hombres				Mujeres			
		Correcto		Incorrecto		Correcto		Incorrecto		Correcto		Incorrecto	
		%	% Prom.	%	% Prom.	%	% Prom.	%	% Prom.	%	% Prom.	%	% Prom.
Ritmo	54	22.00		78.00		26.67		73.33		17.33		82.67	
Temperatura Corporal	57	12.00	14.00	88.00	86.00	10.67	14.00	89.33	86.00	13.33	14.00	86.67	86.00
	106	16.00		84.00		17.33		82.67		14.67		85.33	
Moco cervical o Billings	59	20.67	18.33	79.33	81.67	24.00	18.00	76.00	82.00	17.33	18.67	82.67	81.33
	107	16.00		84.00		12.00		88.00		20.00		80.00	
Preservativo o Condón	31	20.67	39.00	79.33	61.00	20.00	42.67	80.00	57.33	21.33	35.33	78.67	64.67
	101	57.33		42.67		65.33		34.67		49.33		50.67	
Dispositivo Intrauterino	33	40.67	48.67	59.33	51.33	25.33	42.67	74.67	57.33	56.00	54.67	44.00	45.33
	38	34.67		65.33		38.67		61.33		30.67		69.33	
	39	70.67		29.33		64.00		36.00		77.33		22.67	
Diafragma	68	24.00	32.00	76.00	68.00	28.00	33.33	72.00	66.67	20.00	30.67	80.00	69.33
	69	32.00		68.00		52.00		48.00		52.00		48.00	
	84	20.00		80.00		20.00		80.00		20.00		80.00	
Coito interrumpido	44	14.67	34.67	85.33	65.33	17.33	36.00	82.67	64.00	12.00	33.33	88.00	66.67
	108	54.67		45.33		54.67		45.33		54.67		45.33	
Ovulos vaginales	33	46.67	48.33	53.33	53.67	38.67	40.67	61.33	59.33	54.67	52.00	45.33	48.00
	103	46.00		54.00		42.67		57.33		49.33		50.67	
Espumas	34	24.00	30.00	76.00	70.00	22.67	28.44	77.33	71.56	25.33	31.56	74.67	68.44
	66	23.33		76.67		22.67		77.33		24.00		76.00	
	111	42.67		57.33		40.00		60.00		45.33		54.67	
Cremas	114	26.67		73.33		28.00		72.00		25.33		74.67	
Jaleas	110	26.00	34.67	74.00	65.33	22.67	34.00	77.33	66.00	29.33	35.33	70.67	64.67
	112	43.33		56.67		45.33		54.67		41.33		58.67	
Pastillas	102	62.00		38.00		57.33		42.67		66.67		33.33	
Inyecciones	72	13.33	23.00	86.67	77.00	13.33	22.67	86.67	77.33	13.33	23.33	86.67	78.67
	109	32.67		67.33		32.00		68.00		33.33		66.67	
Norplant	73	10.67	7.67	89.33	92.33	16.00	11.33	84.00	88.57	5.33	4.00	94.67	96.00
	77	4.67		95.33		6.67		93.33		2.67		97.33	
Vasectomía	3	96.00	52.89	34.00	47.11	61.33	51.56	38.67	48.44	70.67	54.22	29.33	45.78
	70	76.00		24.00		72.00		28.00		80.00		20.00	
	104	16.67		83.33		21.33		78.67		12.00		88.00	
Salpingooclastia	71	17.33	18.00	82.67	82.00	12.00	17.33	88.00	82.67	22.67	18.67	77.33	81.33
	105	18.67		81.33		22.67		77.33		14.67		85.33	

TABLA 6 A

FORMAS DE TRANSMISION

Enfermedades de Transmisión Sexual	Reactivo	General		Hombres		Mujeres	
		Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto
Sífilis	11	12	2	63	12	62	13
	99	40	110	22	53	18	57
Gonorrea	24	77	7	41	34	36	39
	25	54	96	32	43	22	53
	26	57	93	26	49	31	44
Herpes genital	14	43	107	21	54	23	53
	30	41	109	20	55	21	54
Chancro blando	55	53	97	29	46	24	51
	115	19	132	8	67	10	65
	127	17	133	7	68	10	65
Granuloma inguinal	116	16	134	9	66	7	68
	125	19	131	9	66	10	65
	132	26	124	14	61	12	63
	133	24	126	12	63	12	63
Linfogranuloma venereo							
Tricomoniasis	87	28	122	16	59	12	63
Candidiasis o monilia	8	29	121	17	58	12	63
	66	26	124	15	60	11	64
	128	9	141	6	69	3	72
	130	20	130	9	66	11	64
	135	12	138	9	66	3	72
	139	19	132	12	63	6	69
	137	5	145	-	73	3	72
Ladilla	90	27	123	16	59	11	64
	91	28	122	14	61	11	61
SIDA	10	147	3	73	2	74	1
	115	102	48	53	22	49	26
Clamidia	120	12	138	10	65	2	73
	124	23	127	14	61	9	66
Uretritis inespecifica	122	10	140	8	67	2	73
Condiloma	124	22	128	15	60	7	68

TABLA 6

FORMAS DE TRANSMISION

Enfermedades de Transmision Sexual	Reactivo	General				Hombres				Mujeres			
		Correcto		Incorrecto		Correcto		Incorrecto		Correcto		Incorrecto	
		%	% Prom.	%	% Prom.	%	% Prom.	%	% Prom.	%	% Prom.	%	% Prom.
Sifilis	11	83.33	58.00	16.67	45.83	84.00	58.00	16.00	43.33	82.67	53.33	17.33	46.67
	99	26.67		73.33		29.33		70.67		24.00		76.00	
Gonoreea	24	51.33	41.78	48.67	58.22	54.67	44.00	45.33	56.00	48.00	39.56	52.00	60.44
	25	36.00		64.00		42.67		57.33		29.33		70.67	
	26	38.00		62.00		34.67		65.33		41.33		58.67	
Herpes genital	14	28.67	28.00	71.33	72.00	28.00	27.33	72.00	72.67	29.33	28.67	70.67	71.33
	30	27.33		72.67		26.67		73.33		28.00		72.00	
Chancro blando	55	35.33	19.56	64.67	80.44	36.67	19.56	61.33	80.44	32.00	19.56	68.00	80.44
	115	12.00		88.00		10.67		89.33		13.33		86.67	
	127	11.33		88.67		9.33		90.67		11.33		88.67	
Granuloma inguinal	116	10.67	14.17	89.33	85.83	12.00	14.67	88.00	85.33	9.33	13.67	90.67	86.33
	125	12.67		87.33		12.00		88.00		13.33		86.67	
	132	17.33		82.67		18.67		81.33		16.00		84.00	
	133	16.00		84.00		16.00		84.00		16.00		84.00	
Linfogranuloma venereo													
Tricomoniasis	87	18.67		81.33		21.33		78.67		16.00		84.00	
Candidiasis o monilia	8	19.33	11.33	80.67	88.67	22.67	13.33	77.33	86.67	16.00	9.33	84.00	90.67
	86	17.33		82.67		20.00		80.00		14.67		85.33	
	124	6.00		94.00		8.00		92.00		4.00		96.00	
	130	13.33		86.67		12.00		88.00		14.67		85.33	
	135	8.00		92.00		12.00		88.00		4.00		96.00	
	136	12.00		88.00		16.00		84.00		8.00		92.00	
	137	3.33		96.67		2.67		97.33		4.00		96.00	
Ladilla	90	18.00	18.33	82.00	81.67	21.33	20.00	78.67	80.00	14.67	16.67	85.33	83.33
	91	16.67		83.33		18.67		81.33		16.67		83.33	
SIDA	70	98.00	83.00	2.00	17.00	97.33	84.00	2.67	16.00	98.67	82.00	1.33	18.00
	119	68.00		32.00		70.67		29.33		65.33		34.67	
Clamadia	120	8.00	11.67	92.00	88.33	13.33	16.00	86.67	84.00	2.67	7.33	97.33	92.67
	124	15.33		84.67		18.67		81.33		12.00		88.00	
Uretritis inespecifica	122	6.67		93.33		10.67		89.33		2.67		97.33	
Condiloma	126	14.67		85.33		20.00		80.00		9.33		90.67	

TABLA 7 A

SINTOMAS

Enfermedades de Transmisión Sexual	Reactivo	General		Hombres		Mujeres	
		Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto
Sífilis	13 100	33 52	117 98	16 23	56 52	17 29	58 49
Gonorrea	8 27	53 24	97 128	28 11	47 64	25 13	50 62
Herpes genital	28 29	42 67	108 83	21 32	54 43	21 35	54 40
Chancro blando	93 94 131	27 39 25	123 111 122	19 23 15	56 52 60	8 16 13	67 58 62
Granuloma Inguinal	96 134	8 32	142 116	6 15	64 60	2 17	73 58
Linfogranuloma venereo	95 96 97	17 25 23	133 125 127	9 13 16	64 62 59	8 12 7	67 63 68
Tricomoniiasis	88 89 117	11 12 24	139 138 129	7 10 6	68 65 68	4 2 18	71 73 57
Candidiasis o monilia	52 123 128 138 138	18 23 16 14 16	132 128 134 136 132	8 15 11 5 13	67 60 64 67 62	10 7 5 6 5	69 68 70 69 70
Ladilla	92 15	48 32	104 118	26 17	49 58	20 15	56 60
SIDA	13 118	123 97	28 53	58 46	17 29	67 51	8 24
Clamidia	18 17 18 20	28 20 38 10	121 130 112 140	18 12 24 4	58 63 51 71	13 8 14 6	62 67 61 69
Uretritis inespecifica	19 21 22 23	58 67 61 28	92 83 88 122	32 37 39 18	43 36 42 52	26 30 28 12	48 45 47 62
Condiloma	121	27	123	12	63	15	60

B) ANÁLISIS INFERENCIAL.

1. Correlación general.

Encontramos que existe una significancia con baja correlación ($r=-.27$; $p=.01$), entre edad y uso de métodos anticonceptivos, ya que a mayor edad, menos conocimientos sobre el uso de métodos anticonceptivos; hay significancia con baja correlación ($r=-.26$; $p=.01$), entre edad y efectividad de métodos anticonceptivos ya que a mayor edad, menor conocimiento en la efectividad de los métodos anticonceptivos.

En lo que se refiere a la escolaridad no se tiene significancia en relación a las áreas evaluadas.

Observamos significancia con correlación media ($r=.69$; $p=.01$), en lo que se refiere a uso de métodos anticonceptivos y efectividad de los mismos, entre más conocimientos existan sobre uso mayor efectividad habrá; encontramos significancia con media correlación ($r=.56$; $p=.01$), entre uso de métodos anticonceptivos y síntomas de enfermedades de transmisión sexual, a más conocimientos en el uso de métodos anticonceptivos, mayor conocimiento sobre síntomas de enfermedades de transmisión sexual; igualmente significativa con media correlación ($r=.55$; $p=.01$), presenta la relación de uso de métodos anticonceptivos y formas de transmisión de las enfermedades de transmisión sexual, a mayor conocimiento de uso de métodos anticonceptivos, mayor conocimiento en las formas de transmisión de las enfermedades de transmisión sexual.

En lo referente a la efectividad de métodos anticonceptivos en relación a los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual existe significancia con media correlación ($r=.62$; $p=.01$), a mayor conocimiento sobre efectividad de métodos anticonceptivos, mayor conocimiento de síntomas de enfermedades de transmisión sexual; también significativa con correlación media ($r=.59$; $p=.01$), entre efectividad de métodos anticonceptivos y formas de transmisión de enfermedades de transmisión sexual, a mayor conocimiento sobre efectividad de métodos anticonceptivos, mayor conocimiento en formas de transmisión de las enfermedades de transmisión sexual.

Finalmente encontramos significancia con alta correlación ($r=.83$; $p=.01$), entre síntomas y formas de transmisión de las enfermedades de transmisión sexual, ya que a mayor conocimiento en síntomas, mayor conocimiento en formas de transmisión de las enfermedades de transmisión sexual. (ver tabla 8).

TABLA 8.
CORRELACION GENERAL

CORRELACION	EDAD	ESCOLARIDAD	USO MA	EFEC MA	SINETETS
ESCOL	-.1096				
USOMA	-.2778 **	.1123			
EFECMA	-.2696 **	.0909	.6985 **		
SINETETS	-.1291	.0801	.5655 **	.6295 **	
FORETS	-.1308	.0818	.5534 **	.5959 **	.8344 **

** $P < .05$

Correlación hombres.

Encontramos que existe una significancia con baja correlación ($r=-.27$; $p=.01$), entre edad y uso de métodos anticonceptivos, ya que a mayor edad, menor uso de métodos anticonceptivos; tenemos significancia con correlación media ($r=-.32$; $p=.01$), entre edad y efectividad de métodos anticonceptivos, a mayor edad menor efectividad de métodos anticonceptivos.

En la escolaridad no se encontró significancia en relación a las áreas evaluadas.

En lo referente a uso de métodos anticonceptivos y efectividad de los mismos, encontramos significancia con correlación media ($r=.67$; $p=.01$), es decir, a mayor conocimiento de uso mayor conocimiento de efectividad de métodos anticonceptivos; observamos significancia con correlación media ($r=.64$; $p=.01$), entre uso de métodos anticonceptivos y síntomas de enfermedades de transmisión sexual, a mayor conocimiento de uso de métodos anticonceptivos, mayor conocimiento de síntomas de enfermedades de transmisión sexual; tenemos significancia con correlación media ($r=.60$; $p=.01$), entre uso de métodos anticonceptivos y formas de transmisión de las enfermedades de transmisión sexual, a mayor conocimiento de uso de métodos anticonceptivos mayor conocimiento en formas de transmisión de las enfermedades de transmisión sexual.

En lo que respecta a la relación efectividad de métodos anticonceptivos y síntomas de enfermedades de transmisión sexual, hay significancia con correlación media ($r=.68$; $p=.01$), a mayor conocimiento en efectividad de métodos anticonceptivos, mayor conocimiento en síntomas de enfermedades de transmisión sexual; encontramos significancia con correlación media ($r=.62$; $p=.01$), entre efectividad de métodos anticonceptivos y formas de transmisión de enfermedades de transmisión sexual, a mayor conocimiento de efectividad de métodos anticonceptivos, mayor conocimiento en formas de transmisión de enfermedades de transmisión sexual.

Existe significancia con alta correlación ($r=.87$; $p=.01$), entre síntomas y formas de transmisión sexual, a mayor conocimiento de síntomas mayor conocimiento de formas de transmisión de las enfermedades de transmisión sexual. (Ver tabla 9).

TABLA 9.
CORRELACION HOMBRES

CORRELACION	EDAD	ESCOLARIDAD	USOMA	EFEC MA	SINETETS
ESCOL	-.1988				
USOMA	-.2770 *	.0949			
EFECMA	-.3269 *	.0668	.6755 **		
SINETETS	.1267	.1664	.6408 **	.6833 **	
FORETS	.1417 *	.1561	.6072 **	.6288 **	.8706 **

** $p<.05$

Correlación mujeres

Encontramos que existe significancia con baja correlación ($r=-.27$; $p=.01$), entre edad y uso de métodos anticonceptivos, a mayor edad, menor uso de métodos anticonceptivos; tenemos significancia con media correlación ($r=-.32$; $p=.01$), entre edad y efectividad de métodos anticonceptivos, a mayor edad, menor conocimiento de efectividad de métodos anticonceptivos.

En lo que se refiere a la escolaridad no se tiene significancia en relación a las áreas evaluadas.

Existe significancia con correlación media ($r=.67$; $p=.01$), entre uso y efectividad de métodos anticonceptivos, a mayor conocimiento sobre uso de métodos anticonceptivos, mayor conocimiento sobre efectividad de los mismos; observamos significancia con correlación media ($r=.64$; $p=.01$), entre uso de métodos anticonceptivos y síntomas de enfermedades de transmisión sexual, a mayor conocimiento de uso de métodos anticonceptivos, mayor conocimiento de síntomas de enfermedades de transmisión sexual; tenemos significancia con correlación media ($r=.60$; $p=.01$), entre uso de métodos anticonceptivos y formas de transmisión de enfermedades de transmisión sexual, a mayor conocimiento de uso de métodos anticonceptivos, mayor conocimiento de formas de transmisión de enfermedades de transmisión sexual.

Encontramos significancia con correlación media ($r=.68$; $p=.01$), entre efectividad de métodos anticonceptivos y síntomas de enfermedades de transmisión sexual, a mayor conocimiento de efectividad de métodos anticonceptivos, mayor conocimiento de síntomas de enfermedades de transmisión sexual. Observamos significancia con correlación media ($r=.62$; $p=.01$), entre efectividad de métodos anticonceptivos y formas de transmisión de enfermedades de transmisión sexual, a mayor conocimiento sobre efectividad de métodos anticonceptivos, mayor conocimiento de formas de transmisión de enfermedades de transmisión sexual.

Finalmente encontramos significancia con correlación alta ($r=.87$; $p=.01$), entre síntomas y formas de transmisión de las enfermedades de transmisión sexual, ya que, a mayor conocimiento de síntomas de enfermedades de transmisión sexual, mayor conocimiento de formas de transmisión de las mismas. (Ver tabla 10).

TABLA 10.
CORRELACION MUJERES

CORRELACION	EDAD	ESCOLARIDAD	USO MA	EFEC MA	SINETETS
ESCOL	-.1988				
USOMA	-.2770 *	.0949			
EFECMA	-.3269 *	.0658	.6755 **		
SINETETS	.1267	.1664	.8408 **	.6833 **	
FORETS	.1417 *	.1561	.6072 **	.6268 **	.8706 **

** $P < .05$

2. Análisis de varianza

Con respecto al análisis de varianza se observa que para el caso de uso de métodos anticonceptivos no hubo diferencia por sexo [$F=(1/146).267$; $p=.60$] y por escolaridad [$F=(1/146)2.69$; $p=.10$].

De la misma forma en el caso de métodos anticonceptivos no se encontraron diferencias por sexo [$F=(1/146).18$; $p=.67$], ni por escolaridad [$F=(1/146)1.99$; $p=.16$].

Por otro lado en el área de enfermedades de transmisión sexual no se observan diferencias en las formas de transmisión ni por sexo [$F=(1/146)1.93$; $p=.16$], ni por escolaridad [$F=(1/146)2.15$; $p=.14$].

Sin embargo en cuanto a los síntomas se encontró una diferencia marginal * por sexo [$F=(1/146)3.46$; $p=.06$], a pesar de no ser significativa esta diferencia se puede observar que, los hombres presentan una media más alta (9.76) que las mujeres (8.24), con esto podemos inferir que en el caso de los hombres de bachillerato tienen más conocimientos de síntomas que las mujeres.

De igual manera que en las áreas anteriores en el caso de síntomas, no se encontró diferencia por escolaridad [$F(1/146)1.88$; $p=.17$].

Finalmente no se encontraron diferencias significativas en las variables de sexo por semestre (Ver tabla 11).

TABLA 11.
SEXO POR SEMESTRE

AREAS	VARIABLE I	F	P
USOS MA	SEXO	.26	.60
	SEMESTRE	2.69	.10
EFECTOS MA	SEXO	.18	.67
	SEMESTRE	1.99	.16
SINTOMAS ETS	SEXO	3.46	.06 *
	SEMESTRE	1.88	.17
FT ETS	SEXO	1.93	.16
	SEMESTRE	2.15	.14

(* Diferencia MARGINAL

DISCUSION

Como se ha señalado en este trabajo, la adolescencia es un período de cambios físicos o biológicos, psicológicos y sociales que dan como resultado importantes cambios emocionales, sobre todo en su evolución sexual que incluye instintos sexuales, madurez reproductiva y la integración de su sexualidad. En la mayoría de los casos el adolescente tiene que enfrentar estos cambios sin el apoyo familiar.

Si tratar Aspectos Sexuales dentro de la familia, la escuela o la sociedad es difícil, lo es más aún el tratar los temas de Métodos Anticonceptivos y Enfermedades de Transmisión Sexual ya que estos temas son considerados como tabúes. Sin embargo, por los resultados obtenidos en esta investigación podemos comprobar la gran necesidad de información que existe en los adolescentes sobre estos temas, que consideramos de los más importantes dentro de la Educación Sexual.

Como se comprueba con la aceptación o rechazo de las hipótesis de acuerdo a la probabilidad menor o cercana al 0.5 es:

	HIPOTESIS	PROBABILIDAD
Hi	El adolescente del C.C.H. Plantel Sur, tiene conocimientos sobre métodos anticonceptivos, en cuanto a uso y efectividad.	RECHAZADA
HO	El adolescente de C.C.H. Plantel Sur, no tiene conocimiento sobre métodos anticonceptivos, en cuanto a uso y efectividad.	ACEPTADA
Hi	El adolescente de C.C.H. Plantel Sur, tiene conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual, en cuanto a síntomas y formas de transmisión.	RECHAZADA
HO	El adolescente de C.C.H. Plantel Sur, no tiene conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual, en cuanto a síntomas y formas de transmisión.	ACEPTADA
Hi	Existen diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos de métodos anticonceptivos, en cuanto a uso y efectividad entre jóvenes de sexo femenino y masculino del C.C.H. Plantel Sur.	RECHAZADA
HO	No existen diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos de métodos anticonceptivos, en cuanto a uso y efectividad entre jóvenes de sexo femenino y masculino del C.C.H. Plantel Sur.	ACEPTADA
Hi	Existen diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos de enfermedades de transmisión sexual, en cuanto a síntomas y formas de transmisión entre jóvenes de sexo femenino y masculino del C.C.H. Plantel Sur.	RECHAZADA
HO	No existen diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos de enfermedades de transmisión sexual, en cuanto a síntomas y formas de transmisión, entre jóvenes de sexo femenino y masculino del C.C.H. Plantel Sur.	ACEPTADA

En la actualidad las medidas anticonceptivas continúan siendo un tema de controversia. Esto no es sorprendente si se consideran las profundas emociones que se asocian a la reproducción como resultado de la larga historia de nuestro intento por sobrevivir como especie. El hecho de que en la antigüedad no existiese un método confiable de control de la natalidad y que no se haya practicado durante la mayor parte de la historia de la humanidad, explica en parte nuestra sobrevivencia. Pero los tiempos han cambiado y ahora el ser humano puede depender de actitudes opuestas y de un cambio en las prácticas de control natal para seguir sobreviviendo. (KATCHADOURIAN, 1985)

Nuestro país está pasando por crisis económicas, políticas y sociales, en donde existen diversos problemas como son la explosión demográfica, la falta de empleo y vivienda en donde la planificación familiar juega un papel importante para evitar que estas crisis se agraven.

Para que exista la planificación familiar es indispensable la utilización de métodos anticonceptivos que además de disminuir la tasa de población, evite abortos y embarazos no deseados y pueda prevenir enfermedades de transmisión sexual (condón), que ya por sí solos son temas de grandes polémicas y controversias, sin embargo, no podemos distraernos o ignorar dichos temas que son, hoy por hoy, un gran problema que afronta la sociedad mexicana y que día a día se acrecentan.

El uso de anticonceptivos se está volviendo cada vez más lícito, a pesar de la oposición católica. La mayoría de las personas que ahora emplean anticonceptivos lo hacen por razones personales y privadas, como sería evitar el embarazo fuera del matrimonio, posponer el embarazo por razones económicas y psicológicas, así como limitar el tamaño de la familia por consideraciones económicas y de salud, como la prevención de enfermedades de transmisión sexual. (KATCHADOURIAN, 1985)

Existe el temor común de que si se da información e instrumentos anticonceptivos, tácitamente se alienta a participar en el acto sexual, sin embargo, el número creciente de embarazos en la adolescencia parece indicar que la falta de conocimiento o de disposición para emplear anticonceptivos no desalienta a muchos jóvenes a participar en las prácticas sexuales. (KATCHADOURIAN, 1985)

Esto, aunado al problema del SIDA, nos hace reflexionar sobre la importancia de una adecuada y realista información de los métodos anticonceptivos y, en sí, de una asertiva educación sexual que ayude a los jóvenes a encontrar patrones bien maditados para expresar su sexualidad, que se refleje, no sólo en las vidas individuales, sino en una sociedad más sana y sólida.

Por lo que respecta a las Enfermedades de Transmisión Sexual, podemos decir que son un problema social, médico, educativo e individual, donde se reparten por igual las causas y las consecuencias de las enfermedades, y solamente disminuirán si las instituciones, tanto médicas como educativas, e incluso la familia, ponen los medios necesarios para controlarlas y combatir las, ya que en la actualidad estos tipos de enfermedades son desconocidas y temidas, que aún cuando seamos conscientes de su importancia, preferimos esconderlas o negarlas para no enfrentarnos a la realidad, manteniéndolas como un tabú.

La iglesia también juega un papel importante en la formación de estos tabúes, ya que veinte siglos de cultura Judeo-Cristiana han culpabilizado intensamente la sexualidad. Esta culpabilidad está aún muy viva. Al mismo tiempo, la liberación sexual comienza con su contrapartida negativa: desinterés por la vida afectiva, relaciones sexuales múltiples e indiferentes. El recrudecimiento actual de las Enfermedades de Transmisión Sexual ¿No se deberá en gran parte a una liberación sexual todavía mal entendida?. (WINAVER, 1974)

Es hora de mirar a las Enfermedades de Transmisión Sexual de frente e insistir en que si no se toman las medidas necesarias, su aumento está próximo a convertirse en un verdadero caos, con repercusiones sociales de gran importancia, ésto sin considerar la frecuencia con que estas enfermedades han aumentado en los últimos años en todas partes del mundo.

"No solo deben ser conocidas las causas y efectos de la sífilis y la gonorrea, sino que hay otras veinte más y todas ellas tienen su mayor o menor importancia, aunque claro está, el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (S.I.D.A.) ocupa la cúspide de la pendiente; y no están lejos las chlamideas, que pueden producir esterilidad definitiva en una adolescente y ocasionar una peritonitis de urgencia; los micoplasmas, que son causa del 45% de la esterilidad masculina; los virus que además de la hepatitis, pueden evolucionar hacia el cáncer, sin contar el desastre que represente una sífilis congénita, por el mal control de la madre." (OLMOS 1987)

La consecuencia más directa e indiscutible de negar o prohibir la información de estos temas y menearse en un principio de silencios y mentiras, es que de cualquier forme las cosas del sexo se aprenden, en la mayoría de los casos a través de los compañeros de la escuela o de juegos practicados por otros compañeros mayores. El que nuestros jóvenes tengan que aprender clandestinamente y en un ambiente confuso, en el que se mezcla la verdad con la falsedad, la excitación con la repugnancia, y el miedo con la vergüenza, los hechos fundamentales de la vida. Esto es la prueba evidente de la incapacidad de nuestra civilización y de sus sistemas pedagógicos para tratar estos temas. (VALABREGUE, 1973)

Es por todo ésto que no se puede negar la realidad, ni ignorar la seriedad de los problemas en el adolescente. Ya es tiempo de dejar atrás la actitud hipócrita, retrógrada, egoísta e incompetente para tratar aspectos sexuales. Es tiempo de adoptar una actitud responsable, franca y abierta que coadyuve a adquirir una salud física y psicológica en nuestros adolescentes mexicanos.

Por lo que se considera de suma importancia que la información que se le suministre al adolescente sobre estos temas, sea en el momento y forma adecuada, sincera, honesta y científica, sin hipocresías ni dobles mensajes, ya que esta población es la que más le necesita y a la cual se debe de proporcionar para que en un futuro estén preparados para enfrentar los grandes problemas que se les presenten en la vida y que esta información ayude a lograr en ellos un desarrollo psicosexual armónico.

La educación sexual es un instrumento que prepara al hombre para ser adulto, y a la vez una persona independiente y social, capaz de superar las dificultades que encuentre y debe fundarse en la convicción de que el hombre no sólo se mueve por instinto, sino que es capaz de controlar sus emociones. Dar una educación sexual, es enseñar al hombre el valor del amor.

Una vida sexual feliz repercute favorablemente en las relaciones que establece en el medio profesional, en su vida amorosa o con sus hijos, en cambio las restricciones pueden causar anorgasmia, eyaculación precoz, trastornos de la erección, trastornos psicossomáticos de diversa índole relacionados con una vida sexual poco satisfactoria, problemas conyugales y rechazo de los hijos. (VALABREGUE, 1973)

Se infiere que la educación sexual debe ser concebida como una preparación para la vida, debe ser una actitud permanente de familia, de la escuela y de la sociedad. Actitud que debe estar integrada a los procesos generales de educación social y moral de los jóvenes a quienes debemos hacer entender que el instinto sexual es un fenómeno natural que tiene en el hombre un valor específico, racional, ético y sexual. (VALABREGUE, 1973)

CONCLUSIONES

Es impresionante ver el grado de desconocimiento sobre Métodos Anticonceptivos y Enfermedades de Transmisión Sexual en una población que tiene un grado medio superior de educación. Durante la aplicación del instrumento hubo muchos comentarios como el de "maestro, discúlpame pero sinceramente casi no sé nada del cuestionario", también se pudo observar risas nerviosas y comentarios de vergüenza e incluso unos maestros no estaban de acuerdo con que se aplicara este tipo de cuestionario.

Sería importante conocer porque, esa falta de comunicación entre padres e hijos para tratar estos temas y la negación de no creer que sus hijos requieren esta información. Los padres mandan a sus hijos al colegio para educarlos y prepararlos para desempeñar una profesión para que puedan hacerle frente a la vida. No es posible que los jóvenes conozcan materias y teorías complicadas, que se hable de cálculo, trigonometría y física cuántica y que sin embargo, no conocen algo elemental como su cuerpo y sobre todo el funcionamiento de su aparato reproductor, de las consecuencias de hacer uso y abuso de su sexualidad y que para conocer estos temas, lo tengan que hacer clandestinamente y en un ambiente confuso, en el que se mezcla la verdad con la falsedad, la excitación con la repugnancia y el miedo con la vergüenza de hechos tan naturales y fundamentales de la vida.

Es una obligación moral, como padre, como maestro y como profesionalista de la salud, brindar educación sexual para que nuestros adolescentes tengan los conocimientos y puedan enfrentar con éxito y hasta felizmente esta etapa de desarrollo. Es triste que en esta época moderna, con esta tecnología de comunicación existan jovencitas de 13, 14 y 15 años embarazadas, jóvenes contagiados de V.I.H. (S.I.D.A.). Ya basta de echarse "la papa caliente" entre la escuela y los padres de familia, es tiempo de hacernos responsables y brindar una adecuada educación sexual que conduzca a un mejor conocimiento de sí mismo y del otro para que ayude al hombre a su emancipación y pueda encontrar en esta la igualdad de los sexos y una vida placentera.

Esta investigación muestra la gran necesidad de información sobre estos temas de Educación Sexual en nuestra población adolescente.

El desconocimiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual en cuanto a su contagio, formas de transmisión y formas de prevención, así como el uso de métodos anticonceptivos pueden traer como consecuencia graves problemas de salud pública y de explosión demográfica.

Este problema puede ser resuelto con una acertada educación sexual y una mayor difusión de las principales formas de enseñanza y canales de información proporcionados por la familia, la escuela y la sociedad con ayuda de el gobierno.

- La familia es un núcleo formativo de gran influencia para todos sus miembros si se educa a través de información honesta, científica y asertiva; pero además, con actitudes positivas ante la educación sexual se logrará un desarrollo en la cultura mexicana y una salud psicológica en el adolescente mexicano.

- La escuela y por lo tanto la educación son un instrumento importantísimo de cambio y de desarrollo, siempre y cuando se brinde la educación de forma asertiva, planeada y adecuada a las necesidades de la población mexicana.
- Se deben elaborar planes y programas de educación sexual obligatoria, como lo hacen desde hace 40 años en países del primer mundo, en todas las escuelas del país y a todos los niveles. Estos planes y programas deben ir de acuerdo a la edad, necesidad, grado de estudios y etapa de crecimiento.
- Elaborar programas Educativos e Informativos del gobierno, dirigidos a toda la población mexicana para detener la tasa de crecimiento, y prevenir enfermedades de transmisión sexual que pueden causar la muerte a nuestra población.

LIMITACIONES

- Los resultados encontrados en este trabajo se refieren a una muestra específica por lo que no se puede hacer una generalización para toda la población adolescente de bachillerato.
- En la aplicación del instrumento se trató de dar una atmósfera de confianza y seriedad, sin embargo, el tratar estos temas siempre causa asombro y desconfianza en algunos jóvenes, y ésto pudo alterar sus resultados.
- El grado de educación sexual varía de individuo a individuo de acuerdo a la educación y comunicación de los padres, así como, sus necesidades intraindividuales y de los canales de información que utilizaron para obtener información.

SUGERENCIAS

- Sería interesante aplicar este instrumento para hacer una comparación entre colegios particulares y colegios de gobierno para ver si existen diferencias significativas en cuanto a conocimientos.
- Sería importante aplicar el instrumento a los padres de los adolescentes para conocer el grado de conocimientos que tienen sobre estos temas.
- Elaborar instrumentos para conocer las actitudes de los padres de familia, sobre la información que dan a sus hijos sobre estos temas.
- Elaborar instrumentos para conocer las actitudes y conocimientos de los maestros de primaria, secundaria y preparatoria sobre estos temas de sexualidad.
- Elaborar planes y programas de sexualidad mediante un trabajo interdisciplinario para brindar información a toda la población mexicana.

APENDICE I

CUESTIONARIO

EDAD: _____

ESCOLARIDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____

SEXO: _____

A continuación te presentamos una serie de preguntas, las cuales tienen cuatro opciones de respuesta, solo puedes marcar una, la que consideres correcta, anotandola en la hoja de respuestas. Si tienes alguna duda le puedes preguntar al examinador del cuestionario, de antemano gracias por tu cooperación.

- 1.- El Dispositivo Intrauterino (DIU) se coloca en:
a () La vagina.
b () El útero.
c () Las trompas de Falopio.
d () No sé.
- 2.- Los óvulos anticonceptivos son:
a () Para no tener hijos.
b () Para abortar.
c () Para detener la eyaculación.
d () No sé.
- 3.- Al hombre que se le opera para no tener hijos (Vasectomía):
a () Ya no puede eyacular.
b () Eyacula semen sin espermatozoides.
c () Se vuelve impotente.
d () No sé.
- 4.- Cuando una mujer utiliza jalea como método anticonceptivo, ésta se debe colocar:
a () Un día antes del acto sexual y lavarse un día después.
b () 15 min. antes de la penetración y lavarse 6 hrs. después.
c () 2 hrs. antes del contacto sexual y lavarse un día después.
d () No sé.
- 5.- Si una mujer toma pastillas anticonceptivas:
a () Evita tener hijos durante el tiempo que se tomen.
b () Evita que tenga contactos sexuales.
c () Ya no puede tener hijos permanentemente.
d () No sé.
- 6.- El condón se coloca:
a () Cuando el pene esta erecto antes de la penetración.
b () 15 min. antes de la penetración.
c () Antes de que el pene se ponga erecto.
d () No sé.
- 7.- Son los métodos anticonceptivos más eficaces para tener contacto sexual en forma esporádica:
a () Ritmo y Pastillas anticonceptivas.
b () Condón y óvulo.
c () Norplant y Espumas.
d () No sé.

8.- Cuando una persona ya terminó su tratamiento para curar la candidiasis:

- a() Se hace inmune a esta y a todas las enfermedades sexualmente transmisibles.
- b() Si tiene contacto con una persona infectada de candidiasis o alguna enfermedad sexualmente transmisible vuelve a contagiarse.
- c() Es portador de candidiasis por siempre.
- d() No sé.

9.- Cuando una mujer tiene gonorrea:

- a() Puede presentar síntomas.
- b() Se da cuenta inmediatamente que esta infectada.
- c() Presenta síntomas dos meses después del contacto infectante.
- d() No sé.

10.- El SIDA se transmite por:

- a() Contacto sexual, transfusión sanguínea y de la madre al hijo durante el embarazo.
- b() El uso de ropa interior de una persona infectada y el saludo.
- c() Hacer uso de la tasa de baño que utilizó una persona infectada.
- d() No sé.

11.- La sífilis se puede transmitir por:

- a() El coito y el contacto buco-genital.
- b() El saludo y el contacto buco-genital.
- c() El uso de toallas de personas infectadas.
- d() No sé.

12.- Es una enfermedad de transmisión sexual, en la cual su desarrollo se divide en tres etapas:

- a() Sífilis.
- b() Gonorrea.
- c() Ladilla.
- d() No sé.

13.- Es una enfermedad que ataca al sistema inmunológico de la persona:

- a() Condilomas.
- b() SIDA.
- c() Sarna.
- d() No sé.

14.- Se transmite por contacto sexual con ampollas o úlceras abiertas de personas infectadas:

- a() Ladillas.
- b() Herpes.
- c() Candidiasis.
- d() No sé.

15.- Es un parásito de tamaño diminuto que habita en el vello púbico:

- a() Ladilla.
- b() Monilia.
- c() Linfogranuloma.
- d() No sé.

16.- Es un organismo que comunmente forma parte en las infecciones genitales no específicas:

- a() Clamidia trachomatis.
- b() Herpes genital.
- c() Gonorrea.
- d() No sé.

17.- Uno de los síntomas de la clamidia en el hombre es:

- a() Presentar secreción en el pene.
- b() No hay erecciones.
- c() Aparición de ampulas.
- d() No sé.

18.- En la mujer la clamidia se localiza en:

- a() La uretra femenina.
- b() La vagina.
- c() Las trompas de Falopio.
- d() No sé.

19.- Uno de los síntomas de la uretritis no específica en el hombre es:

- a() Dolor al orinar.
- b() Frecuente necesidad de orinar.
- c() Comezón en los testículos.
- d() No sé.

20.- Cuando existe uretritis no específica por clamidia en el hombre y no es tratada por el médico puede propagarse a:

- a() Vejiga.
- b() Testículos y glánde.
- c() La zona anal.
- d() No sé.

21.- La infección genital no específica en la mujer, si no es tratada puede provocar que se presente:

- a() SIDA.
- b() Enfermedad inflamatoria de la pelvis.
- c() Condilomas.
- d() No sé.

22.- La infección genital no específica en la mujer puede provocar:

- a() Evitar el coito permanentemente.
- b() Esterilidad.
- c() Problemas en el corazón.
- d() No sé.

23.- La mujer que tenga una enfermedad inflamatoria de la pelvis puede tener obstruida la:

- a() Trompa de Falopio.
- b() Matriz o útero.
- c() Vejiga.
- d() No sé.

24.- La gonorrea comunmente se transmite por:

- a() Contacto buco-genital.
- b() Contacto genital.
- c() Contacto anal.
- d() No sé.

25.- La gonorrea avanzada en la mujer provoca:

- a() Inflamación de la zona genital.
- b() Infección aguda de los conductos genitouterinos.
- c() Sangrado constante.
- d() No sé.

26.- La gonorrea puede transmitirse de madre a hijo en el embarazo por:

- a() El paso de la sangre.
- b() Durante el parto.
- c() Medío de los alimentos.
- d() No sé.

27.- La gonorrea en la mujer puede llegar a provocar:

- a() Inflamación en las trompas de Falopio.
- b() Prurito (comezón) en la uretra.
- c() Infección en todo el organismo.
- d() No sé.

28.- En la zona en que da ardor por causa del herpes genital aparecen:

- a() Manchas rojas.
- b() Vesículas (ampollas).
- c() Ronchas blancas.
- d() No sé.

29.- La persona que ha tenido herpes genital:

- a() Puede volver a padecerlo.
- b() Queda estéril.
- c() Ya no puede tener erecciones.
- d() No sé.

30.- El herpes genital se puede transmitir:

- a() De madre a hijo durante el embarazo.
- b() Al tener contacto directo con vesículas (ampollas).
- c() Usando albercas donde estuvieron personas infectadas.
- d() No sé.

31.- El uso del condón como único método anticonceptivo en una relación sexual tiene una efectividad de:

- a() 95 %.
- b() 85 %.
- c() 75 %.
- d() No sé.

32.- Usar el óvulo como único método anticonceptivo en una relación sexual tiene una efectividad de:

- a () 75 %.
- b () 99 %.
- c () 55 %.
- d () No sé.

33.- El uso del DIU (Dispositivo Intrauterino), para evitar el embarazo tiene una efectividad de:

- a () 95 %.
- b () 75 %.
- c () 85 %.
- d () No sé.

34.- El uso de la espuma como único método anticonceptivo durante el contacto sexual tiene una efectividad de:

- a () 75 %.
- b () 95 %.
- c () 63 %.
- d () No sé.

35.- Las pastillas anticonceptivas se deben empezar a tomar:

- a () Al quinto día después de comenzar a menstruar.
- b () En el momento de tener el contacto sexual.
- c () Al catorceavo día, cuando se da la ovulación.
- d () No sé.

36.- El objetivo de la pastilla anticonceptiva es:

- a () Evitar la menstruación.
- b () Evitar la ovulación.
- c () Evita contraer una enfermedad sexualmente transmisible.
- d () No sé.

37.- El Dispositivo Intrauterino (DIU), debe ser colocado por:

- a () Uno mismo.
- b () El médico.
- c () El farmacéutico.
- d () No sé.

38.- ¿Qué sucede con el Dispositivo Intrauterino (DIU), si aún usándolo la mujer se embaraza?

- a () Queda afuera de la bolsa amniótica.
- b () Entorpece el desarrollo del niño.
- c () Se pega al niño.
- d () No sé.

39.- La efectividad del Dispositivo Intrauterino (DIU), depende de:

- a () El tamaño del pene del compañero sexual.
- b () Que la mujer lo revise en forma periódica.
- c () Que la mujer lo sepa colocar.
- d () No sé.

40.- El uso del Dispositivo Intrauterino (DIU) más recomendado para:

- a () Las mujeres que ya han tenido un embarazo.
- b () Todas las mujeres.
- c () Las mujeres mayores de 40 años.
- d () No sé.

41.- Las cremas como método anticonceptivo son usadas:

- a () Antes del coito.
- b () Inmediatamente después del coito.
- c () Todas las mañanas.
- d () No sé.

42.- El proceso que se sigue durante el coito interrumpido es:

- a () Sacar el pene de la vagina después de la eyaculación.
- b () Sacar el pene de la vagina antes de la eyaculación.
- c () Lavar la vagina antes de la penetración.
- d () No sé.

43.- El coito interrumpido o interruptus provoca:

- a () Esterilidad.
- b () Que se inhiba el deseo sexual.
- c () Irritación en los genitales.
- d () No sé.

44.- La efectividad del coito interrumpido o interruptus es de:

- a () 70 %.
- b () 90 %.
- c () 50 %.
- d () No sé.

45.- Las mujeres que pueden hacer uso del método anticonceptivo del ritmo son:

- a () Todas.
- b () Las que tengan menstruaciones regulares.
- c () Las que tengan menstruaciones irregulares.
- d () No sé.

46.- El objetivo del método anticonceptivo del moco cervical o Billings es:

- a () Evitar la eyaculación.
- b () Evitar el contacto sexual en días fértiles.
- c () Evitar el contacto sexual.
- d () No sé.

47.- El método del moco cervical o Billings consiste en:

- a () Introducir los dedos limpios y extraer el moco cercano al cervix y observar su elasticidad.
- b () Introducir los dedos limpios y extraer el moco cercano al cervix y detectar si tiene buen o mal olor.
- c () Introducir los dedos limpios y sentir la temperatura del cervix.
- d () No sé.

- 48.- El método de la temperatura consiste en:
- a () Tomar la temperatura los primeros días del mes para calcular los posibles días de ovulación.
 - b () Tomar la temperatura diariamente e identificar cuando aumenta ésta por la ovulación.
 - c () Tomar la temperatura los últimos días del mes para calcular los posibles días de ovulación.
 - d () No sé.

- 49.- Las inyecciones que evitan el embarazo son:
- a () Sustancias químicas parecidas a las hormonas femeninas.
 - b () Sustancias químicas parecidas a las hormonas masculinas.
 - c () Sustancias químicas parecidas a las hormonas femeninas y masculinas.
 - d () No sé.

- 50.- Cada cuando se deben administrar las inyecciones anticonceptivas:
- a () Cada uno, dos o tres meses.
 - b () Cada primer día del mes.
 - c () Cada quince días.
 - d () No sé.

- 51.- El método anticonceptivo de la vasectomía consiste en:
- a () Cortar y/o amarrar los conductos por los que pasan los espermatozoides.
 - b () Cortar y/o amarrar los conductos por los que se da la eyaculación.
 - c () Cortar y/o amarrar los conductos por los que pasan los óvulos.
 - d () No sé.

- 52.- Los síntomas que puede presentar una mujer cuando tiene candidiasis son:
- a () Papulas dolorosas tendientes a sangrar y comezón constante.
 - b () Escocor en la vulva y la vagina, así como secreción espesa, blanquesina y abundante.
 - c () Comezón constante en la zona genital y alta temperatura.
 - d () No sé.

- 53.- En el método anticonceptivo del ritmo o calendario se toma como el primer día:
- a () El día primero de cada mes.
 - b () El primer día del sangrado menstrual.
 - c () El día catorce de cada mes.
 - d () No sé.

- 54.- El uso del calendario o ritmo como método anticonceptivo tiene una efectividad de:
- a () 70 %.
 - b () 90 %.
 - c () 50 %.
 - d () No sé.

55.- El chancro blando puede ser adquirido por:

- a() Unicamente por contacto sexual.
- b() Utilizar ropa de personas infectadas.
- c() Transfusiones sanguineas.
- d() No sé.

56.- Cuando se sigue el método anticonceptivo de la temperatura ésta se debe tomar de la siguiente forma:

- a() Todos los días antes de levantarse o hacer algun otro movimiento.
- b() Todos los días antes de bañarse.
- c() Todos los días antes de dormir.
- d() No sé.

57.- El método anticonceptivo de la temperatura tiene una efectividad de:

- a() 90 %.
- b() 60 %.
- c() 75 %.
- d() No sé.

58.- En el método anticonceptivo de la temperatura se debe colocar el termómetro en:

- a() Axila, boca o recto.
- b() Solo en axila.
- c() Boca y recto.
- d() No sé.

59.-El método anticonceptivo del moco cervical o Billings tiene una efectividad de:

- a() 60 %.
- b() 70 %.
- c() 90 %.
- d() No sé.

60.- Para quitar el condón o preservativo después de su uso, debe ser de la siguiente forma:

- a() Cuando el pene esta todavía erecto y jalando el condón sujetándolo de los lados.
- b() Cuando el pene ya esta flácido y jalando el condón sujetándolo de los lados.
- c() Cuando la mujer ya no este excitada.
- d() No sé.

61.- Los condones o preservativos se deben usar de la siguiente manera:

- a() Después de la primera vez lavar lo y usarlo cada vez que se necesite.
- b() Se usa solamente una vez y se desecha.
- c() Se lava antes de usarlo y se desecha.
- d() No sé.

62.- Comúnmente los condones o preservativos vienen enrollados para:

- a () Que se transporten de una forma más práctica.
- b () Que al colocarlo se vaya desenrollando.
- c () Para que la mujer se lo introduzca fácilmente.
- d () No sé.

63.- La espuma como método anticonceptivo es:

- a () Una sustancia química.
- b () Una sustancia hormonal.
- c () Una sustancia química y hormonal.
- d () No sé.

64.- La espuma como método anticonceptivo tiene la siguiente presentación:

- a () Envasado bajo presión en una lata o botella con gas inerte que al ser liberado produce una espuma espesa.
- b () Envasado en una lata o botella con un dispositivo que hace que funcione como spray.
- c () Envasado a alta presión.
- d () No sé.

65.- La espuma como método anticonceptivo debe ser usado de la siguiente forma:

- a () Se inserta la espuma en el aplicador, el cual es colocado dentro de la vagina lo más profundo que se pueda y se vierte el contenido, quince minutos antes de la relación sexual.
- b () Se toma la espuma con los dedos, estos se introducen a la vagina y se embarra la espuma cinco minutos antes de la relación sexual.
- c () Se coloca el dispositivo del spray en la vagina y se presiona.
- d () No sé.

66.- El uso de la espuma como método anticonceptivo tiene una efectividad de:

- a () 50 %.
- b () 70 %.
- c () 90 %.
- d () No sé.

67.- Los óvulos vaginales que son usados como método anticonceptivo, son:

- a () Un producto químico de consistencia sólida, que se derrite rápidamente a la temperatura del cuerpo, al ser introducida en la vagina.
- b () Un producto químico de consistencia líquida, el cual es introducido a la vagina por medio de un aplicador especial.
- c () Un producto hormonal de consistencia sólida, que se derrite rápidamente a la temperatura del cuerpo, al ser introducido en la vagina.
- d () No sé.

68.- La efectividad del diafragma es de:

- a () 99 %.
- b () 75 %.
- c () 85 %.
- d () No sé.

69.- La efectividad del diafragma depende de:

- a () El uso adecuado (colocación y extracción).
- b () Que el orificio por el que pasan los espermatozoides no sea mayor de un milímetro.
- c () Qué la caducidad no este vencida.
- d () No sé.

70.- La efectividad de la vasectomía es de:

- a () 99 %.
- b () 58 %.
- c () 82 %.
- d () No sé.

71.- La efectividad de la salpingoclasia es de:

- a () 99 %.
- b () 58 %.
- c () 86 %.
- d () No sé.

72.- La efectividad de las inyecciones anticonceptivas es de:

- a () 99 %.
- b () 75 %.
- c () 89 %.
- d () No sé.

73.- La efectividad del norplant es de:

- a () 50 %.
- b () 99 % o más.
- c () 70 %.
- d () No sé.

74.- El objetivo del diafragma es:

- a () No permitir el paso del pene a la vagina.
- b () Cubrir el cuello del útero.
- c () Impedir la maduración del óvulo.
- d () No sé.

75.- El diafragma se usa de la siguiente forma:

- a () En el borde del diafragma se coloca crema o jalea anticonceptiva, se introduce éste hasta el fondo de la vagina, antes del contacto sexual.
- b () Antes de la penetración se coloca en la entrada de la vagina.
- c () En el borde del diafragma se coloca crema o jalea anticonceptiva, y se coloca en la punta del pene.
- d () No sé.

76.- El diafragma se debe extraer:

- a () Inmediatamente después de la relación sexual.
- b () 24 horas después de la relación sexual.
- c () 15 minutos después de la relación sexual.
- d () No sé.

77.- El tiempo de efectividad del norplant es de:

- a () 3 meses.
- b () 5 años.
- c () 24 hrs.
- d () No sé.

78.- El norplant esta constituido por:

- a () 30 mg. de hormonas.
- b () 6 cápsulas de silastic.
- c () 300 ml. de hormonas.
- d () No sé.

79.- El norplant puede tener las siguientes presentaciones:

- a () De 21 y 28 pastillas.
- b () De 2 y 6 cápsulas.
- c () De 40 y 45 ml. de solución inyectable.
- d () No sé.

80.- El norplant se usa de la siguiente forma:

- a () Las cápsulas se colocan debajo de la piel del brazo o antebrazo por medio de un trocar, en una incisión de 3 a 4 mm., distribuyendo las 6 cápsulas en forma de abanico.
- b () Las cápsulas se toman durante 28 días consecutivos, se dejan pasar 2 días, y se comienza a tomar nuevamente, para provocar regularidad en el ciclo menstrual.
- c () La solución es inyectada el día primero de cada mes en el gluteo.
- d () No sé.

81.- Para dejar de usar el norplant, se realiza lo siguiente:

- a () Se realiza una incisión en el mismo lugar de la colocación, extrayéndose las cápsulas.
- b () Después de terminado el ciclo de las cápsulas, ya no se ingieren las siguientes.
- c () Se deja de inyectar, dejándose disolver la que se encuentre dentro del cuerpo.
- d () No sé.

82.- Es un disco de hule látex en forma de cúpula montado en un resorte circular:

- a () Condón.
- b () Diafragma.
- c () Norplant.
- d () No sé.

83.- Cuando se utiliza este método, se le coloca una crema o jalea espermaticida sobre la superficie y al rededor del borde, antes de introducirlo:

- a () Condón.
- b () Diafragma.
- c () Norplant.
- d () No sé.

84.- El índice de efectividad del diafragma es de:

- a() 75 %.
- b() 95 %.
- c() 85 %.
- d() No sé.

85.- La mujer que tenga problemas cardiacos, no conviene que haga uso de este método anticonceptivo:

- a() Inyecciones.
- b() Temperatura basal.
- c() Salpingoclasia.
- d() No sé.

86.- La enfermedad sexualmente transmisible, llamada candidiasis, es provocada por:

- a() Hongo llamado candida albicans.
- b() Bacterias llamadas candida albicans.
- c() Insecto llamado candida albicans.
- d() No sé.

87.- La tricomoniasis, enfermedad de transmisión sexual, es causada por:

- a() Una bacteria llamada trichomonas vaginalis.
- b() Un parásito llamado trichomonas vaginalis.
- c() Un hongo llamado trichomonas vaginalis.
- d() No sé.

88.- Las mujeres que padecen tricomoniasis, presentan los siguientes síntomas:

- a() Secreción vaginal de color blanquizco o verdoso con olor a pescado, esta secreción puede ser abundante y estar acompañada por malestar y comezón en la vagina.
- b() Sangrado abundante que no corresponde al sangrado menstrual, ya que es fuera de este período, presentándose dos o tres veces al mes.
- c() Secreción vaginal transparente y excesiva comezón en la zona genital y la zona anal.
- d() No sé.

89.- Los síntomas de tricomoniasis se presentan:

- a() Inmediatamente después de tener el contacto infectante.
- b() Entre siete y veintiun días después de tener el contacto infectante.
- c() Entre cinco y diez días después de tener el contacto infectante.
- d() No sé.

90.- Dentro de las enfermedades de transmisión sexual, encontramos las ladillas, que son:

- a() Insectos que pueden infectar el vello del pubis.
- b() Hongos que pueden infectar el vello del pubis.
- c() Bacterias que puedan infectar el vello del pubis.
- d() No sé.

91.- Es una de las enfermedades de transmisión sexual que se puede transmitir por ropa de cama o toallas sucias:

- a () Monilia.
- b () Ladillas.
- c () Herpes.
- d () No sé.

92.- Cuando una persona padece de ladillas, presenta los siguientes síntomas:

- a () Tiene escozor, lo que provoca que se rasque.
- b () Tiene secreciones de color verdoso.
- c () Tiene hinchada la zona genital.
- d () No sé.

93.- En la enfermedad de transmisión sexual llamada chancro blando, los síntomas se presentan:

- a () De tres a siete días después del contacto infectante.
- b () De ocho a quince días después del contacto infectante.
- c () Inmediatamente después del contacto infectante.
- d () No sé.

94.- Enfermedad que se caracteriza por la aparición de uno o varios granitos en la zona genital, que al reblandecerse y reventarse forman llagas de bordes dentados y base húmeda que sanaran fácilmente y son extremadamente dolorosos.

- a () S.I.D.A.
- b () Chancro blando.
- c () Sífilis.
- d () No sé.

95.- Una persona que ha tenido contacto sexual con una persona infectada con linfogranuloma venéreo, presenta síntomas:

- a () Después de siete a doce días del contacto.
- b () Después de quince a treinta días del contacto.
- c () Inmediatamente después del contacto infectante.
- d () No sé.

96.- Cuando una persona presenta una vesícula aislada, en el pene o en la vulva, y los nódulos linfáticos de la ingle, al inflamarse, endurecerse y adquirir la consistencia de un taco de goma, la piel que lo recubre, aparece reluciente y de un tono azulado-rojizo, diciéndose que padece de:

- a () Chancro blando.
- b () Linfogranuloma venéreo.
- c () Gonorrea.
- d () No sé.

97.- Las llagas que tienen las personas que padecen esta enfermedad, se curan dejando cicatriz y los nódulos (pequeñas bolitas) desaparecen o revientan dejando salir por las grietas de la piel, una materia espesa y lechosa, llamada:

- a () Chancro blando.
- b () Linfogranuloma venéreo.
- c () Ladilla.
- d () No sé.

98.- La enfermedad sexualmente transmisible denominada granuloma inguinal, provoca los siguientes síntomas:

- a() Después del contacto infectante, aparecen unas pápulas de color rojo, que revientan y dan lugar a unas llagas irregulares.
- b() Después del contacto infectante aparecen manchas de color blanco al rededor de los genitales.
- c() Después del contacto infectante aparecen manchas rojas al rededor de lo genitales.
- d() No sé.

99.- La sífilis es provocada por:

- a() Una bacteria llamada treponema pallidum.
- b() Un parásito llamado treponema pallidum.
- c() Un hongo llamado treponema pallidum.
- d() No sé.

100.- Cuando una persona padece esta enfermedad, presenta un chancro que aparece en el lugar donde penetró un treponema:

- a() Sífilis.
- b() S.I.D.A.
- c() Sarna.
- d() No sé.

101.- Para que el uso del condón sea efectivo es necesario:

- a() Fijarse en la fecha de caducidad y que exista aire bajo presión en el interior.
- b() Fijarse en que la marca de condón sea conocida y que estén lubricados.
- c() Fijarse en que el tamaño sea adecuado y que no este vencida la fecha de caducidad.
- d() No sé.

102.- Cuando una mujer deja de tomar la píldora anticonceptiva por no tener ya contacto sexual, y decide seguir tomándolas nuevamente sin cuidado médico, puede provocar:

- a() Que se reduzca la efectividad del método anticonceptivo.
- b() Que libremente pueda automedicarse.
- c() Que aumente el apetito sexual.
- d() No sé.

103.- Para que el uso del óvulo sea efectivo como método anticonceptivo, es necesario:

- a() Que se use un óvulo en cada contacto sexual.
- b() Que el óvulo no se derrita rápidamente.
- c() Que se use un óvulo y que la mujer no se levante entre cada contacto sexual.
- d() No sé.

104.- Cuando se lleva a cabo la vasectomía y no se siguen las indicaciones post-operatorias esto provoca:

- a() Que se de el riesgo de que se atrofien los conductos deferentes.
- b() Que se de un embarazo no planeado.
- c() Que se de el riesgo de que se provoque la impotencia.
- d() No sé.

105.- La salpingoclasia puede ver reducida su efectividad si:

- a () No se evita el coito durante dos meses.
- b () No se realice bien la técnica.
- c () Si se hace cada dos años.
- d () No sé.

106.- La eficacia en el uso de la temperatura basal como método anticonceptivo, se ve disminuida a causa de:

- a () Pequeñas infecciones que aumentan su temperatura, confundiendo esta con el aumento de la temperatura provocada por la ovulación.
- b () Mucha actividad física realizada antes de que comience el periodo menstrual.
- c () Mucha actividad sexual antes de la menstruación.
- d () No sé.

107.- La efectividad en el uso del moco cervical o Billings como método anticonceptivo radica en que:

- a () La mujer conozca los cambios que se dan en su organismo a nivel cervical durante la ovulación.
- b () La mujer sea capaz de detectar en forma simple la diferencia de olores en las secreciones cervicales.
- c () El hombre conozca los cambios que se dan en su organismo a nivel cervical durante la espermatogénesis.
- d () No sé.

108.- El coito interrumpido puede tener poca eficacia:

- a () Porque el líquido pre-eyaculatorio algunas veces contiene espermatozoides.
- b () Porque la mujer con la que se tiene el coito es virgen.
- c () Porque la posición en la que se lleva a cabo el acto sexual no es el adecuado.
- d () No sé.

109.- La eficacia de las inyecciones anticonceptivas radica en:

- a () Que sean administradas exactamente el día primero del mes.
- b () Que sean prescritas por el médico.
- c () Que sean administradas después de terminado el ciclo menstrual.
- d () No sé.

110.- La efectividad de la jalea como método anticonceptivo es de:

- a () 70 %.
- b () 90 %.
- c () 80 %.
- d () No sé.

111.- Para que el uso de la espuma espermaticida sea efectivo:

- a () Se debe colocar la espuma en el fondo de la vagina.
- b () Se debe de embarrar perfectamente bien en los genitales externos.
- c () Se debe colocar un día antes de tener el coito.
- d () No sé.

112.- Las jaleas anticonceptivas son eficaces en la medida en que:

- a () Su administración sea en el lugar y tiempo indicado.
- b () Su administración sea inmediatamente después del coito.
- c () Su administración sea un día antes del contacto sexual.
- d () No sé.

113.- El uso de las cremas anticonceptivas tiene como objetivo:

- a () Imposibilitar al espermatozoide en cuanto a su movimiento.
- b () Posibilitar al espermatozoide un mayor tiempo de vida.
- c () Debilitar al espermatozoide para que no viva más de treinta segundos.
- d () No sé.

114.- La efectividad en el uso de la crema espermaticida radica en:

- a () Administrarla según la cantidad de coitos que se tengan.
- b () Administrar la cantidad indicada en el aplicador.
- c () Administrarla inmediatamente después del coito.
- d () No sé.

115.-El chancro blando es transmitido por:

- a () El treponema pallidum.
- b () El bacilo de Ducrey.
- c () El candida albicans.
- d () No sé.

116.-El granuloma inguinal es transmitido por:

- a () Una bacteria llamada Cuerpo de Donovan.
- b () Un virus de inmunodeficiencia adquirida.
- c () Un microbio llamado trichomonas vaginalis.
- d () No sé.

117.-En esta enfermedad el varón puede ser portador asintomático, es decir, transmite la enfermedad pero sin saber que la padece:

- a () Herpes genital.
- b () Tricomoniasis.
- c () Gonorrea.
- d () No sé.

118.-Algunos de los síntomas que presentan las personas que padecen del S.I.D.A., son:

- a () Rápida pérdida de peso, fiebre, diarrea.
- b () Rápida pérdida de peso, diarrea y ardor al orinar.
- c () Rápida pérdida de peso y cáncer.
- d () No sé.

119.-El SIDA puede ser transmitido durante el contacto sexual por:

- a () Semen.
- b () Semen y sangre.
- c () La orina.
- d () No sé.

120.-Esta enfermedad puede ser transmitida durante el parto por vía natural, de la madre al recién nacido:

- a() Clamidia.
- b() Ladilla.
- c() Linfogramuloma venereo.
- d() No sé.

121.-Esta enfermedad principalmente la padece el varón:

- a() Sífilis.
- b() Uretritis inespecífica.
- c() Herpes.
- d() No sé.

122.- La Uretritis inespecífica puede ser transmitida por personas que padecen:

- a() Clamidia, tricomonas, gonorrea y candida.
- b() Clamidia, tricomonas, candida y gardneralla.
- c() Clamidia, tricomonas y linfograruloma.
- d() No sé.

123.- Esta enfermedad principalmente la padece la mujer:

- a() Monilia.
- b() Ladilla.
- c() Herpes.
- d() No sé.

124.- Es una enfermedad de transmisión sexual provocada por una bacteria de la familia de la clamidia:

- a() Linfogramuloma venéreo.
- b() Gonorrea.
- c() Herpes.
- d() No sé.

125.- Es una enfermedad sexual rara que necesita de contactos repetidos con la(s) persona(s) infectadas para que se produzca el contagio:

- a() SIDA.
- b() Granuloma inginal.
- c() Linfogramuloma venereo.
- d() No sé.

126.- Se contagia por minúsculas coliflores que aparecen en la vulva, la vagina o el ano de la mujer, en el hombre aparecen en el prepucio o parte inferior del glande:

- a() Granuloma inginal.
- b() Herpes.
- c() Verrugas venereas.
- d() No sé.

127.- Enfermedad sexual que suele darse en los trópicos y es causada por un microorganismo:

- a() Chancro blando.
- b() Herpes.
- c() Verrugas venéreas.
- d() No sé.

128.- Enfermedad producida por la candida que puede penetrar en la vagina de la mujer a través del pene de su compañero previamente infectado o puede ocurrir lo contrario, el hombre comenzará a sentir escozor después del acto sexual:

- a() Tricomoniasis.
- b() Gonorrea.
- c() Monilia.
- d() No sé.

129.- Son síntomas que produce un hongo llamado candida albicans en la mujer, intenso escozor en vagina y vulva, acompañada de una secreción vaginal espesa, blanquecina e inodora a veces muy abundante. En los hombres la zona que produce escozor es el glande y el prepucio y en ocasiones aparece una secreción de la uretra, son propios de la enfermedad llamada:

- a() Monilia.
- b() Tricomoniasis.
- c() Gonorrea.
- d() No sé.

130.- La candidiasis puede ser producida por:

- a() Únicamente contacto sexual.
- b() Utilizar toallas contaminadas.
- c() Transmisión sexual y toallas contaminadas.
- d() No sé.

131.- Enfermedad que aparece al cabo de tres a siete días después de realizado el acto sexual con una persona infectada y que se manifiesta con uno o varios granitos en el pene del hombre o en la vulva de la mujer. Estos granos se desarrollan rápidamente; se revientan formando unas pequeñas llagas de bordes dentados y base húmeda, las llagas son blandas, sangran fácilmente y son en extremo dolorosas y producidas por una bacteria:

- a() Sífilis primaria.
- b() Chancro blando.
- c() Condiloma.
- d() No sé.

132.- Enfermedad producida por una bacteria llamada Donovanía Granulomatís:

- a() Linfogranuloma venereo.
- b() Granuloma inguinal.
- c() Chancro blando.
- d() No sé.

133.- El granuloma inguinal se puede contraer en:

- a() Baños públicos.
- b() Únicamente contacto sexual.
- c() Utilizar toallitas contaminadas.
- d() No sé.

134.- Enfermedad poco común, su contagio es por contactos sexuales repetidos con personas infectadas es causada por una bacteria llamada Donovina y se manifiesta al cabo de unos días, semanas o meses del contagio, aparecen pápulas (pequeñas bolitas) de color rojo, estas revientan y dan lugar a unas llagas irregulares que pueden propagarse:

- a() Chancro blando.
- b() Granuloma inguinal.
- c() SIDA.
- d() No sé.

135.- Enfermedad causada por un hongo oportunista localizado en la boca, faringe, intestino, piel, pliegues cutaneos, ano vagina y vulva:

- a() Candida o monilia.
- b() Herpes simple y chancro blando.
- c() Verrugas venéreas.
- d() No sé.

136.- La candidiasis o monilia es producida por:

- a() Un hongo oportunista.
- b() Un virus.
- c() Una bacteria.
- d() No sé.

137.- Enfermedad producida por un hongo llamado candida albicans, que no siempre produce síntomas:

- a() Tricomoniasis.
- b() Condiloma.
- c() Moniliasis.
- d() No sé.

138.- Enfermedad producida por un hongo oportunista, que se manifiesta con flujo abundante, blanquesino y grumoso, produciendo ardor y comezón vulvar:

- a() Candidiasis o moniliasis.
- b() Gonorrea.
- c() Tricomonas.
- d() No sé.

139.- La moniliasis es una de las enfermedades sexuales que presenta un agravante de sus síntomas ante:

- a() El embarazo y el uso de anticonceptivos hormonales.
- b() La diabetes y el tratamiento con corticoides.
- c() La presencia de cáncer.
- d() No sé.

APENDICE II

CUESTIONARIO

EDAD : _____

SEXO: _____

ESCOLARIDAD : _____

ESTADO CIVIL : _____

1.- a)	b)	c)	d)	51.- a)	b)	c)	d)	101.- a)	b)	c)	d)
2.- a)	b)	c)	d)	52.- a)	b)	c)	d)	102.- a)	b)	c)	d)
3.- a)	b)	c)	d)	53.- a)	b)	c)	d)	103.- a)	b)	c)	d)
4.- a)	b)	c)	d)	54.- a)	b)	c)	d)	104.- a)	b)	c)	d)
5.- a)	b)	c)	d)	55.- a)	b)	c)	d)	105.- a)	b)	c)	d)
6.- a)	b)	c)	d)	56.- a)	b)	c)	d)	106.- a)	b)	c)	d)
7.- a)	b)	c)	d)	57.- a)	b)	c)	d)	107.- a)	b)	c)	d)
8.- a)	b)	c)	d)	58.- a)	b)	c)	d)	108.- a)	b)	c)	d)
9.- a)	b)	c)	d)	59.- a)	b)	c)	d)	109.- a)	b)	c)	d)
10.- a)	b)	c)	d)	60.- a)	b)	c)	d)	110.- a)	b)	c)	d)
11.- a)	b)	c)	d)	61.- a)	b)	c)	d)	111.- a)	b)	c)	d)
12.- a)	b)	c)	d)	62.- a)	b)	c)	d)	112.- a)	b)	c)	d)
13.- a)	b)	c)	d)	63.- a)	b)	c)	d)	113.- a)	b)	c)	d)
14.- a)	b)	c)	d)	64.- a)	b)	c)	d)	114.- a)	b)	c)	d)
15.- a)	b)	c)	d)	65.- a)	b)	c)	d)	115.- a)	b)	c)	d)
16.- a)	b)	c)	d)	66.- a)	b)	c)	d)	116.- a)	b)	c)	d)
17.- a)	b)	c)	d)	67.- a)	b)	c)	d)	117.- a)	b)	c)	d)
18.- a)	b)	c)	d)	68.- a)	b)	c)	d)	118.- a)	b)	c)	d)
19.- a)	b)	c)	d)	69.- a)	b)	c)	d)	119.- a)	b)	c)	d)
20.- a)	b)	c)	d)	70.- a)	b)	c)	d)	120.- a)	b)	c)	d)
21.- a)	b)	c)	d)	71.- a)	b)	c)	d)	121.- a)	b)	c)	d)
22.- a)	b)	c)	d)	72.- a)	b)	c)	d)	122.- a)	b)	c)	d)
23.- a)	b)	c)	d)	73.- a)	b)	c)	d)	123.- a)	b)	c)	d)
24.- a)	b)	c)	d)	74.- a)	b)	c)	d)	124.- a)	b)	c)	d)
25.- a)	b)	c)	d)	75.- a)	b)	c)	d)	125.- a)	b)	c)	d)
26.- a)	b)	c)	d)	76.- a)	b)	c)	d)	126.- a)	b)	c)	d)
27.- a)	b)	c)	d)	77.- a)	b)	c)	d)	127.- a)	b)	c)	d)
28.- a)	b)	c)	d)	78.- a)	b)	c)	d)	128.- a)	b)	c)	d)
29.- a)	b)	c)	d)	79.- a)	b)	c)	d)	129.- a)	b)	c)	d)
30.- a)	b)	c)	d)	80.- a)	b)	c)	d)	130.- a)	b)	c)	d)
31.- a)	b)	c)	d)	81.- a)	b)	c)	d)	131.- a)	b)	c)	d)
32.- a)	b)	c)	d)	82.- a)	b)	c)	d)	132.- a)	b)	c)	d)
33.- a)	b)	c)	d)	83.- a)	b)	c)	d)	133.- a)	b)	c)	d)
34.- a)	b)	c)	d)	84.- a)	b)	c)	d)	134.- a)	b)	c)	d)
35.- a)	b)	c)	d)	85.- a)	b)	c)	d)	135.- a)	b)	c)	d)
36.- a)	b)	c)	d)	86.- a)	b)	c)	d)	136.- a)	b)	c)	d)
37.- a)	b)	c)	d)	87.- a)	b)	c)	d)	137.- a)	b)	c)	d)
38.- a)	b)	c)	d)	88.- a)	b)	c)	d)	138.- a)	b)	c)	d)
39.- a)	b)	c)	d)	89.- a)	b)	c)	d)	139.- a)	b)	c)	d)
40.- a)	b)	c)	d)	90.- a)	b)	c)	d)				
41.- a)	b)	c)	d)	91.- a)	b)	c)	d)				
42.- a)	b)	c)	d)	92.- a)	b)	c)	d)				
43.- a)	b)	c)	d)	93.- a)	b)	c)	d)				
44.- a)	b)	c)	d)	94.- a)	b)	c)	d)				
45.- a)	b)	c)	d)	95.- a)	b)	c)	d)				
46.- a)	b)	c)	d)	96.- a)	b)	c)	d)				
47.- a)	b)	c)	d)	97.- a)	b)	c)	d)				
48.- a)	b)	c)	d)	98.- a)	b)	c)	d)				
49.- a)	b)	c)	d)	99.- a)	b)	c)	d)				
50.- a)	b)	c)	d)	100.- a)	b)	c)	d)				

CUESTIONARIO

EDAD : _____ SEXO: _____
 ESCOLARIDAD : _____ ESTADO CIVIL : _____

1.- a)	b)	c)	d)	51.- a)	b)	c)	d)	101.- a)	b)	c)	d)
2.- a)	b)	c)	d)	52.- a)	b)	c)	d)	102.- a)	b)	c)	d)
3.- a)	b)	c)	d)	53.- a)	b)	c)	d)	103.- a)	b)	c)	d)
4.- a)	b)	c)	d)	54.- a)	b)	c)	d)	104.- a)	b)	c)	d)
5.- a)	b)	c)	d)	55.- a)	b)	c)	d)	105.- a)	b)	c)	d)
6.- a)	b)	c)	d)	56.- a)	b)	c)	d)	106.- a)	b)	c)	d)
7.- a)	b)	c)	d)	57.- a)	b)	c)	d)	107.- a)	b)	c)	d)
8.- a)	b)	c)	d)	58.- a)	b)	c)	d)	108.- a)	b)	c)	d)
9.- a)	b)	c)	d)	59.- a)	b)	c)	d)	109.- a)	b)	c)	d)
10.- a)	b)	c)	d)	60.- a)	b)	c)	d)	110.- a)	b)	c)	d)
11.- a)	b)	c)	d)	61.- a)	b)	c)	d)	111.- a)	b)	c)	d)
12.- a)	b)	c)	d)	62.- a)	b)	c)	d)	112.- a)	b)	c)	d)
13.- a)	b)	c)	d)	63.- a)	b)	c)	d)	113.- a)	b)	c)	d)
14.- a)	b)	c)	d)	64.- a)	b)	c)	d)	114.- a)	b)	c)	d)
15.- a)	b)	c)	d)	65.- a)	b)	c)	d)	115.- a)	b)	c)	d)
16.- a)	b)	c)	d)	66.- a)	b)	c)	d)	116.- a)	b)	c)	d)
17.- a)	b)	c)	d)	67.- a)	b)	c)	d)	117.- a)	b)	c)	d)
18.- a)	b)	c)	d)	68.- a)	b)	c)	d)	118.- a)	b)	c)	d)
19.- a)	b)	c)	d)	69.- a)	b)	c)	d)	119.- a)	b)	c)	d)
20.- a)	b)	c)	d)	70.- a)	b)	c)	d)	120.- a)	b)	c)	d)
21.- a)	b)	c)	d)	71.- a)	b)	c)	d)	121.- a)	b)	c)	d)
22.- a)	b)	c)	d)	72.- a)	b)	c)	d)	122.- a)	b)	c)	d)
23.- a)	b)	c)	d)	73.- a)	b)	c)	d)	123.- a)	b)	c)	d)
24.- a)	b)	c)	d)	74.- a)	b)	c)	d)	124.- a)	b)	c)	d)
25.- a)	b)	c)	d)	75.- a)	b)	c)	d)	125.- a)	b)	c)	d)
26.- a)	b)	c)	d)	76.- a)	b)	c)	d)	126.- a)	b)	c)	d)
27.- a)	b)	c)	d)	77.- a)	b)	c)	d)	127.- a)	b)	c)	d)
28.- a)	b)	c)	d)	78.- a)	b)	c)	d)	128.- a)	b)	c)	d)
29.- a)	b)	c)	d)	79.- a)	b)	c)	d)	129.- a)	b)	c)	d)
30.- a)	b)	c)	d)	80.- a)	b)	c)	d)	130.- a)	b)	c)	d)
31.- a)	b)	c)	d)	81.- a)	b)	c)	d)	131.- a)	b)	c)	d)
32.- a)	b)	c)	d)	82.- a)	b)	c)	d)	132.- a)	b)	c)	d)
33.- a)	b)	c)	d)	83.- a)	b)	c)	d)	133.- a)	b)	c)	d)
34.- a)	b)	c)	d)	84.- a)	b)	c)	d)	134.- a)	b)	c)	d)
35.- a)	b)	c)	d)	85.- a)	b)	c)	d)	135.- a)	b)	c)	d)
36.- a)	b)	c)	d)	86.- a)	b)	c)	d)	136.- a)	b)	c)	d)
37.- a)	b)	c)	d)	87.- a)	b)	c)	d)	137.- a)	b)	c)	d)
38.- a)	b)	c)	d)	88.- a)	b)	c)	d)	138.- a)	b)	c)	d)
39.- a)	b)	c)	d)	89.- a)	b)	c)	d)	139.- a)	b)	c)	d)
40.- a)	b)	c)	d)	90.- a)	b)	c)	d)				
41.- a)	b)	c)	d)	91.- a)	b)	c)	d)				
42.- a)	b)	c)	d)	92.- a)	b)	c)	d)				
43.- a)	b)	c)	d)	93.- a)	b)	c)	d)				
44.- a)	b)	c)	d)	94.- a)	b)	c)	d)				
45.- a)	b)	c)	d)	95.- a)	b)	c)	d)				
46.- a)	b)	c)	d)	96.- a)	b)	c)	d)				
47.- a)	b)	c)	d)	97.- a)	b)	c)	d)				
48.- a)	b)	c)	d)	98.- a)	b)	c)	d)				
49.- a)	b)	c)	d)	99.- a)	b)	c)	d)				
50.- a)	b)	c)	d)	100.- a)	b)	c)	d)				

BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A.; Knobel, M. (1982). "La Adolescencia Normal". Buenos Aires: Paidós.
- Alexander, F. y otros. (1963). "Neurosis, Sexualidad y Psicoanálisis de Hoy". Buenos Aires, Argentina, Ed. Paidós. Cap. 1. p.p. 9 - 28.
- Amáu, J. (1990). "Diseños Experimentales en Psicología y Educación". México. Ed. Trillas.
- Ausubel, D.P. y Pressey, S.L. (1965). "Familia y Sexualidad". Buenos Aires. Paidós, p.p. 199-124
- Camarillo, C. - Rodríguez, A. (1990). "Estudio Comparativo: Información Sexual, actividades hacia la Sexualidad y Conducta Sexual entre estudiantes de las carreras de medicina y psicología de la UNAM de la generación 1985-1989". México. Tesis UNAM.
- Carvajal de G. M.E.; Cruz V.; Cabal de P. M.L.; Climent C.; Rivera A. (1984). "De la Concepción a la Adolescencia". Colección de Comportamiento y Salud 1, Bogotá Colombia, Ed. Norma.
- Consejo Nacional de la Población. (1986). "Sociedad y Sexualidad". México. Vol. I.
- Consejo Nacional de la Población. (1986). "Familia y Sexualidad". México. Vol. II.
- Consejo Nacional de la Población. (1986). "Individuo y Sexualidad". México. Vol. III.
- Consejo Nacional de la Población. (1982). "La Educación de la Sexualidad Humana". México. Vol. IV.
- Cooley, D.G. (1974). "Gua Médica Familiar". Family Medical Guide. Vol 1. Barcelona, España. Ed. Acervo. p.p. 46-46,52-53,60-61,65-66.
- Corona, R. (1987). "Estudio Comparativo de Conocimientos y actitudes sobre Sexualidad Humana en dos grupos de alumnos de Primer ingreso de nivel medio superior en el D.F. y Oaxaca". Tesis UNAM.
- Derek, L. (1993). "Enfermedades de Transmisión Sexual". México. Ed. Grijalbo.
- Elia, D. (1984). "La Anticoncepción". Barcelona España. Ed. Argos Vergara. p.p. 10 -145.
- Harrison, T.R. (1989). "Principios de Medicina Interna". Vol.I. México, Interamericana, p.p. 710-717.
- Henry- Guy, R. (1979). "101 Respuestas a una Mujer Embarazada", México. Ed. Diana. p.p. 157 - 198.
- Hubbard C. (1986). "Como Orientar en Planificación Familiar". México. Ed. Pax. Caps. del 1 al 12. p.p. 19 - 134.
- Hurlock, E. (1980). "Psicología de la Adolescencia". México, Ed. Paidós. Cap. I

James, B., Wejr, P. (1993). "El Condón Femenino en la mujer y el V.I.H./SIDA" Un compendio Internacional de recursos. Reproductive Health Matters y Ahrtag (Appropriate Health Resources and Technologies Action Group), Londres.

Kaplan, H. (1988). "El Sentido del Sexo". México. Ed. Grijalbo. Cap. I

Katchadourian, H. y Lunde, D. (1988). "Las bases de la Sexualidad Humana". México. C.E.C.S.A. Cap. 6 p.p. 177-207, p.p.260-266.

Kerlinger, F. (1975). "Investigación del Comportamiento. Técnicas y Metodología". México. Ed. Interamericana.

Kilby, D. (1988). "Sexo Seguro, Educación Sexual, Anticoncepción y Enfermedades Venéreas". México, Ed. Interamericana. McGraw-Hill.

Kovacs, G., Westmore, A. (1989). "Guía Completa para la Anticoncepción", México, D.F., Ed. Grijalvo.

Kusnetzoff, J. C. (1988). "La Mujer Sexualmente Feliz". Buenos Aires Argentina. Ed. Javier Vergara Editor. Cap. 4. p.p. 64 -71. Cap. 13. p.p. 185 - 225.

Llewellyn-Jones, D.(1987). "Enfermedades de Transmisión Sexual como identificarlas y prevenirlas". Relaciones Humanas y Sexología. México, Ed. Grijalbo.

Marcelli, D. - Braconnier, A. (1986). "Manual de Psicopatología del Adolescente". México. Ed. Masson. Cap. 1. p.p. 7-36. Cap 2. p.p. 39-57. Cap. 7. p.p. 176-197.

Marie- Padioleau, F. (1991). "Queridos Adolescentes". México. Ed. Grijalbo. Cap. 1. p.p. 1 - 41. Cap. 5. p.p. 123-160. Cap. 6 p.p. 195 -202.

Masters, W.H.; Johnson, V.E.; Kolodny, R.C. (1987). "La Sexualidad Humana". Tomo I. México. Ed. Grijalbo. p.p. 174-232.

Masters, W.H.; Johnson, V.E.; Kolodny, R.C. (1987). "La Sexualidad Humana". Tomo II. México, Ed. Grijalbo. p.p. 258-259. 260-261.265,269.

Masters, W.H.; Johnson, V.E.; Kolodny, R.C. (1987). "La Sexualidad Humana". Tomo III. México, Ed. Grijalbo. p.p. 619-643.

Mc.Cary, J. (1983). "Sexualidad Humana". México. Manual Moderno. Cap. 15.

Mexfam (1967). "La Historia de los Anticoceptivos". Federación Internacional de Planificación de la familia. Escrito inédito. Archivo 200.2 2-f1.

Monroy de V., A. (1980). "La Educación y la Sexualidad Humana". México. Ed. Pax.

Papalia, D. y Olds, S. (1985). "El Desarrollo Humano". México. Ed. McGraw Hill. Cap. 10-11.

Pick de Weiss, S. (1980) "Un Estudio Social Psicológico de la Planificación Familiar". México. Ed. Siglo XXI Editores. Cap. 2. p.p. 27 - 43.

Populations Reports (1992). "Implantes e Inyectables". (Decisiones que encaran los programas de Norplant) Vol. XX (4), Serie K (4), Noviembre.

Prosuperación Familiar Neolonesa, A.C. (1987). "Guía Básica de Educación Sexual". México. Tomo II.

Ramos, C.; Salazar, E. (1987). "Guía Básica de Educación Sexual para el Maestro de Secundaria". Prosuperación Familiar, A.C. Monterrey N.L. México, Neolonesa

Rappoport, L. (1977). "La Personalidad y sus Etapas". Las Escuelas Psicológicas. Biblioteca Psicología de la Personalidad, Buenos Aires, Ed. Paidós. p.p. 116-126.

Ratel, J.; Richard J. y Saglier P. (1987). "Diccionario de la Salud Infantil". México, Ed. Grijalbo. p.p. 289-290.

Rattner, J. (1971). "Psicología y Psicopatología de la Vida Amorosa". México. Ed. Siglo XXI. Cap. 1. p.p. 5-31.

Rychlak, J.F. (1988). "Personalidad y Psicoterapia una aproximación a la Construcción Teórica". México: Ed. Trillas.

Sánchez-Ocaña, R. (1988). "Ante el SIDA. ¿Qué puedo hacer?". México. Ed. Planeta.

Segatore, L. y Poli G. (1963). "Diccionario Médico". BARCELONA, Ed. Teide, S.A.

Sepúlveda, A.J. y otros. (1989) "Sida Ciencia y Sociedad en México". México. Ed. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Fondo de Cultura Económica.

Shultz, E. y Williams, S. (1983). "Programación de Objetivos en la Educación". México. Ed. Pax. Cap. 1 Y 2. p.p. 3 - 15.

Sprott, W.J.H. (1968). "La sociedad y la Formación de la Personalidad del niño". Buenos Aires, Paidós p.p. 104 - 117.

Sterling, R. (1978) "Como evitar o Conseguir el Embarazo". México. Ed. Azor. Caps. del 1 al 7. p.p. 9 - 108.

Valabrégue, C. (1973) "La Educación Sexual en el Extranjero". Madrid España, Ed. Guadarrama.

Winaver, D. (1974). "Vida Sexual y Riesgo Venereo". Madrid, España. Ed. Ediciones Guadarrama. Cap. 1. p.p. 8-24. Cap. 3. p.p. 57-113. Cap. 4. p.p. 114 - 134.