

61
rej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA.

ADOLESCENCIA, EDUCACIÓN SEXUAL
Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, EN ALUMNOS DE LA
PREPARATORIA N° 07 "EZEQUEL A. CHÁVEZ", EN EL PERIODO
ENERO - FEBRERO 1997.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA.

P R E S E N T A U. N. A. M.
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

AGUSTÍN SALAZAR MEJÍA

AGO. 7 1997

COORDINACIÓN DE SERVICIOS
SOCIAL Y OPCIONES
TERMINALES DE TITULACION

ASESOR. LIC. JULIO HERNÁNDEZ FALCÓN.
MÉXICO, D.F.

JUNIO 1997.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco a Dios el haberme dado la vida y la oportunidad de culminar mi realización en Enfermería.

A mi tío Andrés Mejía Quezada, que adoptando el papel de padre para mí, ha sido un importante -- apoyo, y puedo afirmar con orgullo que a él debo el haber culminado mis estudios, ya que siempre ha -- creído en mí, dándome las facilidades para lograr -- la consecución de mis metas.

A Olga y Pablo, quienes a partir de su testimonio de vida han sabido transmitirme los valores de la -- familia, así como la importancia de creer en uno --- mismo para lograr la realización en la vida.
Agradezco su apoyo incondicional en todo momento.

Al Lic. Julio Hernández Falcón, cuya amistad, apoyo y asesoría fueron vitales para la elaboración la tesis.

A mis amigos:
PP. Alfonso Ibarri Ramírez,
Sr. Amado Trejo Gómez,
Psic. Carmen Hernández Guillén,
Sra. Cristina González Morales,
Ing. Naxiely Vargas Pérez,
C.P. Juan Sánchez Nava.

A todos ellos agradezco su invaluable amistad y apoyo recibido.

DEDICATORIAS :

**A mi familia, de manera especial
a Olga, Pablo, y mis sobrinos Daniel,
Leticia y Claudia.**

**A mis hermanos Ramsés, Daniel,
Oscar, Virginia y Epifanio, así
como a sus parejas e hijos.**

**A mis padrinos Adriana Ortega García
y Raúl Arellano Alcántara, y a sus hijos
Raúl y Adrián, a quienes agradezco
infinitamente el que sepan estar presentes
en los momentos más importantes de mi -
vida.**

Al C.P. Mario Alberto Canales González,
quien aún sin ser familiar directo, ha sabido -
estar cerca de cada integrante de la familia --
Salazar Mejía, siendo para cada uno de noso-
tros un hermano, compañero y amigo.
Además, el apoyo incondicional que me ha --
brindado representa una pieza clave para la -
elaboración de la tesis, así como de mi desa-
rrollo tanto personal como profesional.

**A todos los adolescentes que requieran de orientación y
asesoría de las palabras de un amigo, recordando que --
gracias a ellos y a sus inquietudes surgió la iniciativa de
realizar una tesis cuyo tema fuera : Sexualidad, Adoles-
cencia y Métodos Anticonceptivos.**

RESUMEN	3
I.- INTRODUCCIÓN	4
II.- JUSTIFICACIÓN	6
III.- OBJETIVOS	7
IV.- ANTECEDENTES	8
CAPÍTULO I.- <u>SEXUALIDAD</u>	9
CAPÍTULO II.- <u>SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA</u>	15
CAPÍTULO III.- <u>ANATOMÍA Y FISIOLÓGIA SEXUAL</u>	25
CAPÍTULO IV.- <u>SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN</u>	43
CAPÍTULO V.- <u>FACTORES DE RIESGO EN LA CONDUCTA SEXUAL DEL ADOLESCENTE</u>	62
- ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	62
- RIESGOS PSICOLÓGICOS DE LAS PRÁCTICAS SEXUALES	90
- RIESGOS SOCIALES DE LAS PRÁCTICAS SEXUALES	99
CAPÍTULO VI.- <u>SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA EN EL PLAN DE ESTUDIOS DE LA PREPARATORIA N° 7 "EZEQUIEL A. CHAVEZ" DE LA UNAM</u>	102

CAPÍTULO VII.- <u>EDUCACIÓN SEXUAL EN EL ÁMBITO DE ENFERMERÍA</u>	106
CAPITULO VIII.- <u>LINEAMIENTOS PARA UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</u>	110
V.- MATERIAL Y MÉTODOS	115
VI.- RESULTADOS	116
VII.- DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	119
VIII.- CONCLUSIONES	122
IX.- ANEXOS	125
ANEXO 1.- Cuadros y Gráficas	125
ANEXO 2.- Protocolo de Investigación	168
X.- BIBLIOGRAFÍA	193

RESUMEN

En un estudio de tipo descriptivo, transversal, prospectivo y no experimental se estudiaron un total de 313 alumnos de la Preparatoria No. 07 "Ezequiel A. Chavez" de la UNAM con la finalidad de conocer la información que estos poseen acerca de la educación sexual y los métodos anticonceptivos, ya que la adolescencia se caracteriza por ser una etapa en la que se experimentan importantes cambios biopsicosociales y culturales que finalmente se traducen en la formación de la identidad y la identificación con los demás individuos de la sociedad.

En el diseño de la muestra se emplearon tanto la fórmula infinita de cálculo de la misma, así como el factor de corrección finito, siendo el total del Universo de 4700 estudiantes, de los cuales la muestra quedó conformada por 313.

Asimismo, se consideraron las variables: *Adolescencia, Edad, Sexo, Estado Civil, Sexualidad, Asistencia a charlas y conocimientos adquiridos, Lugar de asistencia a charlas, Incitación al deseo sexual y respuesta al mismo, Masturbación, Calidad de la relación sexual, Frecuencia de la relación sexual y elemento participante, Número de compañeros sexuales, Iniciativa y prevención en la relación sexual, Conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos*; mismas que se consideraron en la elaboración del instrumento denominado "Encuesta acerca de la Sexualidad, Adolescencia y Métodos Anticonceptivos".

Después de organizar y clasificar los resultados mediante cuadros de concentración y gráficas se llegó a las siguientes conclusiones:
Se concluye que los adolescentes de la Preparatoria No. 07 se ubican en su mayoría entre los 15 y los 17 años, el 98% refieren haber recibido información en torno a Sexualidad y Métodos Anticonceptivos. Además, refieren haber recibido información sobre planificación familiar, embarazo, aborto, masturbación, anatomía y fisiología sexual, disfunciones y preferencias sexuales, entre otros temas. Ahora bien, manifiestan que la información no ha quedado entendida del todo y les han quedado dudas no aclaradas.

Por lo anterior se considera necesario el incluir Programas de Educación Sexual dirigidos al personal de Enfermería y a los docentes de Educación Media Superior con la finalidad de que de manera responsable orienten a los adolescentes y disminuyan las conductas sexuales de riesgo.

I.- INTRODUCCIÓN

En el ser humano ejerce gran influencia el entorno bio-psico-social, el medio ambiente, la familia la educación, la actitud hacia la vida, etc

La enfermería actual se está esforzando por rescatar los valores preventivos en el desarrollo de las enfermedades, sin restarle importancia a lo curativo. Se fomenta la importancia del autocuidado como medida de prevención. Además, se busca que los seres humanos tengan educación acerca de los factores de riesgo que pueden propiciar la aparición de enfermedades y que en la medida en que se encuentre bien consigo mismo y con los demás, sea responsable, y mantenga una actitud positiva hacia la vida, tendrá un nivel optimo de salud.

La Declaración de los Derechos Humanos promulgados en Ginebra en 1948 habla de que "Todo ser humano (sin importar edad, raza, religión, condición socioeconómica y otras características), tiene derecho a su integridad física, psicológica y social, o sea, a la salud y que la comunidad social tiene obligación de proveerle todos los elementos básicos que coadyuvan a ello".¹

Ahora bien, si los individuos no ejercen este derecho, se debe probablemente a que no cuentan con la información necesaria enfocada hacia el autocuidado, y sólo el conocimiento veraz y oportuno les brindará libertad de poder decidir entre las diversas opciones que se le vayan presentando en la vida.

La educación integral debe ser capaz de llevar al individuo a "ser y no tan solo a "hacer".

Es en el crecimiento y desarrollo del individuo en donde se va forjando la educación, y juegan un papel primordial los padres de familia, los maestros y los educadores en salud, además del entorno en que éste se desenvuelve.

La presente investigación pretende conocer la educación sexual y el uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes.

En la sociedad contemporánea, los adolescentes de la zona urbana tienen ante sí una situación crítica, debido a que pertenecen a una sociedad tecnológicamente avanzada, competitiva y despersonalizada; es palpable el hecho de que si no tienen bases sólidas, representan un blanco fácil, dada su manifiesta curiosidad.

* Uno de los aspectos en que basan su atención es en la sexualidad, por los cambios psicobiológicos que experimentan y se encuentran ante una disyuntiva para expresarla, ya que por una parte reciben el bombardeo de información sexual que les habla de las "maravillas del sexo", y de la urgencia por experimentar (esto se da a través de la pornografía, prostitución, canciones y bailes de contenido erótico y productos para reforzar la masculinidad o femineidad, con lo que serán atractivos sexualmente y podrán demostrar que son adultos).

¹ MONROY DE VELASCO, Anamely "Salud, sexualidad y adolescencia", p.21

Por otra parte, los padres, maestros y otros adultos encargados de su "buena educación", les hablan de lo malo, peligroso y perjudicial que es el sexo, les dicen que este es sucio, pecado y que deben alejarse de él hasta el momento del matrimonio. Existe también un fomento indiscriminado orientado al uso de métodos anticonceptivos, en donde no se le da la debida orientación al adolescente sobre las ventajas y desventajas de los mismos, ya que la información es mínima.

Si se toma en cuenta que el adolescente se encuentra en una etapa de rebelión a los adultos, lo más probable es que decidan utilizar su sexualidad como instrumento de reto hacia ellos, además de satisfacer sus curiosidades e impulsos naturales de la edad, sin tomar en cuenta los riesgos a los que se exponen (embarazos no deseados, enfermedades sexuales, etc.) pues no cuentan con la información necesaria para prevenirlos.

La expresión de la sexualidad por el adolescente debe reunir características que hagan el vivir de la sexualidad una práctica responsable, con ternura, amor, entrega y como parte de una relación interpersonal, además, que se de en un lugar adecuado y en el momento oportuno, cuando ambas personas estén seguras de lo que hacen.

Es urgente que las personas que provean información sobre salud sexual y reproductiva al adolescente y al joven estén preparadas en el campo de la sexualidad humana ya que generalmente se abordan aspectos íntimos y decisivos en la vida de los individuos.

Así, la presente investigación ha sido estructurada con los siguientes capítulos: Introducción; Justificación; Objetivos; Antecedentes; Material y Métodos; Resultados; Discusión y Análisis; Conclusiones y Bibliografía.

II.- JUSTIFICACIÓN.

A raíz de la experiencia directa del autor de la presente investigación con adolescentes y jóvenes de secundaria y preparatoria en charlas sobre educación sexual (embarazo en la adolescencia, prevención de enfermedades sexualmente transmisibles y el uso de métodos anticonceptivos) se ha puesto en evidencia que el adolescente no recibe la orientación necesaria por parte de sus padres, maestros y personal de salud, que se manifiesta por las dudas e inquietudes planteadas.

Asimismo, es palpable el hecho de que el adolescente se encuentra en una sociedad que lo orilla, a través de la publicidad, la pornografía, la prostitución, etc., a expresarse sexualmente, convirtiéndose éstos, desde el punto de vista preventivo, en individuos de alto riesgo (Embarazos no deseados, enfermedades sexualmente transmisibles, etc.). Se da también el fomento orientado al uso de métodos anticonceptivos, así como el fácil acceso a estos, sin orientar debidamente sobre las ventajas y desventajas de los mismos.

Es necesario orientarlos sobre la sexualidad responsable y como parte de una relación interpersonal, y ello se logra a través de la educación sobre salud sexual y reproductiva, en donde el Licenciado en Enfermería tiene ante sí un papel importante a desarrollar, dentro de un primer nivel de atención enfocada hacia la prevención.

La presente investigación va enfocada a conocer la información que el adolescente y el joven tienen acerca de la sexualidad y los métodos anticonceptivos.

Por último, es importante mencionar que la investigación se está elaborando de acuerdo a parámetros establecidos; sin embargo, es susceptible de modificaciones, las cuales se irán realizando en el desarrollo de la misma.

III- OBJETIVOS

OBJ. GENERAL

Conocer la información que posee el adolescente y el joven acerca de la educación sexual y los métodos anticonceptivos, en la Preparatoria No 07 "Ezequiel A. Chávez" de la UNAM.

OBJS. ESPECIFICOS

- Identificar las características generales de los adolescentes de la preparatoria No. 07.
- Reconocer el nivel de información en torno a la educación sexual que poseen los adolescentes de la Preparatoria No 07
- Detectar prácticas de riesgo en la expresión de la sexualidad, así como la frecuencia y el uso de métodos anticonceptivos.
- Establecer necesidades de educación sexual de la población adolescente, a fin de establecer alternativas de orientación y educación
- Integrar un marco de referencia para el establecimiento de programas de intervención de Enfermería.

IV.- ANTECEDENTES

El adolescente, al desarrollarse en nuestra sociedad urbana y contemporánea, que se torna despersonalizada y competitiva, se encuentra ante una situación crítica, en donde se genera una disyuntiva entre ser y hacer; busca manifestarse y demostrar a los demás que él existe y forma parte de la sociedad y experimenta en su organismo cambios biológicos y psicológicos a los cuales debe irse adaptando.

Uno de los aspectos más importantes es la sexualidad, en donde por una parte le dicen que lo sexual implica pecado, y que debe practicarlo hasta el matrimonio, y por otro lado, que viva las "maravillas del sexo", y esto se da a través de la comercialización. Cuando no existe orientación hacia la sexualidad que lleve al individuo a vivirla con responsabilidad, entrega, amor e interrelación, se generan conductas sexuales denominadas de alto riesgo, originando embarazos no deseados, aparición de enfermedades sexualmente transmisibles, así como rompimiento de las aspiraciones del adolescente.

Asimismo, cabe resaltar que en la sociedad comercializada en la que se está desarrollando el adolescente, se le induce a usar los métodos anticonceptivos, dándoles facilidades en su adquisición, pero se les da poca o nula información sobre el manejo de los mismos, lo cual representa un riesgo potencial para el adolescente.

¿Cuál es la información que posee el adolescente y el joven acerca de la educación sexual y los métodos anticonceptivos?

CAPÍTULO I

SEXUALIDAD

SEXUALIDAD

La sexualidad abarca todos los aspectos de la vida del individuo, estando conformada por las características biológicas, psicológicas y socioculturales que le permiten comprender al mundo y vivirlo a través de su ser como hombres y mujeres. Es un elemento básico de la femineidad o masculinidad, y forma parte de la personalidad, que se expresa a través del cuerpo.

Por ende, la manifestación de la misma debe ser integral. Por ello, la OMS describe SALUD SEXUAL como: "La integración del ser humano de lo somático, lo emocional, lo intelectual y lo social de la conducta sexual, para lograr un enriquecimiento positivo de la personalidad humana que facilite sus posibilidades de comunicación, de dar y recibir amor"².

DIFERENCIA ENTRE SEXO Y SEXUALIDAD.

SEXO: Características somáticas, funcionales y psíquicas que diferencian al hombre de la mujer.

SEXUALIDAD: Distinta personalidad del hombre y de la mujer, como consecuencia de la diferencia de sexo

Ahora bien, resulta complicado definir si un individuo tiene salud mental, ya que la conducta sexual está regulada por la sociedad, la cultura, la economía, la religión, etc., llegándose incluso a poderse modificar el sexo biológico

IDENTIDAD SEXUAL

La identidad sexual es la convicción personal que tiene el individuo sobre su pertenencia al sexo masculino o femenino. Influyen aspectos biológicos, culturales y ambientales, es decir, aunque la sexualidad no puede ser cambiada después de la concepción, la conciencia y la identificación del propio sexo puede ser influida desde el nacimiento. A este respecto, Novak habla de un período crítico en la identidad sexual: "Una sensación positiva respecto del sexo de uno entre los 18 meses y los tres años de edad. El lactante normal desarrolla el concepto de sí mismo a través de la exploración de su cuerpo. Ésto sucede hasta la exploración de los genitales como parte del progreso normal, conducta que continúa a menos que los padres la interrumpan".³

En ocasiones al hablar de sexualidad, los individuos se remontan a actividades puramente genitales (relación sexual), o a expresar su masculinidad o femineidad, restándole importancia a los demás aspectos que ya se han mencionado anteriormente, en donde la imagen que éste tenga sobre su sexualidad va a estar determinada por la orientación sexual que ha tenido a lo largo de la vida, así como del medio socioeconómico en que se desenvuelve.

Factores que influyen en la Identidad Sexual:

- a) Esteriotipos de Género: Hace referencia a las creencias, expectativas y atribuciones sobre cómo es y cómo se comporta cada sexo. Broverman y cols (EUA) en 1972, así como Lara y Figueroa (México, 1990), definen los estereotipos de género de la forma siguiente:

² MONROY DE VELASCO, Anamely. Op cit. p.21

³ Ibid. p.21

MASCULINO se refiere a los hombres y sus características son el pragmatismo y la competencia siendo, desde el punto de vista sexual, activos y con iniciativa (con mayor excitación sexual, más rápida y automática).

FEMENINO es sinónimo de mujer, caracterizado por la afectividad y la agresividad. Es sexualmente pasiva, es decir, su excitación es más lenta.

De hecho, afirman que ambos son extremos, y no hay intermedio, aunque los seres humanos presentan rasgos de ambos géneros, predominando uno sobre el otro.

Otra teoría que surge al respecto, es la del Individuo andrógino (Ben, 1974), quien refiere que los individuos se comportan de manera tanto masculina como femenina, dependiendo de la situación.

- b) Roles de Género Expresión de roles (masculino o femenino) de acuerdo a reglas establecidas. El esquema de género indica como se percibe o identifica el individuo con lo que se espera de él. Por ejemplo En la sociedad mexicana, es muy marcada la diferencia entre ambos sexos, acentuándose de manera significativa en los sectores populares (de nivel socioeconómico bajo), respecto a este tema, los investigadores contemporáneos que han estudiado nuestra cultura (Stevens, 1973, Ramirez, 1977, Elmendorf, 1977, entre otros), señalan en sus obras los aspectos encontrados en ambos sexos, refiriéndose al sexo masculino como machismo, y al femenino como marianismo.

Características del Machismo Culto a la virilidad manifestado por la agresividad e intransigencia entre hombres, así como arrogancia y agresión sexual hacia las mujeres. Suelen hacer demostración de la masculinidad a través de la potencia sexual y la capacidad para engendrar (someten a la mujer en todos los aspectos). Evitan el sufrimiento, y son débiles espiritualmente.

Características del Marianismo Síndrome de mujer sufrida. No evitan el sufrimiento, sino que luchan por no hacerlo evidente (abnegación), son más fuertes espiritualmente que los hombres. Ejercen poca o nula iniciativa en la relación sexual, sometidos con relativa facilidad a su pareja.

- c) Orientación Sexual El ser humano requiere de una educación sexual a lo largo de su vida, en donde el conocimiento que tenga sobre la sexualidad, así como la manera de llevarla a cabo, va a estar influida por aspectos socioculturales tales como:

- Estereotipos culturales - Acuerdo entre individuos de una sociedad para cooperar y funcionar armónicamente. Se establecen normas de comportamiento, planteándose expectativas sobre lo que se espera de los individuos que la conforman.
- Roles de Género.
- Influencia de padres, educadores, y compañeros.
- Influencia de medios masivos de comunicación.
 - a) Conocimiento científico
 - b) Pornografía.
- Influencia de la religión (valores sexuales) - Influyen en la medida en que el adolescente esté apegado a ellos.
- Influencia de otros factores - Educación, empleo, economía, política, personalidad, aspectos físicos y psicológicos, uso de fármacos o de alcohol, etc.

ETAPAS DE LA IDENTIDAD SEXUAL :

El ser humano atraviesa por diversas etapas en el desarrollo de la sexualidad, las cuales le van confiriendo identidad sexual.

1.- SEXUALIDAD INFANTIL.

Aún cuando la sexualidad no puede ser cambiada desde el nacimiento, la conciencia y la identificación del propio sexo puede ser influida desde el nacimiento. Hay autores que mencionan que incluso in útero comienza el proceso, afirmando que: "Se sabe que el feto percibe sensaciones y presenta conductas positivas y negativas, así que el proceso se inicia en el útero."⁴

Relacionando los dos argumentos anteriores, se aprecia que la sexualidad inicia desde el momento mismo de la concepción, y todos los aspectos que rodean al nuevo ser ejercen influencia, aún in útero. Además, el contacto entre los padres y el recién nacido inician la conciencia del yo y los demás.

Cuando el médico anuncia el sexo del recién nacido se inician las expectativas sobre los roles del pequeño en la sociedad, por ejemplo: Rosa.- Niña, Azul.- Niño. En esta etapa se establece una interdependencia con la madre (objeto bueno o malo) a través de la alimentación.

El niño se encuentra en un estado oral receptivo, y la sensación de placer la experimenta al mamar.

Al aparecer los primeros dientes, surge el segundo estado oral (agresivo), manifestado por la tendencia de morder todo lo que puede.

Entre los 18 meses y los tres años de edad, el niño desarrolla el concepto de sí mismo a través de la exploración de su cuerpo. La visión de uno mismo como varón o mujer ya está formada, determinada por el modo en que el niño es tratado y por los modelos del papel sexual. Además, el niño descubre su propio cuerpo, sus sensaciones y placeres por medio de la exploración y el ejercicio del juego sexual.

Surge el autoerotismo (gratificación en sí mismo), y por otro lado, siguen siendo los padres objetos de gratificación. Fisiológicamente, la aparición de dos procesos son determinantes en el desarrollo de la sexualidad:

- 1.- Control de esfínteres: Paso decisivo en el desarrollo del yo, en donde el control y la delineación de los límites corporales (orificios excretorios) establecen una separación del individuo y el mundo externo. La expulsión, y posteriormente la retención del excremento, le producen placer al niño. Otra sensación de placer es la expulsión y retención de la orina (estado uretral).
- 2.- Desarrollo de la motilidad: Al favorecerse la experiencia táctil, se desarrollan con mayor rapidez los sentidos. Además, se dan movimientos coordinados y dirigidos, con la experiencia del espacio y el alcance de objetos distantes.

Entre los tres y cuatro años el niño se interesa más por las diferencias sexuales. Preguntan con frecuencia sobre diferencias anatómicas y de dónde vienen los niños. Sienten curiosidad por conocer su cuerpo y compararlo con los demás. El interés del niño se centra por obtener placer en la manipulación de los genitales.

Entre los cinco y los nueve años de edad, sus preguntas son más detalladas respecto de dónde vienen los niños, y su conducta sexual incluye, además de la exploración genital, actividades masturbatorias con juguetes u otros objetos. Muestran prácticas de imitación de

⁴NOVAK. "Tratado de Ginecología", p.157.

actividades sociales que reflejan la conducta de los adultos. Cabe mencionar que para los niños la mayoría de estas actividades no poseen los elementos de excitación erótica y de carácter mental esenciales para la sexualidad en los adultos (el instinto sexual no aparece todavía).

Al final de esta etapa, aparece la orientación adecuada para que el individuo sea capaz de identificar sus sensaciones como sexuales, definiendo un objeto y una conducta sexuales adecuadas.

COMPLEJOS QUE INTERVIENEN EN LA SEXUALIDAD:

EDIPO y/o ELEKTRA - Afección especial del niño que desea a la madre y la niña al padre. Se despiertan sentimientos de celo y odio hacia el padre del mismo sexo. Cuando el niño o la niña se identifican con el padre del propio sexo, desaparece el complejo (Formación creativa).

CASTRACION - Relacionado con las diferencias anatómicas. La niña cree que su pene le fue amputado, el niño teme que le pase lo mismo. Se dan sentimientos de inferioridad, de culpa, así como de castigo. El complejo desaparece cuando comprenden las diferencias anatómicas de cada sexo.

2 - SEXUALIDAD PREPUBERAL

Durante dos años aproximadamente anteriores a la adolescencia (9 a 12 años aprox.), los niños comienzan a prestar más atención a los temas del romance y la sexualidad. Surge la preadolescencia, en donde los individuos buscan afinidad entre sus compañeros, específicamente con los del mismo sexo. Sus cuestionamientos giran en torno a qué piensan y sienten los demás respecto a los actos sexuales, además, se reafirman y se complacen en explorar nuevas sensaciones genitales consigo mismos y con los demás, en donde el hombre por lo general establece una orientación sexual hacia su propio sexo, y la mujer se inclina hacia el sexo opuesto.

Su interés se centra en todos los detalles de la anatomía y la fisiología, así como en los aspectos sociológicos del contacto sexual. Asimismo, hay aumento cuantitativo en los impulsos, resurgiendo la pregenitalidad y comenzándose a gestar la maduración sexual.

La gratificación instintiva se enfrenta a un yo reprobatorio, desarrolla conductas obsesivo-compulsivas y socialización de la culpa al aumentar sus angustias, ya que los conflictos edípicos de la infancia aún no se resuelven por completo, por ejemplo, el hombre teme a la castración con la madre, y la mujer envidia el pene.

Hay aumento significativo en la vivencia de fantasías, y Freud dice que la mujer se aleja de ellas más tempranamente. Por lo tanto, las mujeres maduran antes que los hombres, sexualmente hablando.

Al final de esta etapa comienzan a darse los caracteres sexuales secundarios, presentándose cambios hormonales, aparición de la menarca en las mujeres, y de la primera eyaculación en los hombres. En ambos aparece el vello corporal y genital. Todo ello genera en un principio confusión y angustia.

3 - ADOLESCENCIA :

Adolescencia es el periodo de la vida que comienza alrededor de los 13 años, ubicándose entre la niñez y la vida adulta. Es un periodo de cambios que ocurren en diferentes fases. Comienza en la pubertad, que son los cambios anatómicos-fisiológicos que se van dando gracias a la acción de las hormonas del lóbulo anterior de la hipófisis, las suprarrenales y la tiroides, que en conjunto estimulan el funcionamiento de las gónadas, cuyas hormonas influyen en el desarrollo de los caracteres sexuales, así como en el inicio del funcionamiento de las zonas erógenas, y del impulso sexual.

- a) Caracteres sexuales primarios : Identifican al sexo a primera vista, desde el nacimiento (órganos genitales)
- b) Caracteres sexuales secundarios : Consisten en el distinto desarrollo del organismo del hombre y de la mujer, que trae como consecuencia diferencias anatómicas y funcionales, se presentan a partir de la pubertad. Kinsey refiere la aparición de los caracteres sexuales secundarios de la siguiente manera: "En el hombre aparecen como primeros signos, sucesivamente desarrollo del vello púbico, primera eyaculación, cambio de voz, rápido aumento de estatura, unos años después hay un nuevo aumento de estatura que completa la talla definitiva. En la mujer, se presentan aparición del vello púbico, iniciación del desarrollo mamario, aparición de la primera menstruación, rápido aumento de estatura". Además, ocurre la maduración de los órganos sexuales. El adolescente recurre con frecuencia a la masturbación para satisfacer deseos sexuales.

En lo que corresponde a la esfera psicosocial, la adolescencia se caracteriza por la formación de la identidad, que viene a ser influida por factores familiares, culturales, religiosos y ambientales. Para lograr identificarse, precisa separarse de sus padres y crea una relación íntima con alguien más (sea o no sexual). Tiende a fantasear, a ser creativo, cambiante hacia el amor heterosexual, aumentan la depresión, la rebeldía, la arrogancia, el desafío a las reglas y el narcisismo.

La adolescencia se continúa hasta la edad adulta, y su final está determinado por una combinación de factores físicos, emocionales, cognoscitivos, culturales y jurídicos. Aun cuando la OMS clasifica a la adolescencia como el periodo comprendido entre los 10 y 19 años, esta puede extenderse hasta los 24, dependiendo de los factores antes mencionados.

NOTA: Para mayor información sobre adolescencia y sexualidad, consultar el Capítulo II

4 - EDAD ADULTA :

La vida adulta se caracteriza por la integración de los diversos factores biopsicosociales que rodean al individuo, en donde debe responder al lugar que se le está dando dentro de la sociedad, afrontando retos y perspectivas hacia el futuro que tiene el deber de asumir con responsabilidad y que en la adolescencia y niñez no tenía presentes, tales como, desarrollar una relación íntima con alguien en particular, ajustando sus necesidades sexuales a las de la otra persona sobre una base regular y continua, además, surgen cambios en las condiciones económicas, ocupacionales, sociales, cambian sus patrones sexuales, sobre todo con el embarazo y la paternidad.

¹ AZCÁRRAGA. "Sexología básica" p. 22-23.

CAPÍTULO II

SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA

SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA

La adolescencia comienza con la pubertad, aproximadamente a los 12 o 13 años, y se continúa hasta la edad adulta. Es un periodo comprendido, según la OMS, entre los 10 y 19 años, y dependiendo de factores socioculturales puede abarcar hasta los 24 años de edad, aproximadamente.

Pubertad es el período de la vida en donde el individuo desarrolla las características sexuales secundarias y adquiere competencia reproductiva. Esto se da gracias a la actividad funcional de las hormonas (reactivación funcional del eje hipotálamo-hipofisiario). Asimismo, se observa una notable aceleración del cuerpo lineal que culminará con la adquisición del fenotipo adulto.

- a) Caracteres sexuales primarios Identifican al sexo a primera vista, desde el nacimiento (Órganos genitales)
- B) Caracteres sexuales secundarios Permiten identificar al sexo sin necesidad de examinar los órganos genitales, y consisten en el distinto desarrollo del organismo del hombre y de la mujer, que trae como consecuencia diferencias anatómicas y funcionales.

BIOQUÍMICA DE LA SEXUALIDAD HUMANA :

La pubertad se inicia con la producción y secreción episódica y pulsátil de la hormona hipotálamica de las gonadotropinas hipofisiarias (GnRH). Esta hormona al llegar a la glándula hipófisis estimula la síntesis y secreción de las hormonas gonadotropinas (HL y HFE), las cuales a su vez ejercen efecto estimulador en testículo y ovario, y paulatinamente van aumentando las concentraciones de HL y HFE, adquiriéndose capacidad de responder, por medio de la hipófisis, al estímulo hipotálamico. Finalmente, se generan modificaciones en la cantidad de estímulo producido y secretado por la hipófisis, así como en la calidad de la señal estimuladora enviada hacia las gonadas. Los órganos genitales internos y externos inician una serie de modificaciones maduracionales para establecer la capacidad para fertilizar, a la par se presentan notables cambios físicos que dan como resultado la adquisición del fenotipo adulto.

La aparición de los caracteres sexuales secundarios se da por la acción de las hormonas del lóbulo anterior de la hipófisis, el hipotálamo, las suprarrenales y la tiroides, que estimulan el funcionamiento de las gónadas. Además, tiene una participación importante el sistema nervioso. El sistema endocrino y el nervioso son los dos reguladores que participan en la transmisión de mensajes y la integración de diversas funciones corporales, como se aprecia a continuación.

- Sistema nervioso: Actúa regulando la homeostasia mediante impulsos eléctricos transmitidos por neuronas. Envía mensajes a un conjunto específico de células blancas (de músculos a glándulas, u otras neuronas)
- Sistema endocrino: Afecta actividades corporales a través de mensajeros químicos (hormonas) en el torrente sanguíneo. Envía mensajes a células blancas de todo el cuerpo, iniciando cambios en los tejidos blancos que se encuentran lejos de las glándulas secretoras. Además, liberan sus secreciones (hormonas) en el espacio extracelular que rodea a las células secretoras, y no en conductos, de esta manera entra en capilares y se transporta por el torrente sanguíneo.

"Las glándulas endocrinas del cuerpo son: hipófisis, tiroidea (tiroides), paratiroides (paratiroides), suprarrenales, cuerpo pineal y timo. Además, hay tejido endocrino en diversos órganos, entre ellos páncreas, ovarios, testículos, riñones, estómago, intestino delgado y placenta". En el presente capítulo se abordan únicamente las que intervienen en la bioquímica de la sexualidad humana.

HIPOFISIS:

Es el centro funcional del sistema, y regula en gran parte el funcionamiento de las demás glándulas endocrinas. A través de un sistema de retroalimentación, algunas hormonas hipofisiarias son secretadas debido a las concentraciones sanguíneas de las hormonas de las glándulas endocrinas blanco, es decir, cuando baja la concentración hormonal en sangre se desencadena la reacción hipofisiaria. Además, las sustancias químicas que libera el hipotálamo (factores de liberación e inhibición) estimulan o inhiben la liberación de hormonas del lóbulo anterior de la hipófisis.

La hipófisis se divide en lóbulos anterior y posterior, ambos conectados por el hipotálamo.

- Lóbulo anterior (adenohipófisis): Constituye la porción glandular de la hipófisis, y está conectado por un sistema de vasos sanguíneos al hipotálamo.

Hormonas del lóbulo anterior:

- **Hormona del Crecimiento (GH)**: Estimula el crecimiento de células en todo el cuerpo, aumentando el ritmo de crecimiento en las células del esqueleto y músculos estriados (principalmente) y mantiene su tamaño una vez que se interrumpe el crecimiento corporal.

Regulación de la secreción de GH

Regulada por factores hipotalámicos: Factor de liberación de la hormona del crecimiento (GHRF), así como el factor de inhibición de la hormona del crecimiento (GHIF).

- **Hormona Foliculoestimulante (HFE)**: En la mujer, inicia el desarrollo de los ovarios (excita la maduración del folículo de Graaf y la producción de ovulos) e induce la secreción ovarica de estrógenos. En el hombre, estimula la producción de espermatozoides por parte de los testículos.

Regulación de la secreción de HFE

La hormona liberadora de la hormona luteinizante (HLH.L) se sintetiza en el hipotálamo y llega a la hipófisis anterior vía circulación portal en donde estimula liberación de HFE. Además, la inhibición es regulada mediante un sistema de retroalimentación negativa del

Factor de liberación de gonadotropina (GnRF), que en la mujer responde a las concentraciones de estrógenos y progesterona, mientras que en el hombre a la testosterona e inhibina; la concentración sérica de HFE se incrementa selectivamente en proporción de la pérdida de elementos germinales en el testículo. La inhibina se produce en los túbulos seminíferos.

- **Hormona Luteinizante (HL)**: En la mujer, estimula la liberación del óvulo (ovulación), y la preparación del útero para la implantación del óvulo fecundado, en estos procesos participan activamente los estrógenos. Asimismo, estimula la formación del cuerpo lúteo en los ovarios, que secreta progesterona y prepara a las glándulas mamarias para la

⁶ GOTWALD "Sexualidad", P. 76

secreción de leche En el hombre, interactúa con receptores de las células de Leydig incrementando la síntesis de testosterona, por parte de ellas

Regulación de la secreción de LH

Factor de liberación de Gonadotropina (GnRF) . Intervienen en la retroalimentación negativa estrógenos, progesterona y testosterona, inhibiendo la secreción

Prolactina ó Hormona Luteotrófica (LT) . Inicia y mantiene la secreción de leche por parte de las glándulas mamarias, junto con otras hormonas. Además, ayuda a prolongar la producción de estrógenos y de progesterona del cuerpo amarillo. La prolactina, para ejercer su acción en los tejidos mamarios, requiere de una preparación de estos a través de estrógenos, progesterona, corticosteroides, hormona del crecimiento, tiroxina e insulina

Regulación de la secreción de LT

Durante el ciclo menstrual . Factor de inhibición de la prolactina (PIF) que impide la liberación de dicha hormona por parte del lóbulo anterior de la hipófisis

Δ finales del ciclo menstrual . Al disminuir las concentraciones de estrógeno y progesterona, disminuye el factor de inhibición de la prolactina y aumenta la concentración sanguínea de esta hormona - Factor de liberación de prolactina (PRF)

Inicio del ciclo menstrual . Aumenta la concentración de estrógenos, secretándose el PIF, reduciéndose así la concentración de LT

Embarazo . Aumenta la concentración de LT

Parto y puerperio . Se mantienen elevadas las concentraciones de LT, máxime con el amamantamiento y la estimulación de las glándulas mamarias

Lóbulo posterior (Neurohipofisis) . Incluye los axones de neuronas cuyos cuerpos celulares se encuentran en el hipotálamo. Sus fibras nerviosas se proyectan desde el hipotálamo, formando el eje hipotálamico-hipofisiario. Los cuerpos celulares de las neuronas neurosecretoras producen dos hormonas: Oxitocina y Antidiurética

Oxitocina . Estimula la contracción de las células del músculo liso del útero grávido durante el parto y la contracción de las células contractiles de las glándulas mamarias para la expulsión de la leche

Regulación de la secreción de la oxitocina

Las células secretoras del hipotálamo secretan la oxitocina como respuesta a la dilatación del útero y la estimulación de los pezones

A continuación se mencionan las características principales de las hormonas producidas por las glándulas sexuales:

Prostaglandinas . Se producen en las vesículas seminales, aunque se encuentran en muchos tipos de células. Se cree que tienen acción principal en la erección, eyaculación y movimiento de los espermatozoides (estimulan músculo uterino y lo contraen). Hay datos que sugieren que las prostaglandinas femeninas funcionan durante la menstruación, ovulación, aborto espontáneo y parto

Esteroides . Conservan la suficiencia fisiológica de los órganos y conductos accesorios de la reproducción, estimulan y conservan los cambios corporales en la pubertad. Son, principalmente, estrógenos, progesterona y andrógenos (testosterona)

-Hormonas sexuales femeninas:

Estrógenos: Estimulan el crecimiento, desarrollo y conservación de los órganos genitales de la mujer, así como el desarrollo de las características sexuales secundarias femeninas.

Progesterona: Junto con los estrógenos prepara al endometrio para la implantación y a las glándulas mamarias para la secreción de leche

Relaxina: Relaja la síntesis del pubis y participa en la dilatación del cuello uterino, lo cual facilita el parto. Además, aumenta la motilidad de los espermatozoides

-Hormonas sexuales masculinas

Testosterona: Se sintetiza a partir del colesterol a acetilcoenzima A, en los testículos. Sus funciones regula el crecimiento, desarrollo y conservación de los órganos sexuales, y estimula el crecimiento óseo, anabolía de las proteínas y maduración de los espermatozoides, así como en el desarrollo de las características sexuales secundarias masculinas

Andrógenos (Testosterona, dihidrotestosterona, androsterona, progesterona y 17-hidroxiprogesterona)

Funciones -

- 1 - Formación del fenotipo masculino mediante la diferenciación sexual
- 2 - Promoción de la maduración sexual durante la pubertad
- 3 - Regulación de la secreción de gonadotropinas por el sistema hipotálamico-hipofisiario
- 4 - Iniciación y mantenimiento de la espermatogénesis¹⁷

Inhibina: Hormona proteica con efecto de supresión en el lóbulo anterior de la hipófisis sobre la HFE participando así en la regulación de la espermatogénesis. Es producida por las células de Sertoli.

¹⁷ ULLOA AGUIRRE, et al. "La pubertad". Antología de la Sexualidad Humana, Tomo II p.515.

CAMBIOS FÍSICO-ANATÓMICOS EN LA PUBERTAD :

Las gónadas se desarrollan en tamaño y en funciones endocrina y reproductiva especializadas; aumenta la producción total de hormonas sexuales y se adquiere la capacidad de gametogénesis, asociados a eventos hormonales.

Hay cambios en el desarrollo físico, aumento de estatura y peso, genéticamente controlados, que se resumen en cambios en tejidos y proporciones del cuerpo

Marshall y Tanner (1969, 1970) - Señalan como características iniciales

- Larón : "volumen testicular, rugosidad, coloración y elongación del escroto; longitud y grosor del pene, cantidad, distribución y características del vello pubiano
 - Mujer : Cambios en los diámetros de la papila mamaria, el pezón y la areola, en el contorno de la glándula y en la cantidad y distribución del vello pubiano"¹
- Kinsey, además de los anteriores, menciona los siguientes
- Larón : Primera eyaculación, cambio de voz, rápido aumento de estatura
 - Mujer : Menarca, rápido aumento de estatura

Ahora bien, en concordancia con varios autores, incluyendo los ya expuestos, se describen a continuación los principales cambios de la pubertad

Hombres:

- Crecimiento de genitales externos e internos (Crecimiento peneano, así como de vesículas seminales, próstata y glándulas bulbouretrales)
- Elongación escrotal y aumento de volumen testicular
- Secreción de andrógenos por los testículos = Cambios virilizantes
- Producción de testosterona, hormona sexual masculina que estimula el desarrollo de las características sexuales secundarias.
- Maduración de túbulos seminíferos por la acción de la hormona foliculo-estimulante (HFE), y de la testosterona sintetizada por las células de Leydig del intersticio testicular.
- Producción de espermatozoides (espermatogénesis)
- Aumenta la velocidad del crecimiento lineal, la maduración esquelética y el engrosamiento de piel y músculos, hay menor desarrollo de la grasa subcutánea con distribución típica (predominio del desarrollo escapular sobre el pelviano)
- Sistema locomotor muy energético
- Aparición del vello facial y axilar, así como crecimiento del vello corporal
- Aparición del vello pubico
- Engrosamiento de la voz (laringe bien desarrollada) Debido a que por acción androgénica aumentan las dimensiones de los componentes cartilaginosos y membranosos de las cuerdas vocales, además, hay crecimiento de la laringe, del cartilago cricotiroides y músculos laringeos.
- Deseo sexual presente.

¹ Ibid. P. 517

Mujeres:

- Crecimiento de genitales internos y externos
- Producción de hormonas ováricas (principalmente estrógenos y progesterona).
- Aparición de la ovulación.
- Aumenta la longitud de la vagina; hay cambios histológicos debido a los estrógenos.
- Aumenta el tamaño del útero, cambiando su conformación de tipo tubular a bulboso y su volumen se incrementa de 3 a 5 cms.
- Incremento endometrial y aparición de la menarquia.
- Inicia el desarrollo mamario (telarquia)
- Aparición del vello pubico, así como crecimiento del vello corporal
- Aumento de la velocidad de crecimiento lineal, así como la maduración esquelética y mayor desarrollo de la grasa subcutánea con distribución típica (predominio del desarrollo pelviano sobre el escapular)
- Mayor tendencia a aumentar de peso

CAMBIOS FUNCIONALES: Marañón señala que, además de cambios físico-anatómicos, se dan también cambios funcionales.

CLASIFICACIÓN DE CARÁCTERES SEXUALES SECUNDARIOS SEGÚN MARAÑÓN ? (CAMBIOS FUNCIONALES).

PRIMARIOS.

MUJER	HOMBRE
- Libido hacia el hombre .	- Libido hacia la mujer.
- Orgasmo lento y no necesario para la fecundación	- Orgasmo rápido
- Aptitud concepcional Menstruación, embarazo, parto y lactancia	- Aptitud fecundante Eyaculación necesaria para la fecundación.

SECUNDARIOS :

MUJER	HOMBRE
- Instinto maternal.	- Instinto de la actuación social.
- Cuidado de la prole.	- Defensa y auge del hogar.
- Mayor sensibilidad a los estímulos afectivos y menor disposición para la labor abstracta y creativa	- Menor sensibilidad a los estímulos afectivos y mayor disposición para la abstracción mental y la erección.
- Menor aptitud para la impulsión motora aguda.	- Mayor aptitud para la impulsión motor agudo.
- Voz de timbre aguda.	- Voz de timbre grave.

* AZCÁRRAGA. "Sexología Básica". P. 21. NOTA ACLARATORIA: Marañón en su clasificación divide los caracteres sexuales secundarios en anatómicos y funcionales. Cabe mencionar que los aspectos anatómicos que él señala quedaron englosados ya en los cambios físico-anatómicos del presente capítulo, por la cual únicamente, y dada su importancia, se describen los cambios funcionales.

ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es un periodo de cambios rápidos y notables, tanto de maduración física y cognoscitiva que se va desarrollando para pensar y actuar de manera lógica, conceptual y futurista; en el desarrollo psicosocial se aprecia una mejor comprensión del individuo mismo en relación con los demás. Es a partir de la adolescencia donde el individuo debe lograr, en el contexto sociocultural, la identidad, intimidad, integridad e independencia tanto física como psicológica.

Con el objeto de comprender los cambios psicosociales durante la adolescencia, es necesario hacer referencia a las fases que la componen

- Fase de Latencia : "Proporciona al niño los instrumentos en términos del desarrollo del yo, que le preparan para enfrentarse al incremento de los impulsos de la pubertad".¹¹¹ El niño es capaz de desviar la energía instintiva a las estructuras físicas diferenciadas y a diferentes actividades psicológicas.

Logros de la fase de latencia:

- La inteligencia debe desarrollarse diferenciando el proceso primario y secundario del pensamiento y a través del empleo del juicio, la generalización y la lógica
 - Estabilidad social, con sentimientos de altruismo y empatía
 - El yo debe ser capaz de defender su integridad con menos ayuda del mundo externo
- Preadolescencia:

Caracterizada por un aumento cuantitativo en los impulsos, lo cual lleva a un resurgimiento de la pregenitalidad. La gratificación instintiva se enfrenta a un yo reprobatorio, desarrollando mecanismos de defensa tales como la represión, la formación reactiva y el desplazamiento. Además, desarrolla conductas compulsivas y pensamientos obsesivos para aliviar su angustia; en el hombre es angustia por la castración con la madre fálica, en tanto que en la mujer se debe a conflictos no resueltos sobre la envidia del pene.

Conductas:

Hombre: Hostil con las mujeres, las ataca y trata de evitarlas. Son presumidos y burlones hacia ellas. No establece relaciones heterosexuales. Orientación genital hacia el propio sexo. Aumento de la motilidad, actitudes sádicas, lenguaje obsceno, rechazo por la limpieza, juegos fálicos exhibicionistas.

Mujer: Negación de su femineidad. Orientación genital hacia el sexo opuesto. Actuación masculinoide, hiperactiva, se aleja de la fantasía y la sexualidad infantil.

En ambos: Vida emocional más rica, cambio de impulsos; aparece la importancia de la genitalidad, el individuo es capaz de establecer jerarquías en sus funciones, lo cual es muestra de la aparición del carácter, dejando la conducta instintiva.

Conducta sexual:

Primeras exhibiciones de carácter erógeno, que pueden llevar al orgasmo en forma esporádica. Orgasmo sin eyeculación. Juegos sexuales: Exhibición y manipulación de genitales, contacto físico oral o anal con los genitales; masturbación, besos y caricias, coito con otros niños o incluso con animales.

¹¹¹ BLOS, Peter "Psicoanálisis de la Adolescencia", p. 83

Adolescencia temprana (10 a 14 años)

Pensamiento lógico, conceptual y futurista; con escala de valores o código de ética propio, en la búsqueda de sí mismo se muestra rebelde a la autoridad, y busca dejar la dependencia de la influencia paterna, estableciendo su autonomía y defendiendo su propia identidad. En este proceso adopta una redefinición de la imagen corporal abandonando su cuerpo infantil y adquiriendo un cuerpo adulto. Cabe hacer mención que este proceso no es fácil, e incluso se presentan duelos referentes a la pérdida de su condición infantil, generalmente el individuo es aislado, y ansioso, sobretodo en el ambiente familiar y social, lo cual lo lleva a refugiarse en el grupo, buscando pautas de identificación en personas del mismo sexo. Además, está preocupado por los cambios corporales externos.

Respecto a la conducta sexual:

Se establecen la erección y la lubricación, hay manipulación de genitales como parte de la actividad autoerótica para conocerse. Presenta incertidumbre sexual, manifestada por fantasías eróticas, así como amistad íntima con personas del mismo sexo y edad, enamoramiento platónico, inicia la atracción hacia el sexo opuesto, hay manifestaciones de voyeurismo y exhibicionismo e interés por artículos pornográficos.

Identidad sexual:

Autoerotismo y fantasías; sentimientos y conductas homosexuales, amor platónico. Esta fase finaliza al aparecer la heterosexualidad.

Adolescencia tardía (15 a 19 años)

Hay mayor definición de la identidad, con autonomía e independencia. Menores cambios emocionales, ambivalencia, egocentrismo y búsqueda de un código de comportamiento. Sus pensamientos son abstractos (hipotético-deductivos) e idealistas; con todo ello, presenta desubicación temporal (para él el tiempo sólo es presente y activo, y establece prioridades sobre lo que considera urgente). Continúa la rebeldía y conflictos generacionales, sumándose las crisis religiosas, lo que da como resultado contradicciones en la conducta, manifestadas por constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo (ansiedad, depresión, soledad, frustración, desaliento, aburrimiento, alegría, etc.). Desarrolla impulsos agresivos, aumento del hambre, niega hábitos de limpieza y se inclina más hacia la suciedad y el desorden.

Se da en esta etapa una experiencia exaltada del yo, manifestada de tres maneras, según Landaver (1935):

- Corporal: Esfuerzo, dolor y excesiva movilidad.
- Experimental: Abrumadora carga excesiva y su descarga explosiva.
- Autoobservador: Aguda percepción de la vida misma.

Conducta sexual:

Evoluciona sexualmente desde el autoerotismo hacia la heterosexualidad, oscilando entre la actividad masturbatoria y los comienzos del ejercicio genital.

- El hombre es capaz de responder a la excitación sexual más tempranamente que la mujer.
- La capacidad de responder a la excitación sexual, que aparece con la preadolescencia, aumenta con la edad, alcanzando su máximo entre los 20 y los 40 años.
- El hombre experimenta mayor urgencia sexual al llegar a la pubertad, mientras que en la mujer se instala más lentamente y con menor intensidad.

- Son capaces de experimentar multiorgasmos (hasta con intervalos de 10 segundos y durante 10 minutos).

Respecto a la masturbación, para el hombre sigue teniendo suma importancia el aspecto y roce de sus genitales (genitalidad); en cambio, para la mujer las sensaciones placenteras se extienden a toda su piel. Además, el hombre le da más importancia a la excitación física, en tanto que para la mujer es más importante la excitación psíquica (romanticismo, frases de amor, etc.).

NOTA:

En el establecimiento de la fase adolescente, tiene gran influencia el contexto sociocultural (familia, educación, comunidad, normas y valores sociales, medios de comunicación masiva, nivel socioeconómico, política, religión, nivel socioeconómico, etc.), es por ello que el inicio y término de esta, así como los cambios que se presentan, serán quizá similares, pero tendrán rasgos diferentes en cada individuo, y acordes a cada cultura a la que pertenecen.

CAPÍTULO III

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA SEXUAL

ANATOMÍA Y FISIOLÓGIA SEXUAL

El ser humano tiene como una de sus necesidades básicas la reproducción, siendo ésta una medida para la continuidad de la vida. "La reproducción consiste en la duplicación del material genético de las células, lo que posibilita el crecimiento y reparación del organismo, con lo que conserva la vida del individuo"¹¹. Además, al transmitir el material genético de una generación a otra, se permite la continuidad de la especie.

El mecanismo de la reproducción inicia desde las primeras semanas de gestación del hombre, siendo alrededor de la octava y la duodécima semana cuando es posible diferenciar las gónadas. Sin embargo, aun cuando desde un punto de vista anatómico están presentes, no es sino hasta la pubertad cuando las gónadas sexuales comienzan a ejercer efectos en el organismo.

A continuación se describen la anatomía y fisiología sexual masculina y femenina, así como la fisiología de la respuesta sexual humana.

ANATOMÍA REPRODUCTORA MASCULINA:

Los órganos del aparato genital masculino se dividen en internos y externos

a) Internos: Testículos, Conductos deferentes y eyaculadores, vesículas seminales, próstata y glándulas bulbouretrales

B) Externos: Pene, escroto

- Órganos genitales internos:

- **Testículos:** Par de glándulas ovales que miden de 3.5 a 6.5 cms. de longitud por 2 a 3 cms. De diámetro con un peso aproximado de 10 a 15 g. cada uno. Están cubiertos por una capa de tejido fibroso llamada túnica albugínea, que se extiende hacia adentro y divide cada testículo en compartimientos internos llamados lobulillos; hay alrededor de 200 a 300 lobulillos, y cada uno de éstos contiene uno a tres tubulos seminíferos, los cuales generan los espermatozoides. Entre los espermatozoides en desarrollo, se encuentran las células sustentaculares (Células de Sertoli), cuya importancia es brindar protección y sostén a los gametos en desarrollo, nutren a los espermatozoides, fagocitan células espermatogénicas en degeneración, regulan el movimiento de los espermatozoides y su liberación en la luz de los tubulos seminíferos; además, secretan la hormona inhibina y una proteína fijadora de andrógenos necesaria para producir espermatozoides y concentrar la testosterona en los tubulos seminíferos. Entre estos últimos se encuentran las células intersticiales de Leydig, que secretan la testosterona

Espermatogénesis: Es la formación de espermatozoides por meiosis en los testículos. Se da de la siguiente manera

La producción de células sexuales en las gónadas comienza en la pubertad bajo la influencia de las hormonas gonadotrópicas. La maduración del espermatozoide es estimulada por la testosterona, en donde las espermatogonias (células germinales masculinas primitivas) comienzan a evolucionar a espermatoцитos primarios, y por

¹¹ TÓRTORA "Principios de Anatomía y Fisiología" p. 916

división meiótica se convierten en espermatoцитos secundarios resultando inmediatamente la transformación final a espermatozoides, los cuales entran en la luz del tubo seminífero y emigran al epididimo, donde completan su maduración en un tiempo estimado entre 18 horas a 10 días, quedando listos para fecundar al óvulo. También el conducto deferente puede almacenar espermatozoides por varios meses.
La espermatogénesis continúa durante todo el periodo de actividad sexual del hombre.

Composición del semen: El semen humano contiene espermatozoides, que representan el 0.1% del volumen eyaculado, que normalmente es de 2 a 4 ml, además, contiene plasma seminal, compuesto por proteínas, carbohidratos, péptidos, ácido cítrico, ácido ascórbico, ácido láctico y prostaglandinas.

Proviene en un 60% de líquido de vesículas seminales, un 35% de líquido prostático y un 5% de líquido testicular y de moco de las glándulas bulbouretrales y uretrales.

Espermatozoides: Se forman y maduran con un ritmo aproximado de 300 millones por día, y una vez eyaculados, sobreviven en el aparato genital femenino unas 48 horas. Cada espermatozoide mide aproximadamente 55 - 65 micras de largo, y hay alrededor de 60 mil espermatozoides por milímetro cúbico de semen (20 - 60 millones en una eyaculación). Poseen un número haploide de cromosomas (n=23).

Se componen de cabeza, cuerpo y cola.

Cabeza: Contiene el material nuclear (cromosomas), así como el acrosoma, lisosoma especializado cuya función es facilitar la penetración del óvulo por el espermatozoide.

Cuerpo: Constituido por mitocondrias, las cuales aportan la energía necesaria para el desplazamiento.

Cola: Es un flagelo encargado de los movimientos del espermatozoide. Además, tiene filamentos que le dan impulso al nadar.

NOTA: Los espermatozoides recuperados del semen inmediatamente después de la eyaculación no tienen capacidad fértil, y para adquirirla tienen que pasar por un proceso de maduración llamado *capacitación*, que se lleva a cabo en las tubas uterinas.

- Conductos deferentes y eyaculadores.

- **Tubulos seminíferos:** Se forman a partir de la extensión de la túnica albugínea cuando ésta va hacia el interior en forma de tabiques (separaciones que crean cientos de lóbulos especializados). Los tubulos son masas alargadas de fibras en forma de cordón, que se enrollan para alojarse en cada lóbulo. Además, cada lóbulo contiene 30 a 40 cm de tubo en forma de "U", en donde sus extremos se entrelazan formando la Red de Haller; dicha red lleva a los conductos que penetran en el epididimo. En el tejido intersticial se encuentran las células de Leydig, cuya importancia es producir testosterona.

- **Epididimo:** Conducto de 5 cms de longitud, que se localiza en la parte lateral y posterior de cada testículo, y su cola se continúa en el conducto deferente. Su importancia es que aquí se efectúa la maduración, selección natural, alimentación y almacenamiento de los espermatozoides hasta la eyaculación.

- **Conducto deferente:** Es la continuación del epididimo. Conducto de 30 - 40 cms de longitud que se une a la uretra prostática, atravesando el conducto inguinal hacia la pelvis, donde

se encuentra con el conducto deferente del lado contrario, se unen después con las vesículas seminales y a los conductos eyaculadores que penetran en la próstata

- **Vesículas seminales** - Órgano par, de 4 - 5 cms. de longitud, situada entre el fondo de la vejiga urinaria y el intestino recto. Son ampliaciones del conducto deferente, formando parte de la vía espermática y sus funciones son coleccionar espermatozoides para que terminen su proceso de maduración, así como elaborar una secreción que entra en la composición del semen
 - **Conductos eyaculadores** - Se forman por la continuación del conducto deferente que se une con el conducto de la vesícula seminal. Son conductos de 15 - 20 mm. de longitud que pasan a través de la uretra prostática y desembocan en ambos lados de la misma. Su función es transportar a los espermatozoides a la región prostática de la uretra
 - **Próstata** - Órgano impar, glandular, localizado en la parte inferior de la vejiga, rodea la porción inicial de la uretra, mide 30 por 25 mm. y pesa de 20 a 25 g. Esta compuesta de tejido muscular y liso. El tejido glandular constituye los lobulillos de la próstata, cuyos conductos se abren en la porción prostática de la uretra, y su secreción entra en la composición del líquido espermático, confiriéndole su carácter alcalino. Asimismo, desempeña la función de esfínter uretral, ya que el tejido muscular, al contraerse, facilita el vaciamiento de los conductos (uretra y conductos eyaculadores)
 - **Glandulas bulbouretrales (De Cowper)** - Órgano par, se sitúa por debajo de la próstata, a ambos lados de la porción membranosa de la uretra. Su función específica es secretar una sustancia alcalina, que protege a los espermatozoides al neutralizar el medio ácido de la uretra. Sus conductos se abren en la porción en la porción esponjosa de la uretra
 - **Uretra** : Conducto que tiene una longitud de 16-18 cms. y que pasa a través de la próstata, del diafragma urogenital¹², y del cuerpo cavernoso del pene. Tiene tres porciones: **Porción prostática** - En ésta se abren los dos conductos eyaculadores, así como los de la glándula prostática, cuya secreción forma parte del conducto espermático. **Porción Membranosa** - Es la más estrecha (1 cm. aprox.) y se adhiere al diafragma urogenital. **Porción cavernosa** - La más larga (12-14 cms.), termina en el orificio externo de la uretra, en la cabeza del pene. La parte posterior de esta porción está ensanchada y se denomina zona bulbar de la uretra, siendo aquí donde se abren los dos conductos de las glándulas bulbouretrales (la secreción de ellas entra en composición del líquido espermático)
- La porción anterior, tiene un ensanchamiento cerca del orificio uretral exterior, llamado fosa navicular, el cual cumple una doble función: elimina la orina y evacúa el espermatozoide a través de dos esfínteres - uno involuntario, que sale de la vejiga urinaria, y el otro voluntario, que se encuentra en la porción membranosa de la uretra.

¹² El diafragma urogenital está constituido por dos capas de fascia y una de músculo. Cubre el arco púbico y se encuentra atravesado por la uretra

- Órganos genitales externos -

- **Pene:** Consta de tres masas cilíndricas de tejido erectil, caracterizadas por su red esponjosa de espacios o senos. Situado encima del escroto, delante de la sínfisis púbica, mide de 9 a 10 cm de longitud y de 18 a 20 mm de diámetro en estado flácido, en tanto que erecto mide 15 a 20 cm de longitud por 3 a 4 cm de diámetro. Dos de estas masas de tejido, denominados cuerpos cavernosos, formando un par, se encuentran por arriba del cuerpo esponjoso (tejido que contiene la úretra). El cuerpo esponjoso termina en un engrosamiento cónico, el glande, que está cubierto por un pliegue de piel, el prepucio. Es el órgano masculino de la copulación, y deposita el semen en la vagina. Al haber estimulación sexual, el tejido erectil se llena de sangre con rapidez aumentando el tamaño del pene y su consistencia. Cuando cesa la estimulación, la sangre es desalojada y regresa a su estado flácido.
- **Escroto:** Bola impar, situada debajo de la sínfisis del pubis, entre los muslos, delante del ano y suspendido por piel delgada, elástica y distensible, que presenta pliegues transversales cubiertos de pelos largos y rígidos. Contiene abundantes glándulas sudoríparas y sebáceas. El escroto es la estructura de soporte que contiene a los testículos, dividiéndose por un tabique de tejido conjuntivo para quedar formado por dos compartimientos (uno para cada testículo); protege a los testículos de la sensibilidad al tacto, al dolor y a la temperatura.

ANATOMÍA REPRODUCTORA FEMENINA.

Anatómicamente se dividen en órganos genitales internos y externos; estructuras anexas y glándulas accesorias

Internos: Ovarios, tubas uterinas, útero, vagina

Externos: Vulva, vestibulo, labios mayores, labios menores, clitoris, meato urinario.

Estructuras anexas Monte de venus; himen, horquilla vulvar, perine

Glándulas accesorias G Mamarias, G de Skene, G De Bartholin

Órganos genitales internos:

-Ovarios: Son dos órganos ovoides aplanados, que miden aproximadamente 4 cms. de largo, 2 cms. de ancho y 1cm. de grueso. Los ovarios se localizan en la porción lateral de la pelvis (fosa ovárica), y se relacionan con la parte distal de las tubas uterinas, mediante las fimbrias; además, se unen al útero a través del ligamento ovárico y se sostienen en su sitio gracias al mesovario (engrosamiento del ligamento ancho). La irrigación sanguínea se da a través de la arteria ovárica, rama de la arteria uterina.

Histológicamente, los ovarios presentan dos caras:

a) Medula o zona central - La sustancia medular consta de tejido conjuntivo, vasos y nervios

b) Corteza o zona externa - Sus principales funciones son la gametogenia y la producción de hormonas femeninas (estrogenos y progesterona)

La sustancia cortical contiene los folículos ováricos, cada uno de los cuales contiene una célula sexual femenina primaria, o sea, un óvulo inmaduro (ovogonio u oocito), así como una o varias capas de células foliculares. Los oocitos se producen en el ovario en las primeras fases de la formación embrionaria, y no se forman nuevos oocitos después del nacimiento.

Todos los oocitos se incorporan en folículos ováricos primarios, que consisten cada uno de ellos en un oocito y una capa única de células foliculares.

NOTA: El oocito permanece estacionado hasta que en la época periovulatoria surge la influencia de la HL; esto se da en la pubertad.

-Ovulación: Los folículos ováricos primarios se desarrollan a partir de la pubertad, en donde influyen de manera importante la hormona hipotalámica de las gonadotropinas hipofisarias (GnRH), que al secretarse y llegar a la hipófisis, estimula la síntesis y secreción de las hormonas gonadotropinas Hormona luteinizante (HL) y Hormona Foliculoestimulante (HFE). Acto seguido, se multiplican las células foliculares, el folículo aumenta de tamaño y en su interior se forma una cavidad llamada antro (contiene líquido), que al aumentar de tamaño empujan al oocito hacia la periferia del folículo.

El folículo maduro se llama folículo ovárico (vesicular o de De Graaf), y es una vesícula de 6 - 12 mm, que contiene en su pared estrato de tejido conjuntivo denso, capilares sanguíneos y epitelio folicular granuloso, este último tiene función celular endocrina,

segregando la hormona sexual femenina estradiol, asimismo, es la principal fuente de producción de estrógenos.

La cavidad del folículo maduro contiene líquido folicular, y en el llamado montículo oofórico, se encuentra la célula sexual femenina, rodeada por un estrato de células foliculares llamada corona radiada.

Al desarrollarse el folículo se desarrolla también la célula sexual femenina, mediante un proceso llamado ovogénesis, y que consiste en lo siguiente: El oocito se transforma en óvulo. En la ovogénesis tiene lugar la reducción cromosómica, en donde el número de cromosomas disminuye dos veces, de 46 a 23, cabe mencionar que el desarrollo de la ovogénesis transcurre en su mayor parte en los ovarios, y que únicamente el período de maduración termina después de salir el óvulo del ovario.

En el momento en que el folículo maduro y el óvulo llegan a un desarrollo completo, hay aumento de estrógenos, y se produce la ovulación (cada 28 días, aproximadamente), en donde el folículo maduro se dirige a la superficie del ovario. Acto seguido, hay adelgazamiento y rompimiento de la pared folicular, y de la túnica ovarica, permitiendo que el óvulo, con ayuda del líquido folicular, pase del ovario a la cavidad abdominal y penetre en la tuba uterina.

Después de la ovulación, el folículo se colapsa y en su interior se forma un coágulo (cuerpo hemorrágico), que va a ser absorbido por las células foliculares residuales, las cuales aumentan de tamaño, modifican sus características y forman el cuerpo lúteo.

El cuerpo lúteo secreta péptidos, andrógenos, estrógenos y principalmente progesterona.

En el proceso de ovulación las hormonas desarrollan un papel importante.

- Al haber crecimiento folicular por acción de la HFE, aumentan los niveles de estradiol, lo cual favorece un aumento de HIL, que a su vez reinicia el proceso de meiosis del oocito, el folículo comienza a producir progesterona y estrógenos, y a su vez se estimula la secreción de prostaglandinas y colagenasa que favorecen la ruptura del folículo y la liberación del óvulo.
- La ovulación ocurre a las 24 ó 48 horas después del aumento de HFE y HIL.
- El cuerpo lúteo declina al disminuir los niveles séricos de estrógenos y progesterona, y se mantiene si hay embarazo.
- El cuerpo lúteo prepara al útero para el embarazo y conserva la preparación durante los primeros tres meses.

Tubas uterinas: Son dos conductos de 10 a 12 cms. de longitud por 1 a 2 cms. de diámetro en su porción más externa. Constituyen una prolongación de los cuernos uterinos, y se dirigen lateralmente hacia afuera y adelante. En uno de sus extremos se unen al útero y en el otro a los ovarios.

Poseen una rica irrigación sanguínea, y son vía de paso para el óvulo expulsado por el ovario que es transportado al útero; además, presentan células con proteínas para alimentar al óvulo en su trayecto. El óvulo es impulsado a lo largo de la tuba por los cilios y las ondas peristálticas desencadenadas por estrógenos y prostaglandinas.

Las tubas están formadas por una capa serosa externa derivada del peritoneo (permite el deslizamiento con los órganos vecinos), una capa muscular intermedia de músculo liso, (que hace posible la motilidad peristáltica), y un estroma interno con epitelio vibrátil (favorece la supervivencia y capacitación espermatíca, la migración del óvulo fecundado, el mantenimiento del cigoto y el transporte de partículas)

Anatómicamente, tienen cuatro porciones, que de adentro hacia afuera son

- a) **Intersticial**: Mide 1 cm, es la parte más proximal al útero que hace contacto con la cavidad uterina
- b) **Ismica**: Mide de 2 a 3 cms, es rica en músculo liso y es la parte intermedia de grosor constante
- c) **Ampular**: De 5 a 8 cms, es la parte distal que se ensancha progresivamente, y se abre en una zona denominada pabellón. En este sitio se lleva a cabo la fertilización
- d) **Infundibulo**: Se encuentra alrededor de los ovarios, y a través de las fimbrias, se encargan de captar al óvulo cuando es liberado del folículo, lo impulsan hacia la trompa y evitan que sea absorbido en la cavidad abdominal

Fisiología de las tubas uterinas.

Transportan al oocito del infundibulo a la zona ampular y a los espermatozoides en dirección opuesta, de la porción intersticial al ampula, retienen al óvulo en el ampula en espera del arribo de espermatozoides, si ocurre la fertilización, permite el paso del huevo fecundado a la cavidad uterina, las secreciones tubáricas proveen el sustrato para la maduración final del óvulo, participan en la maduración de espermatozoides para la fecundación (capacitación) y proporcionan nutrientes al embrión después de la fertilización

Útero: Órgano muscular situado detrás de los huesos púbicos, en la parte profunda de la pelvis, entre la vejiga, el recto, los ureteres, la vagina y la pared abdominal

Perifórmico y en anteversión, mide de 7 a 8 cms de longitud por 5 a 6 cms de ancho en la parte fundica. Posee cierto grado de motilidad, dada por compresión de la vejiga y/o el recto al llenarse éstos. Su parte superior es el fondo, la parte media el cuerpo, y la inferior el cérvix.

El cérvix está dirigido hacia la vagina, y presenta dos orificios: el interno, que es la cavidad que se continúa del cuerpo al canal del cérvix, y el externo que se abre en la vagina.

Además, en la cavidad uterina se abren los orificios de las dos tubas uterinas.

Las paredes del útero están formadas por tres capas

Perimetrio (Externa o serosa): Es extensión del peritoneo parietal, y cubre todo el cuerpo uterino, excepto la parte anteroinferior que se relaciona con la vejiga. Aquí se originan refuerzos para los ligamentos de sosten del útero: Ligamentos redondos, uterosacros, cardinales o de Mackenrodt y anchos

Miometrio (Media o muscular): capa más gruesa y resistente (mide entre 12 - 15 mm de espesor), formada por fibras musculares lisas y largas dispuestas en capas entrelazadas mezcladas con tejido elástico y vasos sanguíneos en toda la pared uterina que se unen a la capa interna del endometrio

El miometrio tiene tres subcapas

- *Externa*: Se encuentra en el fondo. Sus fibras son necesarias para empujar al feto abajo en el nacimiento

- *Intermedia*: Con fibras que se entrelazan rodeando vasos sanguíneos. La contracción de esta parte produce hemostasia y controla la pérdida de sangre después del desprendimiento placentario

- *Interna*: Con fibras longitudinales concentradas sobretudo en el punto de unión de las tubas uterinas y alrededor del orificio interno del cérvix. Estos músculos evitan que la sangre menstrual ascienda hacia las tubas y soportan el contenido del útero durante el embarazo

Endometrio: Capa mucosa que consiste a su vez en dos capas principales y glándulas. Las capas son

A) *Estrato funcional*: Capa más cercana a la cavidad uterina que se desprende en la menstruación, ya que si el óvulo no ha sido fecundado, la mayor parte de la mucosa se desprende, produciendo rompimiento de los vasos sanguíneos y sobreviniendo la hemorragia uterina, que prolonga durante 3 a 5 días, después, la mucosa uterina se regenera, y el ciclo de las transformaciones se repite (cada 28 días, aproximadamente)

B) *Estrato basal*: Capa permanente que constituye el origen del nuevo estrato funcional subsecuente a la menstruación

Circulación uterina: El principal aporte sanguíneo procede de la aorta cuando se bifurca a nivel del ombligo en las dos arterias ilíacas. A su vez, las arterias ilíacas se dividen en las hipogástricas y por último en arterias uterinas.

Las arterias uterinas presentan ramas, que son las arterias arqueadas, en el miometrio y que emiten arterias radiales, las cuales antes de llegar al endometrio, se dividen en arteriolas rectas (ejercen acción en el estrato basal aportándole los materiales necesarios para la regeneración del estrato funcional) y arteriolas espirales (penetran en el estrato funcional y presentan cambios durante el ciclo menstrual)

Ligamentos uterinos:

- 1 - **Ligamentos anchos**: Constituidos por repliegues dobles del peritoneo parietal, que del útero pasan a las paredes laterales de la pelvis menor. Formados de tejido conjuntivo laxo. Recubren al útero y lo mantienen en posición. En su interior están sus pendedas las tubas uterinas, los ovarios, los vasos sanguíneos y los ligamentos redondo y ovárico
- 2 - **Ligamentos cardinales**: Es el principal soporte del útero, y constituye la base del ligamento ancho. Se extienden desde el cuello a las paredes pélvicas y envuelven al ureter y a los vasos uterinos
- 3 - **Ligamentos redondos**: Estructuras de músculo liso y tejido conjuntivo que se insertan en los cuernos uterinos y atraviesan el conducto inguinal, terminando en los labios mayores

insertándose a ambos lados del recto. Envuelven la pared del recto posterior al útero, formando el fondo de saco de Douglas detrás del cervix.

5 - *Ligamentos ováricos*: Unen los ovarios a los cuernos uterinos

Inervación:

"Las vías aferentes y parasimpáticas son transmitidas por los plexos hipogástrico y pélvico. En la parte inferior de la bifurcación aórtica se forma el nervio presacro, que es el nervio principal del útero, del cual deriva el ganglio de Frankenhauser o plexo uterovaginal. El ovario recibe fibras nerviosas de los plexos aórtico y renal. Las vías genitales inferiores están inervadas por el nervio pudendo, principal transmisor motor y sensitivo que proviene de las raíces sacras; sale de la pelvis por el agujero ciático y regresa por la fascia obturatriz. Otros nervios, como el abdominogenital menor, el genitocrural y el femorocutáneo, inervan parcialmente al periné y los órganos genitales externos"¹³

Endometrio y Ciclo Menstrual:

La menstruación constituye un proceso catabólico, gobernado por las hormonas hipofisarias y ováricas, que tiene como principales factores: Las fluctuaciones de las hormonas hipofisarias y ováricas, producen espasmo arterial intenso y contracción del músculo liso) y enzimas; las características del endometrio (cfr. Ciclo Menstrual), actividad del SNA; cambios vasculares (espasmo y vasodilatación); otros factores, tales como: Desnutrición metabólica, falta de descanso y tensiones emocionales.

El líquido menstrual contiene sangre (25 a 70ml), células endometriales y epiteliales vaginales descamadas, moco cervical y bacterias, así como prostaglandinas, enzimas y fibrinolisinasa del endometrio

En la pubertad ocurre la menarquia entre los 11 y 14 años de edad, aproximadamente; y en la edad adulta, la menopausia aproximadamente entre los 45 y 55 años de edad.

La menstruación tiene una duración promedio de 3 a 7 días, presentándose en ciclos que varían de entre 28 y 35 días

Fases del Ciclo Menstrual y su Relación con la Ovulación:

a) **Fase menstrual.**- Ocupa los primeros tres a cinco días del ciclo, y es el lapso en que ocurre el sangrado, causado por el desprendimiento del estrato funcional, vaciamiento de glándulas uterinas, y expulsión del líquido uterino.

La fase menstrual comienza a partir de la reducción súbita en las concentraciones de estrógeno y progesterona.

Relación con la ovulación:

Se inicia el desarrollo folicular, y al final de esta fase, hay aproximadamente 20 folículos secundarios, de los cuales sólo uno alcanza la madurez.

En el desarrollo folicular intervienen la GnRH y la HFE.

b) **Fase proliferativa:** Comienza al cesar la menstruación, y se extiende hacia la mitad del ciclo (Días 6 al 14). Caracterizada por la regeneración rápida del endometrio por

Se inicia el desarrollo folicular, y al final de esta fase, hay aproximadamente 20 folículos secundarios, de los cuales sólo uno alcanza la madurez.

En el desarrollo folicular intervienen la GnRH y la HFE.

b) Fase proliferativa: Comienza al cesar la menstruación, y se extiende hacia la mitad del ciclo (Días 6 al 14). Caracterizada por la regeneración rápida del endometrio por medio de división celular, en donde las células del estrato basal entran en mitosis y producen una nueva capa de estrato funcional y asimismo, se produce aumento de células endometriales. En esta fase comienza el proceso de renovación que prepara al útero para el embarazo, y el endometrio aumenta de grosor, de 0.5mm a 2-3mm.

Relación con la ovulación

La secreción de estrógenos aumenta, y uno de los folículos madura transformándose en folículo ovarico vesicular (folículo de De Graaf), el cual está listo para la ovulación. Asimismo, aumentan las secreciones de HL y HFE, y se producen en el folículo ovárico cantidades mínimas de progesterona.

c) Fase secretora: Comienza en el día 14 y termina en el día 26 ó 27. Esta fase inicia con la ovulación, y termina con la menstruación siguiente.

El crecimiento del endometrio continúa, debido al aumento de las células glandulares y el incremento de los vasos sanguíneos endometriales. En esta fase ya se distinguen las capas basal y funcional. Las células glandulares almacenan glucógeno y aumenta también el volumen del líquido tisular en el útero.

Relación con la ovulación

La progesterona prepara al endometrio para que reciba al óvulo fecundado.

Durante la ovulación, se inhiben la secreción de GnRH y HFE, por aumento de concentración estrogénica, lo que provoca a su vez aumento de la liberación de HL.

La HL estimula el desarrollo del cuerpo lúteo, y este secreta cantidades crecientes de estrógeno y progesterona. Pausadamente hay aumento de HFE y disminución de HL; cuando no se efectúan la implantación y fecundación, aumentan las concentraciones de estrógenos y progesterona provenientes del cuerpo lúteo.

d) Fase premenstrual: Dura 1 ó 2 días, y termina con la aparición externa del líquido menstrual. Ocurre un descenso importante en los niveles de estrógenos y progesterona, causando disminución de la irrigación sanguínea para grandes áreas del endometrio, esto a su vez produce destrucción tisular endometrial, rompimiento de capilares y salida de sangre, tejido y moco, originando un nuevo ciclo menstrual. Cabe hacer mención que en la fase premenstrual hay aumento considerable de prostaglandinas, las cuales producen espasmo arterial intenso y contracción del músculo liso.

Además, solo hay desprendimiento de la capa funcional del endometrio, mientras que la capa basal permanece como una reserva de tejido para la regeneración de la funcional.

Vagina : Tubo elástico distensible que mide entre 8 y 10 cm de longitud, extendiéndose desde el cuello uterino hasta el vestíbulo; en su abertura externa se encuentra el himen. Formada por tejido epitelial, conectivo y muscular. Se relaciona con la vejiga por su cara anterior, y con el recto por su cara posterior. Tiene arrugas transversales, constituidas por pliegues lisos doblados sobre sí mismos por membranas mucosas que contienen glándulas, y se inserta en el útero formando los fondos de saco (anterior, posterior y laterales), conocido como fornix vaginal, rodea al cuello y recoge el líquido seminal después del coito, manteniendo al espermatozoide cerca del cuello para una penetración más fácil.

Se sostiene en su sitio mediante los ligamentos cardinales y el músculo elevador del ano. **Fístula**: Es el órgano de la cópula, sirve de canal en el parto, y además, es el conducto excretor del útero (menstruación, secreciones, etc.), y protege a órganos internos contra infecciones, ya que posee un pH de entre 4.5 y 5, el cual constituye un medio inadecuado para el desarrollo de gérmenes.

Órganos genitales externos :

Vulva - Conjunto de órganos genitales externos de la mujer. Se caracteriza por mantener una humedad constante, debido a la acción de secreciones vaginales y las excreciones de las glándulas cutáneas.

Monte de Venus - Prominencia constituida por depósitos de tejido adiposo y cubierta de piel pigmentada, situada por delante de la sínfisis púbica. No es órgano, es región de referencia. Además, está cubierto de vello rígido y oscuro con una configuración típica (triángulo de base superior), que aparece en la pubertad .

Labios mayores - Parten del Monte de Venus en forma de repliegues redondeados, y se dirigen hacia abajo y hacia atrás para reunirse en la parte media del periné. Son dos formaciones prominentes constituidas por tejido celular, tejido conectivo y parte del ligamento redondo, flanquean a los labios menores. La superficie externa está recubierta por piel pigmentada resistente, glándulas sudoríparas y sebáceas, y vello.

Labios menores - Dos repliegues de piel, pequeños y delgados, sin vello, sumamente sensibles a la presión, tacto y temperatura. Situados entre los labios mayores y el introito, ocluyen el orificio vaginal, ya que se unen en sus partes posterior y anterior. En la parte anterior se unen para formar el origen del frenillo del clitoris, así como un pliegue de piel llamado prepucio, que cubre en parte al clitoris. Al lugar donde se unen los labios mayores con los menores en la parte posterior de la Vulva se le denomina Horquilla vulvar.

Con la mucosidad que producen, lubrican la vulva y la parte externa de la vagina.

Clitoris - Situado en la parte superior del introito vaginal, por encima del meato urinario, formado por un glande, un cuerpo y tejido eréctil.

El glande es pequeño y redondeado, con múltiples terminaciones nerviosas y aporte sanguíneo, en tanto que el cuerpo es un cordón que une al glande con el hueso púbico, y en su interior está el aporte principal de sangre al clitoris

Fisiología: Es órgano homólogo del pene, siendo el principal productor de las sensaciones placenteras durante el acto sexual.

Uretra - Conducto con una longitud de 3 a 3.5cm, en trazo casi recto, es más ancha que la uretra masculina. Esta cubierto en su interior por una túnica mucosa que contiene una gran cantidad de glándulas mucosas. Se inicia en el fondo de la vejiga urinaria por su orificio interno, pasa a través del diafragma urogenital, por delante de la vagina, y se abre en el vestíbulo vaginal por su orificio externo. Contiene dos esfínteres, uno interno y otro externo.

A través de la uretra se elimina la orina.

Meato urinario - Orificio en forma de hendidura por el cual desemboca la uretra hacia el exterior; situado detrás del clitoris. Recubierto de epitelio transicional.

Glándulas de Skene - Son dos, se encuentra una a cada lado de la parte posterolateral del meato urinario. Producen moco que lubrica al vestíbulo.

Himen - Membrana anular que cubre parcial y/o totalmente la entrada de la vagina. Formada por dos capas de tejido fibroso.

Se rompe al contacto sexual y sus restos se designan con el nombre de carúnculas mirtiformes.

Periné - Región comprendida entre la horquilla vulvar y el ano, situada entre la sínfisis púbica y el cóccix.

Básicamente constituida por una capa de tejido adiposo bajo la piel del periné, así como por los músculos transversos del periné, el bulbocavernoso y las fascias que constituyen el fondo de la pelvis.

Formada por dos porciones:

Diafragma pelviano: Se compone de los músculos elevadores del ano y los músculos coccígeos, y recubierto de fascias por arriba y por delante.

A través del diafragma pelviano pasa la porción terminal del recto, terminando aquí en el orificio del ano.

Diafragma urogenital: Forma la porción anterior del fondo de la pelvis, situada entre los huesos púbicos, constituido por el músculo transverso profundo del periné, y cubierto de fascia por ambos lados.

En el hombre, es atravesado por la uretra, y en la mujer, por la uretra y la vagina. Rodeando al diafragma urogenital se encuentra un músculo que forma el esfínter externo de la uretra.

A través del diafragma pelviano pasa la porción terminal del recto, terminando aquí en el orificio del ano

Diafragma urogenital : Forma la porción anterior del fondo de la pelvis, situada entre los huesos pubianos, constituido por el músculo transverso profundo del periné, y cubierto de fascia por ambos lados

En el hombre, es atravesado por la uretra, y en la mujer, por la uretra y la vagina. Rodeando al diafragma urogenital se encuentra un músculo que forma el esfínter externo de la uretra

Glandulas Mamarias - Se empiezan a desarrollar durante la sexta semana de vida fetal, aunque permanecen sin evolucionar hasta la pubertad, en donde tiene lugar su crecimiento influido por la presencia de hormonas circulantes, y terminan su desarrollo durante el embarazo, al prepararse para la lactancia

Son glandulas exocrinas tubulo alveolares con conductos excretores, nervios, vasos sanguíneos y linfáticos. Se sitúan a ambos lados de la pared torácica, entre los músculos pectoral mayor y serrato anterior, a los cuales están unidas por una capa de tejido conjuntivo y recubiertas de tejido adiposo que les da su forma

En la mujer adulta, se extienden desde la segunda a la sexta o séptima costillas, y están situadas entre el esternón y el borde axilar

En cada mama existen 15 a 20 lóbulos que contienen alvéolos en racimos los cuales están cubiertos por capilares para absorber nutrientes de la sangre para la producción de leche. Las partes más pequeñas de los alvéolos son los acinos, los cuales están revestidos por células epiteliales que secretan calostro y leche y por una capa muscular que se contrae para expulsar la leche. Los conductos que salen de los alvéolos, forman conductos galactóforos, que sirven como reservorios lácteos (senos galactofóricos).

El pezón, de piel pigmentada, posee tejido conjuntivo y fibras de músculo liso. Es sensible a la temperatura y a los estímulos táctiles, respondiendo en forma eréctil

La areola del pezón está recubierta por piel hiperpigmentada, conteniendo numerosas y diminutas glándulas sebáceas (tubérculos de Montgomery) que segregan sustancias necesarias para lubricar y proteger al pezón, en la areola se sitúan las fibras musculares que dan origen a la erección del pezón

Los vasos linfáticos mamarios drenan la grasa durante la lactancia

RESPUESTA SEXUAL HUMANA.

El ser humano, al desenvolverse dentro de la sociedad, tiene necesidades y busca satisfacerlas. Así, es palpable el hecho de que sus necesidades básicas son Comer, dormir, miccionar, evacuar, respirar, etc. Además, otras necesidades son las relacionadas con la adquisición de la identidad, relacionarse con los demás y desarrollarse en el medio social, tanto en un nivel biológico (nacer, crecer, desarrollarse, reproducirse y morir), psicológico (asumir roles de género e identidad, desarrollo profesional, etc.) y en lo social (ser parte integral de una familia, cumplir roles sociales, practicar una religión, entre otros factores)

La sexualidad, ¿Es una necesidad básica del ser humano? Por supuesto, ya que ejerce un papel vital en el desarrollo de la esfera biopsicosocial del individuo

Generalmente ocurre que al solicitarle a un individuo que de una definición de su propia sexualidad, suele remontarse únicamente a los aspectos genitales. Al pensar de esta manera se les resta importancia a la influencia que ejercen en la sexualidad el cerebro, las hormonas, los órganos genitales y los no genitales, que a continuación se describen

Cerebro .- Kaplan en 1979, explica su importancia dentro de la sexualidad, resaltando los siguientes puntos:

En el cerebro existe un sistema límbico, con núcleos importantes en el hipotálamo y la región preóptica, que se desencadena a partir de la acción de la endorfina, sustancia cerebral cuya acción es excitar el sistema sexual. Además, el sistema sexual tiene conexiones con otros centros cerebrales (centros del placer y el dolor, centros de la memoria y el olfato, centros medulares de la erección y la eyaculación)

El sistema sexual se activa a partir de la aparición de la libido, que en la pubertad adquiere carácter específico como una fuerza que impulsa a buscar la compañía y la admiración del sexo opuesto, e incluso del mismo sexo, que producen el deseo y el impulso sexual.

El deseo es la necesidad que se siente de satisfacer el impulso sexual por medio de experiencias sexuales, mientras que *el impulso sexual* consiste en la demanda para satisfacer el apetito sexual, y que lleva al individuo a buscar la proximidad y el trato con otros individuos, ya sea del mismo sexo o del opuesto, según la preferencia sexual. Esto trae como consecuencia una hiperactividad psíquica, afectiva y sensorial que por un lado conducen a la satisfacción del apetito sexual, y por el otro, sublima la actividad del pensamiento humano, dando origen al amor

Hormonas y órganos genitales - Cfr los temas Bioquímica de la Sexualidad Humana (Cap. II), y Anatomía y Fisiología Sexual (Cap. III)

Zonas erógenas (órganos no genitales) - Además de los órganos genitales ya descritos, juegan un papel fundamental en la sexualidad humana las zonas erógenas, que desde la pubertad se inicia su funcionamiento, y dan origen a la sensualidad.

Son regiones de la piel y/o las mucosas eróticas que despiertan o aumentan la excitación sexual, siendo las mismas en ambos sexos con las diferencias morfológicas impuestas por la anatomía propia de cada uno

"Las zonas erógenas son

- 1 - Los órganos genitales, principalmente el clitoris en la mujer y el glande en el hombre.
- 2 - La boca (mucosa labial, lengua)
- 3 - Periferia de orificios naturales (vulva, ano, boca, conductos auditivos externos, orificios nasales)
- 4 - Los pezones en ambos sexos, y las mamas en la mujer
- 5 - Las caras laterales del cuello y del tronco
- 6 - Las caras internas de los muslos"¹¹

Se puede apreciar entonces que la sexualidad es la expresión de todo el cuerpo, en donde el cerebro es el órgano sexual más importante, manteniendo estrecha comunicación con las hormonas, y los órganos (genitales y no genitales), por lo cual es imposible la actuación de cualquiera de estos de manera aislada.

El individuo aprende sobre su propia sexualidad a lo largo de toda su vida, iniciando en la infancia, donde comienza a conocer su cuerpo a través de la observación y la manipulación de sus órganos (sobre todo los sexuales), pero su conocimiento carece de libido. Es en la pubertad en donde, debido a los cambios biopsicosociales, aparecen el libido y el impulso sexual; ahora la manipulación de los genitales adquiere sentido de gratificación autoerótica, dando origen a la masturbación, la cual Peter Blos define como "regulador de tensión y portador de fantasías que acompañan en su contenido y patrón cambiantes las varias fases del desarrollo adolescente"¹². Así, la masturbación estabiliza representaciones del objeto y del ser, facilitando así la aproximación a la genitalidad.

En la sociedad mexicana hay controversias acerca de los efectos de la masturbación en el individuo, y las opiniones fluctúan entre que es beneficiosa porque estimula el conocimiento del individuo sobre su cuerpo, siendo a la vez un desahogo a los diferentes cambios que éste experimenta, y por otro lado, hay quienes afirman que es "pecaminosa" y dañina para quienes la practican.

Para el hombre sigue teniendo suma importancia en la masturbación el aspecto y el roce de sus genitales (genitalidad); en cambio, para la mujer las sensaciones placenteras se extienden a toda su piel.

¿En que momento la masturbación posee efectos dañinos para el ser humano? Cuando consolida regresivamente fijaciones infantiles (manifestadas por depresión, inferioridad y sentimientos de culpa), en el momento en que proporciona satisfacción completa, es decir, un individuo que al expresar de manera completa su sexualidad, no necesita de una relación sexual con los demás, sino para él es suficiente la satisfacción autoerótica; en otros casos, la masturbación puede llegar a provocar síntomas neurasténicos, tales como: cefalea, molestias gastrointestinales, fatiga, etc.; y por último, como ya se explicó con anterioridad, la masturbación generalmente se

¹¹ AZCÁRRAGA, "Op. cit.", p. 25 - 26.

¹² BLOS, Peter Op. cit., p. 234

acompaña de fantasías, pudiendo llegar a ser patológica cuando esto no sucede, y simplemente se realiza como un hábito sin fundamento

La sexualidad final de cada individuo dependerá de factores congénitos, glandulares, ambientales, culturales, familiares, psicológicos, educacionales, socioeconómicos, etc. que se dan en torno al individuo

La expresión de la sexualidad es la relación sexual, Masters y Johnson (1966), definen la fisiología de la sexualidad en su libro *La Respuesta Sexual Humana*. Mencionan que las relaciones sexuales, fisiológicamente hablando, se dan en cuatro fases, las cuales son

1.- Fase de Excitación : Resulta de un estímulo físico o mental y se caracteriza por una vasodilatación general que es más notable en órganos pelvicos y sobretudo en genitales

Respuestas fisiológicas

a) Hombres: Dirección del pene y elevación del escroto con aumento de tensión en la piel de este, engrosamiento de los cordones espermáticos que acercan así los testículos al perineo, abundante secreción glandular a través del meato urinario.

b) Mujeres: Humedad vaginal debido a reacción sudorípara de las paredes vaginales y vasodilatación de plexos venosos vaginales, así como a lubricación por secreciones abundantes; aumento de longitud vaginal, y de su coloración, por congestión sanguínea los labios mayores se apartan del orificio vaginal, mientras que los labios menores se engrosan y oscurecen, las glándulas de Bartholin secretan moco, modificando el pH vaginal, aumento del tamaño de la glándula mamaria, erección del pezón e hinchazón de la areola; erección del clitoris

C) Ambos:

- Aumento de la tensión de los músculos voluntarios (los músculos de las piernas, brazos, abdomen, cuello o cara se contraen espasmódicamente)

- Eritema consecutivo (epigastrio, pecho y cara) Aumenta más en las sig. Fases.

- Aumento de Tensión Arterial, Taquicardia (100 a 175 x') y Taquipnea (40x')

- Congestión y erección del pezón

2.- Fase de Excitación Sostenida : "La tensión sexual llega a este nivel si continúa la estimulación y su duración depende de la intensidad del estímulo, de la forma personal de conseguir la culminación, el grado de experiencia sexual y de la presencia o ausencia de factores intrínsecos como miedo, cansancio o alcohol"

Respuestas fisiológicas:

a) Hombres : Aumento del tamaño del diámetro de la uretra, aumenta la secreción glandular, el glándulo aumenta su volumen, el escroto aumenta su espesor por contracción ; los testículos se elevan por contracción del cremáster y acortamiento del cordón espermático, y aumenta su volumen; el eje mayor testicular cambia su dirección y se hace horizontal

b) Mujeres : El clitoris se retrae contra la parte anterior de la sínfisis púbica, aumentando su sensibilidad a la estimulación; la vagina aumenta en amplitud y profundidad, desarrollándose la plataforma orgásmica en el tercio externo; elevación

¹⁶ GALLY. "Sexualidad Humana y Planificación Familiar". p 48

3.- Fase orgásmica : El orgasmo es el climax de las sensaciones placenteras, es involuntario, lo controla el SNA y corresponde al momento en que la excitación llega a su máximo y se disipa bruscamente a través de la liberación del previo desarrollo vasocongestivo y miotonía, mediante una sensación de descarga de tensión. En el hombre va acompañado habitualmente de la eyacuación

Existe un foco pélvico para las sensaciones placenteras:

- Mujer - Clitoris, labios mayores y menores, vagina y útero

- Hombre - Pene, próstata y vesículas seminales

Respuestas fisiológicas:

a) **Hombres.-** Contracciones musculares: el climax se divide en dos etapas: La primera se da cuando las vesículas seminales y la próstata se contraen y expulsan su contenido en la uretra, y la segunda son las contracciones del piso pélvico, glándulas bulbouretrales y pene al eyacular.

b) **Mujeres.-** Se dan una serie de contracciones rítmicas del piso vaginal y plataforma orgásmica, contracción rítmica del útero y esfínter anal.

c) **Ambos.-** El ritmo cardíaco, la tensión arterial y la respiración alcanzan su máximo. Aumentan el rubor y hay contracción muscular en todo el cuerpo (principalmente músculos perineales) ; sensación de orgasmo inminente antes del comienzo de las contracciones.

4.- Fase de Descenso : Período involuntario en donde la sensación excitatoria desaparece.

Respuestas fisiológicas:

Se desvanece el rubor sexual, y aparece una fina transpiración en la piel; disminuye el engrosamiento areolar, de clitoris y labios, plataforma orgásmica y pene; desaparecen contracciones musculares; el clitoris y el útero retornan a sus posiciones originales; el escremento y los testículos descienden a su posición original, la tensión arterial, y las Frecuencias Cardíaca y Respiratoria son normales.

NOTA: Posterior a esta fase, los hombres experimentan un período refractario durante el cual la respuesta orgásmica no puede suceder.

CAPÍTULO IV

SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN

SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN

En México, la creciente explosión demográfica representa una problemática real que se traduce en dificultades para tener vivienda digna, el salario no es suficiente para sostener a la familia, hay menores oportunidades de desarrollo profesional, etc.

Por ello, se han instituido tanto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en las Leyes Generales de Población y Salud, diversas leyes que promuevan la sexualidad responsable de las parejas, en donde los individuos puedan ejercer su derecho libre y responsable de la planificación familiar, es decir, que decidan el número y espaciamiento de los hijos que desean tener, e incluso cuando la pareja decida no tener hijos²

A este respecto, a continuación se analizan aspectos legales en la regulación de la reproductividad

1.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

Art. 4º.- "El varón y la mujer son iguales ante la Ley. Esta protegida la organización y el desarrollo de la familia

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

"Toda persona tiene derecho a la protección de la salud

"La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo setenta y tres de esta Constitución.

" Toda familia tiene derecho a una vivienda digna y decorosa. La Ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo

" Es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental.

" La Ley determinará los apoyos a la protección de los menores, a cargo de las instituciones públicas".¹⁷

Además, menciona la implantación como materias obligatorias en las escuelas preprimarias, primarias, secundarias, preparatorias y profesionales, la educación y la higiene sexual, así como técnicas y conocimientos sobre planificación familiar y control de la fecundación

2.- Ley General de Población:

Regula la planificación familiar, contenida ésta en el Capítulo II, sección II, del Reglamento de la Ley General de Población, publicada en el Diario Oficial del 31 de agosto de 1992.

La planificación familiar abarca de los artículos catorce al veinticuatro, y a grandes rasgos resalta los siguientes aspectos

La planificación familiar debe ser libre y responsable, y no debe imponerse. Además, la información contenida en los programas de planificación familiar se proporcionará en completa

² NOTA ACLARATORIA: La afirmación sobre no tener descendencia no aparece como tal, pero a criterio del autor queda sobrentendida en los principios de la Planificación Familiar, ya que en ningún apartado se menciona lo contrario

¹⁷ Adiciones y reformas a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1990 - 1992). Edición coordinada y supervisada por la Dirección General de Gobernación de la Secretaría de Gobernación de México. México: Talleres Gráficos de la Nación, Enero de 1992. p. 142- 143.

confidencialidad y dará a conocer aspectos relacionados con los objetivos, métodos y consecuencias de la anticoncepción, resaltando los fenómenos demográficos y la salud reproductiva, además, menciona que los servicios prestados por el Estado son gratuitos.

" Los servicios de planificación familiar, deberán estar integrados y coordinados con los de salud, educación, seguridad social e información pública y otros destinados al bienestar de los individuos y de la familia"¹⁵

En otro apartado menciona "El Consejo pondrá especial atención en proporcionar dicha información a los jóvenes y adolescentes"¹⁶

3.- Ley General de Salud :

Art. 68.- Los servicios de planificación familiar comprenden

"... IV - El apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación humana y biológica de la reproducción humana"¹⁷

Con base en las leyes anteriores, es palpable el hecho de la necesidad de llevar una adecuada prevención enfocada hacia las parejas que han decidido tener relaciones sexuales, sean casadas o no, lo cual se logra a través de la educación sexual

Además, es importante mencionar que en la sociedad actual mexicana la mujer está sobresaliendo en todos los ámbitos a la par con el hombre, y ya no es la figura que representa a la sumisión, sino que ahora exige igualdad con el sexo opuesto, e incluso, se sabe por estadísticas que el éxito de la planificación familiar se debe en gran parte a ella, ya que ha asumido la responsabilidad sobre la reproducción, aunado a que los principales métodos no interfieren con las relaciones sexuales y no "molestan" al hombre. Sin embargo, las posibilidades de la mujer de tomar decisiones, en la mayoría de la población (sobre todo en niveles socioeconómicos bajos), se encuentran reducidas debido a obstáculos de orden psicosocial, cultural y jurídico, y otros aspectos relacionados con la dependencia de la pareja masculina

En otro apartado, hay un despertar en edades más tempranas en la sexualidad en los adolescentes, lo cual se traduce en mayores posibilidades de riesgos inherentes a la misma, y si a ello se agrega la facilidad de adquirir métodos anticonceptivos, muchas veces sin información sobre el uso de los mismos, nos enfrentamos a una realidad que requiere que los educadores en salud se preparen y actualicen sobre los diversos temas relacionados con la sexualidad, para proveer de información y asesoría a la población

Por último, cabe mencionar que existe una asociación estrecha entre la educación sexual y el uso de métodos anticonceptivos, recibiendo suma importancia en lo que respecta a la planificación familiar en el control de las tasas de morbilidad y mortalidad, incluso, el éxito de los anticonceptivos se debe en gran parte al uso de aquellos que no interfieren con las sensaciones del placer sexual. Asimismo, el fracaso de los mismos estriba en que aparentemente disminuyen la sensibilidad sexual y el erotismo. Sin embargo, debido al creciente aumento en las tasas de embarazos no deseados y de las diversas Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), es necesario que los adolescentes aprendan a "sentir" con los anticonceptivos, y que éstos no sólo cumplan las expectativas de planificación familiar, sino que además proteja de manera efectiva la transmisión de ETS, aumentando así sus tasas de efectividad, lo que se traduce en disminución de riesgos y mayor confianza en el uso del método. Ahora bien, antes de proporcionar cualquier anticonceptivo, se debe

¹⁵ Diario Oficial de México del 31 de agosto de 1972, p. 1

¹⁶ Reglamento General de Población, Edición Oficial, México, p. 8

¹⁷ Ley General de Salud, Edit. Porrúa, México, 1989, p. 20.

educar y dejar que los individuos estén convencidos asumiendo su responsabilidad; si después de este procedimiento dudan sobre la eficacia del método, o simplemente no deciden usarlo, lo mejor es no proporcionar el anticonceptivo, ya que las principales fallas de los mismos se dan por la falta de información sobre el uso adecuado de los mismos, así como de la falta de convencimiento para usarlos

A continuación se describen los principales métodos anticonceptivos:

MÉTODOS NATURALES:

- **LACTANCIA.**- La lactancia prolongada se emplea específicamente para retardar el inicio del siguiente embarazo, ya que retarda la ovulación y la menstruación. Para ser efectiva y producir anovulación, es indispensable que la dieta del lactante sea a base de leche materna de forma exclusiva

Ventajas:

- 1.- No se necesita cuidado médico, compra de equipo y/o medicamentos, ni esfuerzos especiales.
- 2.- El control de la natalidad con otros métodos anticonceptivos iniciará cuando se presente la primera regla, claro está, apegándose estrictamente al método de la lactancia.
- 3.- Favorece la salud materna e infantil
- 4.- No tiene efectos colaterales y/o adversos.

Desventajas:

- 1.- La lactancia no es efectiva en forma uniforme como método anticonceptivo, e incluso cuando las mujeres se encuentran lactando pueden empezar a ovular, habiendo aproximadamente un 2% de probabilidad de embarazo fortuito.
- 2.- La ovulación puede reaparecer antes de que ocurra la menstruación.
- 3.- La mujer debe estar completamente segura de alimentar al lactante con leche materna y sin recurrir a tomas suplementarias
- 4.- En la sociedad mexicana existen antecedentes socioculturales que no favorecen la lactancia.
- 5.- No proporciona protección efectiva contra las ETS y la infección por VIH

- **COITO INTERRUPTO .-** Es el más antiguo de los métodos anticonceptivos, en donde el hombre deposita el semen fuera de la vulva; retirando el pene del canal vaginal antes de que ocurra la eyaculación.

Ventajas:

- 1.- No requiere inversión monetaria, y está disponible en cualquier momento.
- 2.- Puede ser eficaz ante la presencia de un coito inesperado.
- 3.- No tiene efectos colaterales y/o adversos.

Desventajas:

- 1.- Su tasa del fracaso es del 18%.
- 2.- Exige un alto nivel de exigencia en el autocontrol de la pareja, pudiendo llegar a interferir con el placer sexual.
- 3.- El semen debe depositarse lejos de la vagina, ya que los espermatozoides pueden entrar a la vagina a partir de los labios mayores.
- 4.- Las secreciones preeyaculatorias pueden contener semen almacenado en la próstata o en las glándulas de Cowper en cantidades suficientes como para causar un embarazo.
- 5.- No proporciona protección efectiva contra las ETS e infección por VIH.

- **MÉTODO DEL RÍTMO** (Del Calendario) - Técnica anticonceptiva que consiste en evitar el coito durante la porción fértil durante aproximadamente 12 a 24 horas después de la ovulación (en promedio, 14 días antes del primer día del ciclo menstrual), en tanto que el espermatozoide puede llegar a fertilizar al óvulo durante dos o tres días después de la eyaculación.

Tomando en cuenta las observaciones anteriores, y sumando a ellas la variación en la ovulación, el periodo inseguro abarca 8 días aproximadamente.

Es necesario que la mujer registre sus periodos menstruales durante algún tiempo (se sugiere un año), anotando el periodo más corto y el más largo. Acto seguido, se restan 18 días al periodo más corto del ciclo²⁹, determinándose así el primer día de abstinencia sexual, posteriormente se restan 11 días del último ciclo más largo (días de ovulación más un día de vida del espermatozoide), obteniéndose así el último día del periodo inseguro.

Ventajas:

- 1.- No requiere inversión inmediata.
- 2.- Está aceptado por la Iglesia Católica (en México, más de dos terceras partes de la población son católicos).
- 3.- No tiene efectos colaterales y/o adversos.

Desventajas:

- 1.- La ovulación puede adelantarse o atrasarse, debido entre otros factores a tensiones físicas o emocionales.
- 2.- Los largos periodos de abstinencia pueden originar tensión y ansiedad en la pareja.
- 3.- Exige un establecimiento regular en la presencia de los ciclos menstruales, lo que en la adolescencia aún no se da por completo.
- 4.- Implica responsabilidad por ambos miembros de la pareja (autocontrol, motivación).
- 5.- No proporciona protección efectiva contra las ETS e infección por VIH.
- 6.- Es relativamente ineficaz.

²⁹ 18 días = (14 días de ovulación, dos días de variación en ésta, más dos días de vida del espermatozoide) ; el resultado corresponde al primer día del periodo inseguro ("peligroso") ; en un ciclo de 28 días, el día 10 sería el primer día de abstinencia.

- MÉTODO DE LA TEMPERATURA CORPORAL BASAL (TCB).** - Se basa en el conocimiento de que la temperatura corporal basal sufre una caída transitoria en el momento de la ovulación seguida 24 horas después de una elevación que se sostiene hasta el inicio de la siguiente menstruación. El tiempo de abstinencia sería de dos días antes de la ovulación y 72 horas después de la caída de la TCB. Las 72 horas son un parámetro de seguridad de que la ovulación efectivamente ha ocurrido. Para emplear este método, la mujer debe tomarse la temperatura cada mañana e irla registrando.

Ventajas:

- 1.- No requiere inversión monetaria, a excepción de un termómetro.
- 2.- Aceptado por la Iglesia Católica.
- 3.- Suele ser efectivo si se lleva a cabo adecuadamente.
- 4.- No tiene efectos colaterales y/o adversos.

Desventajas:

- 1.- Puede ser ineficaz ante la presencia de irregularidades del ciclo menstrual.
 - 2.- Exige una adecuada preparación, participación, motivación y autocontrol de la pareja.
 - 3.- Las enfermedades, infecciones, medicamentos, estrés, fatiga, alcohol y drogas afectan las lecturas de la temperatura corporal.
 - 4.- Una pequeña minoría de mujeres no muestran cambios importantes de la temperatura, aún cuando estén ovulando.
 - 5.- Los largos periodos de abstinencia pueden producir tensión y ansiedad en la pareja.
 - 6.- No proporciona protección efectiva contra las ETS e infección por VIH.
- MÉTODO DE BILLINGS** (Examen de moco cervical) - La secreción de moco cervical en la parte inferior del útero es indicativo del periodo fértil en la mujer. En efecto, el moco cervical aumenta y se fluidifica antes de la ovulación, y ya en el periodo ovulatorio, la secreción se vuelve cristalina, profusa y muy elástica. Además, para que el espermatozoide se traslade al sitio de la fecundación del óvulo, depende de que esté presente el moco. La abstinencia se recomienda en los días húmedos (desde la aparición del moco cervical, hasta tres días antes del máximo de secreción mucoide), y en la fase preovulatoria del ciclo.

Ventajas:

- 1.- No requiere inversión monetaria.
- 2.- Aceptado por la Iglesia Católica.
- 3.- No tiene efectos colaterales y/o adversos.

Desventajas:

- 1.- Puede haber confusión en las características de la secreción mucoide (sobretudo en presencia de infecciones vaginales, anticonceptivos, geles, cremas o duchas vaginales).

- 2.- Requiere conocimiento, motivación, participación y autocontrol de la pareja.
- 3.- Los periodos de abstinencia pueden originar tensión y ansiedad en la pareja.
- 4.- Las irregularidades del ciclo menstrual pueden interferir con el seguimiento y observación de las secreciones mucoides.
- 5.- Los descongestivos nasales pueden tener un efecto desecante sobre el moco.
- 6.- No proporciona protección efectiva contra las ETS e infección por VIH

MÉTODOS MECÁNICOS (De Barrera).

- CONDÓN o PRESERVATIVO :

- a) **CONDÓN MASCULINO** - Cubierta plástica que se coloca sobre el pene durante el coito, evitando que los espermatozoides penetren a la vagina. Contiene un reservorio para el semen y generalmente esta lubricado, el material más comúnmente utilizado para su fabricación es el látex.

Se recomienda el uso del condon como apoyo o sustitución de otros métodos anticonceptivos, así como cuando existe riesgo de exposición a adquirir ETS

Precauciones en su uso: Dejar un espacio muerto (reservorio) y extraerle el aire para recibir el semen; colocarlo cuando el pene esté erecto, y retirarlo posterior a la eyeculación y antes que el pene pierda su erección, usar lubricación adicional sólo si se requiere, en cantidad mínima y no usar lubricantes derivados del aceite.

Ventajas :

- 1.- Proporciona anticoncepción confiable (Tasa de eficacia del 96 - 98%), es de bajo costo y de fácil adquisición
- 2.- Es pequeño, de peso mínimo y desechable
- 3.- No requiere supervisión médica, ni vigilancia.
- 4.- Da al hombre participación y responsabilidad en el control de la natalidad, así como en la prevención de ETS
- 5.- Protege contra embarazo y ETS (sobre todo gonorrea, citomegalovirus, herpes virus, sífilis, hepatitis B, clamidia y VIH) . Asimismo, previene la reinfección por microorganismos vaginales cuando uno de los compañeros sexuales está en tratamiento médico.
- 6.- No tiene efectos colaterales y/o adversos

Desventajas :

- 1.- En ocasiones interfiere con la sensibilidad en el coito, y puede interrumpir la excitación ya que debe colocarse cuando el pene está erecto
- 2.- Tienen que interrumpirse las caricias previas a la consumación del coito para colocarse el condón.
- 3 - Su principal falla se debe a la utilización incorrecta e inconstante.

- b) CONDÓN FEMENINO** .- Consiste en una funda suave y floja de poliuretano con un anillo flexible en cada extremo. El anillo exterior permanece fuera de la abertura vaginal y proporciona protección adicional contra las ETS al cubrir los genitales exteriores y la base del pene. El anillo interior protege el canal vaginal y el cérvix, impidiendo el paso de los espermatozoides hacia el útero.

Ventajas :

- 1.- Protección efectiva contra las ETS y embarazo
- 2.- Es desechable y de un solo uso
- 3.- Permite la participación responsable de la mujer en el control de la natalidad y prevención de ETS, sobre todo cuando la pareja sexual se niega a utilizar algún anticonceptivo
- 4.- No tiene efectos colaterales y/o adversos

Desventajas :

- 1.- El costo es cuatro veces mayor que el del condón masculino.
- 2.- Puede llegar a interferir con la sensibilidad en el coito
- 3.- Falta de aceptabilidad de la mujer debido a incomodidad física, manipuleo vaginal y apariencia del condón, entre otros.
- 4.- Entre los problemas usuales en el uso del condón femenino resaltan el resbalamiento frecuente del anillo exterior hacia la vagina, entrada del pene entre el anillo exterior y la pared vaginal, lo que ocasiona desprendimiento del condón

- DIAFRAGMA** .- Cúpula de goma curvada rodeada por un anillo metálico flexible, que se aloja en la vagina y cubre el cérvix uterino (Se ajusta por detrás del pubis y sobre el cérvix, en el fondo de saco posterior).

Se hacen de varios tamaños, y es necesario que esté ajustados, debiéndose cambiar de tamaño tras el embarazo, cirugía ginecológica, o después de una ganancia o pérdida de peso de cinco o más kilogramos.

Actúa como barrera mecánica evitando el depósito directo del semen en el moco cervical, ya que bloquea el orificio cervical y de esta manera los espermatozoides no pueden entrar al canal cervical. Se usa conjuntamente con crema espermaticida para dar protección adicional.

Debe dejarse colocado al menos seis horas después del coito, pero no más de 24 horas. Si el coito se repite dentro de las seis horas, con el diafragma en posición debe utilizarse una nueva aplicación de espermaticida. La mujer no debe darse duchas vaginales en un periodo mínimo de seis horas.

Ventajas :

- 1.- Tasa de eficacia hasta de un 98%
- 2.- Su uso es relativamente sencillo
- 3.- No interfiere con la función fisiológica ni altera la sensación sexual en la mayoría de las mujeres.
- 4.- No tiene efectos colaterales y/o adversos.

Desventajas :

- 1.- Requiere un gasto relacionado con la consulta médica, y con la adquisición del diafragma y el espermaticida
- 2.- Requiere supervisión médica
- 3.- Si no hay suficiente motivación y previsión, puede dar lugar a embarazos fortuitos
- 4.- Rechazo al diafragma de algunas mujeres porque implica manipuleo vaginal
- 5.- Puede interferir con la espontaneidad del coito
- 6.- En posiciones coitales poco habituales el diafragma puede deslizarse de su posición
- 7.- Fallas frecuentes en su uso. Tamaño incorrecto, error en la inserción, uso inadecuado, rasgaduras o perforaciones no descubiertas en el diafragma, utilización sin espermaticida
- 8.- Puede producir infecciones intrapelvicas, tales como cistitis recurrentes (debido a la presión que ejerce el borde hacia arriba contra la uretra), o bien, el síndrome de shock tóxico² por no tener precauciones al insertar o retirar el diafragma, o al introducir el diafragma sucio y/o contaminado
- 9.- Debe dejarse insertado por mas de seis horas
- 10.- No ofrece protección efectiva contra las ETS e infección por VIH

- DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)** - Método anticonceptivo que se inserta en el útero, y se deja en él por periodos que varían de entre un año (*ProgestaSert*; con medicamento = progesterona) o hasta ocho años (*ParaGard*, con cobre). Aun cuando su forma de acción no se conoce por completo, se cree que el DIU actúa como cuerpo extraño en el útero, creando un ambiente hostil en la implantación. Además, hay una liberación gradual de medicamentos y/o metal en pequeñas cantidades. Puede utilizarse con otros métodos anticonceptivos.

Son diversas las formas que tiene el DIU, destacándose entre otras, la espiral, el siete, la forma T, etc

Teorías sobre el modo de acción del DIU:

- a) El DIU es un cuerpo extraño para el útero y origina una respuesta inflamatoria endometrial, lo que a su vez altera el ciclo menstrual. Las células inflamatorias pueden ser espermaticidas y/o además dañar al óvulo, de modo que la fecundación es imposible. Asimismo, se produce un aumento en la producción local de prostaglandinas, lo que inhibe la implantación, o bien, ocasiona un aumento de la motilidad del óvulo en las tubas uterinas.
- b) Los espermatozoides son inmovilizados a su paso a través de la cavidad uterina.
- c) El moco cervical es alterado en consistencia y pH por la liberación de progesterona
- d) El cobre puede alterar el metabolismo intracelular endometrial

² El síndrome de shock tóxico es una enfermedad provocada por la bacteria *Staphylococcus aureus*, que ingresa al organismo a través de objetos contaminados, tales como tampones, toallas sanitarias sucias, manos sucias, etc. Se caracteriza por fiebre de hasta 40 °C, hipersensibilidad bucal, cefalea, fatiga, irritabilidad, dolores musculares, conjuntivitis, diarrea, vómito, dolor abdominal irritación vaginal y exantema eritematoso. También puede haber letargia, ausencia de interés, amnesia, insuficiencia renal, afección hepática, síndrome de dificultad respiratoria y coagulación intravascular. Se trata con antibióticos (penicilina y clindamicina), y en casos graves, con corticosteroides.

Ventajas :

- 1.- Independiente del coito.
- 2.- Costo mínimo.
- 3.- Tasa de eficacia de entre un 97 y un 99%
- 4.- Permanencia mayor en comparación con otros anticonceptivos.
- 5.- Cuando la mujer desea embarazarse, puede hacerlo al momento de retirarle el DIU.
- 6.- Recomendado para mujeres que ya han tenido embarazos y tienen pareja estable.

Desventajas :

- 1.- El proceso inflamatorio originado por el DIU puede aumentar la contractilidad uterina después de la colocación y originar la expulsión del DIU.
- 2.- Aumenta la menstruación en cantidad y duración en días.
- 3.- Puede ocasionar hemorragias intermenstruales.
- 4.- Durante la menstruación, la mujer puede presentar espasmos, hemorragia abundante, inflamación y/o dolor pélvico o en hipogastrio.
- 5.- Aumenta la frecuencia de embarazo ectópico, sobre todo el DIU Progestasert.
- 6.- Aumenta el riesgo de infecciones concurrentes intrapélvicas, y del síndrome de shock tóxico.
- 7.- No pueden utilizarlo mujeres promiscuas, ni nulíparas, por el riesgo que entraña la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP).
- 8.- El DIU con Progestasert no debe ser utilizado por mujeres con historia clínica de gonorrea o de infecciones por clamidia, por el riesgo del aumento de infecciones concurrentes intrapélvicas.
- 9.- No proporciona protección efectiva contra las ETS e infección por VIH.

Efectos adversos :

Embarazo con DIU; aborto espontáneo (aproximadamente 40% de las embarazadas con DIU); EIP que puede originar infertilidad tubárica.

MÉTODOS QUÍMICOS:

- **ESPERMATICIDAS** .- Las preparaciones que actualmente existen incluyen supositorios, jaleas, cremas, tabletas, esponjas y espumas. Tiene dos ingredientes principales: un agente espermaticida y un material básico inerte en el que se administra; Así, los supositorios tienen una base como gelatina que se derrite con la temperatura corporal; las jaleas y las cremas se encuentran en forma líquida y se introducen dentro de la vagina con un aplicador; las tabletas contienen un material efervescente que reacciona con líquidos vaginales para difundir el espermaticida; la espuma se aplica en aerosol, y la esponja es un pequeño disco de poliuretano de ajuste universal que se adapta al cuello uterino, y está empapado con espermaticida.

Mecanismo de acción :

- 1.- Los espermaticidas colocan una barrera mecánica a través de la porción superior de la vagina y de la entrada al conducto endocervical;
- 2.- Los agentes espermaticidas ejercen un efecto letal directo sobre el espermatozoide.

Ventajas :

- 1.- No requieren de vigilancia médica
- 2.- Son de precio accesible, y de fácil adquisición.
- 3.- Ofrecen un rango elevado de seguridad.
- 4.- Pueden colocarse hasta por 18 horas antes del coito, y proporcionan protección hasta por 24 horas
- 5.- Protegen contra embarazos y algunas ETS (Gonorrea, sífilis, clamidia)

Desventajas :

- 1.- Para su uso requieren de orientación, participación, motivación y responsabilidad de quienes deciden usar estos métodos
- 2.- Pueden producir reacciones alérgicas o de irritación de la mucosa vaginal.
- 3.- Algunos espermaticidas absorben gran cantidad de secreciones vaginales, ocasionando resequeidad.
- 4.- Para muchas mujeres es incómodo y antihigiénico el manipuleo vaginal.
- 5.- Aumenta la incidencia de infecciones por hongos (candidiasis).
- 6.- Aumenta el riesgo de síndrome de shock tóxico.
- 7.- Al retirar la esponja, ésta puede llegar a romperse por falta de precaución.
- 8.- Deben mantenerse por lo menos 6 horas después del coito, evitando las duchas vaginales.
- 9.- Aumenta el riesgo de falta de acción de los agentes espermaticidas cuando no se les da el tiempo suficiente para que puedan ejercer su efecto (Cuando son colocados inmediatamente antes del coito, o durante éste, o bien, cuando se retiran antes de las 6 horas).

CONTRACEPTIVOS ORALES (Pildoras o pastillas) - Contienen compuestos sintéticos similares a las hormonas naturales que se presentan en los ciclos menstrual y gestacional, a dosis que previenen la ovulación interfiriendo en la curva de gonadotropinas a mitad del ciclo. La actividad ocurre a nivel del hipotálamo por inhibición de la hormona liberadora hipotalámica (**GnRH**), bloqueando la actividad hipofisiaria de las gonadotropinas, produciéndose supresión ovárica secundaria. Asimismo, en mujeres que toman la pildora la liberación de hormona luteinizante (**HL**) y de hormona foliculoestimulante (**HFE**) por estimulación de la **GnRH** desaparece, lo que indica que el nivel hipofisiario también tiene una importante función en la supresión de la ovulación. Las pildoras, además de ser anovulatorias, ocasionan cambios en el moco cervical y en el endometrio que se desprende en cada sangrado, evitando el embarazo.

Contienen un estrógeno, una progestina (progesterona sintética) o ambos:

Estrógenos : Después de la menstruación, disminuye el nivel de estrógenos, y se estimula la secreción de HFE, lográndose así la maduración del folículo ovárico. El estrógeno de la píldora mantiene elevado el nivel de éste en sangre, con lo cual no se estimula la secreción de HFE y no ocurre la ovulación.

Progestina : Ayudan al establecimiento del ciclo menstrual; además estimula los cambios del moco cervical, haciéndolo espeso ; mantiene un pH hostil al espermatozoide. No suprimen la ovulación, pero alteran la interacción recíproca de las hormonas hipofisarias y ováricas.

Tipos de contraceptivos orales

Combinadas .- Disponibles en tres formas

- Píldoras monofásicas .- Tienen estrógenos y progesterona. Se toman diariamente durante 21 a 28 días de cada ciclo menstrual, iniciando al quinto día de la menstruación. En relación a la de los 21 días, la mujer debe esperar de 2 a 5 días (3 en promedio) la aparición de un nuevo sangrado, y se repite el ciclo

Por otro lado, las de 28 días tienen 21 píldoras con medicación y 7 píldoras placebo, de tal forma que la hemorragia de abstinencia se da durante 7 días

- Píldoras bifásicas .- Contienen un determinado nivel de estrógenos en todo el ciclo, y en relación a las progestinas, hay una pequeña cantidad durante 10 días y después una dosis más alta durante 11 días

- Píldoras trifásicas .- Modifican los niveles de estrógeno y progesterona en forma continua a lo largo del ciclo. La dosis total de hormonas por ciclo es menor que el de las píldoras bifásicas.

Secuenciales .- Se toman sólo estrógenos durante las primeras dos semanas del ciclo y entonces se añade una progestina durante aproximadamente una semana para madurar el endometrio y para producir un tipo más ordenado de sangrado por supresión que el que se obtiene con estrógenos no opuestos. Durante la cuarta semana del mes no se toma ningún medicamento, ni siquiera placebo

Minipíldoras .- Contienen exclusivamente progesterona en baja dosificación. Disminuyen la fertilidad. Presentación igual a las de régimen combinado.

Píldora de la mañana siguiente .- Consiste en la administración postcoital de estrógenos para prevenir el embarazo. Se administra durante las primeras 72 horas después del coito en dosis de 25 miligramos dos veces al día durante 5 días.

Píldoras que contienen cantidades elevadas de estrógeno : Enovid 2.5 mg¹ y 5 mg;
Ovulen; Ortho Novum, 2mg.

Píldoras con cantidades bajas de estrógenos : Ovral; Provest, Ortho Novum 1mg;
Norinyl 1 + 50 y Brevicon.

Píldoras con niveles altos de progestágenos : Norlestrin 2.5 mg; Enovid 5mg y Provest.

Píldoras sólo con progestágenos : Nor-Q.D. + Micronor y acetato de megestrol.

RECOMENDACIONES PARA EL USO DE CONTRACEPTIVOS ORALES :

- 1.- Poner especial cuidado al recomendarlo a las adolescentes (cfr. Desventajas)
- 2.- No recomendar este método a mujeres predispuestas contra la píldora.
- 3.- No autorecetar, ya que el Especialista es el que determina el tipo de píldora ideal para cada mujer, con base en su cuantificación hormonal, sobre todo el estrogénico.
- 4.- Visitar al ginecólogo cada 2 ó 3 meses, sobre todo después de iniciado el tratamiento.
- 5.- Antes de iniciar la toma de las tabletas, la persona deberá esperar el comienzo del próximo sangrado.
- 6.- Si el tratamiento es de 21 días, es necesario esperar hasta el quinto día del sangrado.
- 7.- Si se olvida tomar una píldora, se tomará de inmediato en cuanto se recuerde, y continuar con el esquema normal.
- 8.- No suspender la toma de las píldoras sin haber terminado el ciclo del tratamiento, porque aparecerá sangrado vaginal.
- 9.- Después de 6 a 8 meses consecutivos, suspender la toma durante 1 ó 2 meses, eligiendo otro método alternativo de barrera.
- 10.- La toma prolongada sin descanso puede provocar la "menstruación silenciosa" (no hay menstruación). En tal caso, se debe esperar, para el tratamiento de 21 días, 8 días, y reiniciar otro tratamiento por 21 días más. En régimen de 28 días, se inicia el siguiente paquete sin periodo de espera.
- 11.- La presencia de sangrado intermenstrual en el ciclo es indicio de que se requiere cambio de la píldora o la dosis.
- 12.- Las píldoras post-parto o post-aborto no se inician inmediatamente, de preferencia a los cuarenta días; pero si hay urgencia de tomarlas es necesario esperar alrededor de los quince días seleccionando un medicamento combinado con 21 días. Si se termina el primer ciclo y a los 8 días no hay sangrado, se repite la toma otro ciclo completo.
- 13.- Cuando la mujer está lactando, se recomiendan las minipíldoras, ya que no interfieren con la lactancia.

Ventajas :

- 1.- No interfiere con el acto sexual.
- 2.- Su costo es menor en comparación con otros métodos.
- 3.- Es de uso sencillo, sólo requiere motivación.
- 4.- Tasa elevada de eficacia (99.9%).
- 5.- Protección contra EIP. (Casi 50% menos de las no usuarias, y 25% de las que usan DIU)
- 6.- Protección contra embarazo ectópico (Riesgo 10 veces menor que las no usuarias).
- 7.- Protección contra cáncer endometrial (Riesgo 3 veces menor de las no usuarias).
- 8.- Protección contra cáncer de ovario (Riesgo 3 veces menor de las no usuarias).
- 9.- Protección contra mastopatías benignas (50% menos de las no usuarias).
- 10.- Alivio de algunas alteraciones menstruales (menstruación irregular, tensión premenstrual, sangrado excesivo, cólicos y tal vez endometriosis).
- 11.- Prevención de anemias por deficiencia de hierro.

Desventajas

- 1 - Requiere de control médico continuo, para efecto de prevenir efectos secundarios; esto se traduce en gasto frecuente.
- 2 - En ocasiones no hay prevención de la ovulación cuando la píldora se toma después de los 5 días o incluso cuando se olvidan dos ó más pastillas en el ciclo.
- 3 - Los contraceptivos orales no se eliminan por completo del organismo dentro de las primeras 24 horas, y tiene efecto acumulativo por varios días.
- 4 - Puede haber interacciones medicamentosas (p. Ej : con antituberculosos y antibióticos se reabsorben los esteroides).
- 5 - Los esteroides pueden tener efectos sistémicos diversos en mujeres sanas.
- 6 - Los estrógenos irritan la mucosa gástrica, disminuyen la eliminación de sodio por el riñón, producen náuseas, edema generalizado, cefalea, desarrollo de las mamas, aumento de la libido y en el apetito.
- 7 - La prescripción de la píldora a adolescentes menores de 16 años puede ocasionar subsecuente amenorrea e infertilidad.
- 8 - No es recomendable para adolescentes que presentan trastornos de la ovulación.
- 9 - No se recomienda para adolescentes, ya que los estrógenos dan lugar al cierre epifisario con la detención del desarrollo corporal.
- 10 - No es recomendable para adolescentes con relaciones sexuales esporádicas.
- 11 - No es recomendable para adolescentes, ya que la sensibilidad a los cambios producidos por la píldora aumentan en esta etapa de la vida, pudiendo ocasionar aumento de peso, aparición de estrias cutáneas, cloasma, incremento del acné, entre otros.
- 12 - No proporciona protección efectiva contra las ETS e infección por VIH

Efectos colaterales beneficiosos :
- Alivio del dolor menstrual
- Alivio de la tensión pre-menstrual*
- Regulación del ciclo menstrual.
- Disminución del sangrado menstrual, al aumentar la hemoglobina y los glóbulos rojos
- Mejoría del acné
- Alivio del exceso de vello debido a la disminución de andrógenos
- Eliminación del dolor ovulatorio
- Protección contra enfermedades mamarias.
- Disminución de los quistes de ovario
- Sensación de bienestar

Efectos colaterales adversos leves	Efectos colaterales adversos graves
- Aumento de peso (en promedio 5%)*	- Tromboembolias (principalmente en corazón, pulmones y cerebro).
- Edema por retención de líquidos	- Complicaciones hepato-biliares (Insuficiencia hepática, ictericia, cálculos biliares);

* Reduce los síntomas premenstruales, tales como retención de líquidos en el organismo, inflamación y aumento del volumen en el vientre, hinchazón de miembros inferiores, crecimiento y dolor de los senos, cefalea, irritabilidad alteraciones emocionales.

- Aumento y congestión de glándulas mamarias.	especialmente en mujeres con afección previa.
- Trastornos digestivos (náuseas, agruras, etc.).	- Hipertensión.
- Ceñalea	- Agravamiento de la diabetes (disminución a la tolerancia de la glucosa; elevación sérica de la insulina)
- Aumento en las secreciones vaginales.	- Cardiopatía isquémica que incluye infarto
	- Crecimiento de los fibromas uterinos.

Efectos colaterales adversos leves (Cont...)
- Infección urinaria (Cistitis y uretritis)
- Pigmentación en la piel
- Sangrado Intermenstrual
- Ausencia de la menstruación. (Menstruación oculta o silenciosa)
- Nerviosismo
- Alteraciones en la libido (Por uso prolongado ocasionan disminución en la libido y frigidez)
- Retraso de la menopausia

Contraindicaciones:
- Tromboflebitis, trastornos tromboembólicos, apoplejía cerebral.
- Trastornos hepáticos importantes.
- Carcinoma de mama conocido o sospechado
- Alguna neoplasia estrógeno-dependiente conocida o sospechada.
- Sangrado genital anormal no diagnosticado.
- Embarazo
- Aversión a las hormonas
- Deseo de no usar hormonales.

- **CONTRACEPTIVOS INYECTABLES** : El mecanismo de acción es similar al de los contraceptivos orales, en donde el efecto anticonceptivo reside en la inhibición de la secreción hipofisiaria de ambas gonadotropinas, así como de descarga preovulatoria de HL.

Son preparados inyectables de depósito, que contienen cantidades importantes de estrógeno y progesterona, los cuales se administran por vía intramuscular profunda dentro del 7º al 10º día del ciclo Posterior a la inyección, se espera la menstruación y al 5º día se vuelve a poner. Las sustancias se almacenan en el tejido graso de la mujer, liberándose paulatina y lentamente durante varias semanas, pero con un máximo de acción de un mes.

Medicamentos más utilizados en la elaboración de los inyectables

- Progesterona : Acetofenido de dehidroxiprogesterona

- Estrogeno : Valerianato de estradiol

Tipos de Inyectables

- Inyectables mensuales.

- Inyectables trimestrales. ☐

Efectos :

- Similares a las de los Contraceptivos Orales, en lo referente a los efectos de los esteroides

- Además, este método favorece que las visitas al especialista se espacien.

- Facilita el control al no llevar las cuentas diariamente.

Desventajas :

- Similares a las de los Contraceptivos Orales, en lo referente a efectos secundarios de los esteroides

- Alteración de la menstruación (Por lo general se adelantan hasta llegar a presentarse cada 20 días, duran de 8 a 10 días y son más abundantes)

- Dolor y congestión mamarios, aumento de peso, edema, náuseas ocasionales, etc.

- Este método no puede ser prolongado, debido a los efectos colaterales, debiéndose abandonar espontáneamente o por consejo médico en poco tiempo.

- No debe auto-recetarse

- No proporciona protección efectiva contra las ETS e infección por VIH

Efectos colaterales y/o adversos : Similares a Contraceptivos Orales.

Contraindicaciones : Mismas que para Contraceptivos Orales.

☐ Los inyectables trimestrales contienen una progesterona de muy larga duración (la Medrohidroxiprogesterona) , que aplicada cada 2 o 6 meses previene el embarazo.

IMPLANTES ANTICONCEPTIVOS .- Los implantes representan lo actual en métodos anticonceptivos, ya que su mecanismo de acción permite a la pareja disponer de un anticonceptivo que no interfiere con el acto sexual, ni requiere una motivación continua ("llevar la cuenta").

Los implantes proporcionan la liberación continua y estable del esteroide, evitando así su administración inadecuada (sobredosificación o dosis insuficientes). Ejercen un efecto inhibitor de progesterona a nivel de la función gonadotrófica de la porción anterior de la hipófisis, así como modificaciones sobre las características del moco cervical, esto da por resultado la inhibición de la ovulación.

El primer sistema de implante que ha sido aprobado, sobre todo en los Estados Unidos, corresponde al NORPLANT, el cual consiste en seis cápsulas de silástico, de 34 mm. de longitud, 2.4 mm. de diámetro y que contienen 36 mg. de levonorgestrel en forma cristalina, cada una. Tiene una protección anticonceptiva de cinco años, aproximadamente.

Existe además el NORPLANT - 2, que consiste en 2 cápsulas, cada una de 4.4 cm. de longitud y que contiene un total de 140 mg. de levonorgestrel. La protección anticonceptiva es de tres años.

Levonorgestrel .- Progestina con efectos progestacionales, cuyas funciones son: Condiciona el aumento en la viscosidad del moco cervical, alterando su estructura y características físico-químicas impidiendo el paso del esperma y el acceso de éste a la cavidad uterina. El implante NORPLANT contiene aproximadamente 220 mg. de levonorgestrel, el cual, una vez colocado debajo de la piel del antebrazo el esteroide en una dosis usual correspondiente a la minipildora (30 µg/día), que van disminuyendo y son efectivas durante cinco años.

Silástico.- Material de caucho siliconizado, el cual posee las siguientes propiedades para su uso en anticoncepción: biocompatibilidad, permeabilidad y suavidad.

Ventajas:

- La inversión monetaria sólo se realiza cada tres o cinco años, dependiendo del tipo de implante utilizado.
- No requiere motivación continua por parte de la mujer.
- No interfiere con el acto sexual.
- Disminuyen las alteraciones de tipo ovárico a medida que aumenta el tiempo en el uso del implante.
- Fácil de utilizar.
- Reducción de efectos secundarios ocasionados por los esteroides. (Dosis menores).
- Es reversible
- Las cápsulas pueden extraerse en cualquier momento si se desea suspender el método o un embarazo.

Desventajas:

- Falta de disponibilidad.
- Actualmente en México se encuentra aún en estudio.

- Su costo resulta elevado en relación con los otros métodos.
- Los efectos anticonceptivos, una vez extraído el NORPLANT, disminuyen en 24 horas.
- No proporcionan protección efectiva contra las ETS e infección por VIH.

Efectos secundarios:

- Prolongación del sangrado menstrual, sangrados intermenstruales y en algunos casos amenorrea.
- Cefalea, nerviosismo, náusea, mareos, aumento de peso

Contraindicaciones:

- Embarazo.
- Antecedentes de enfermedad tromboembólica.
- Enfermedades hepáticas agudas o tumorales
- En quienes existe sospecha de carcinoma de la mama.

MÉTODOS QUIRÚRGICOS.

Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) .- Las técnicas más empleadas son: Los procedimientos de Pomeroy y Parkland, ya que ambas son eficaces, fáciles de realizar y económicas. Estas técnicas consisten en la ligadura y extirpación de un segmento de la trompa uterina impidiendo así el fenómeno de la fertilización. Otras técnicas por laparoscopia o minilaparoscopia son la aplicación de anillos de silástico (anillo de Yoon) o grapas mecánicas (grapa de Filshie), las cuales obstruyen mecánicamente la luz de la trompa, impidiendo la fertilización.

La OTB está indicado en mujeres en edad reproductiva y paridad satisfecha y no deberá realizarse bajo sospecha o certeza de enfermedad inflamatoria pélvica.

Ventajas :

- 1 - Es un método definitivo de anticoncepción.
- 2 - A la larga, El costo se reduce al disminuir las visitas al especialista para llevar control anticonceptivo.
- 3.- La OTB forma parte de las estrategias que proporciona el Sector Salud para el control de la fecundidad, y se promueven campañas en donde el procedimiento es gratuito para las usuarias.
- 3 - Tiene una tasa de efectividad mayor al 99%
- 4.- No interfiere con el acto sexual.

Desventajas :

- 1.- Generalmente es un proceso irreversible
- 2 - Requiere de una capacitación adecuada y del pleno convencimiento de ambos miembros de la pareja.
- 3.- Si se desea revertir el proceso, existe una probabilidad de infertilidad tubárica del 40%

- 4 - La microcirugía de reversión resulta de un costo elevado
- 5.- Aún cuando la minilaparoscopia es un procedimiento sencillo, implica los riesgos de toda cirugía (infección, hemorragia y lesiones internas)
- 6.- No proporciona protección efectiva contra las ETS e infección por VIH.

VASECTOMÍA :- Metodo permanente para el control de la fertilidad, que consiste en la oclusión quirúrgica de los vasos deferentes, y que junto con el condón representa una de las pocas opciones para el control de la fertilidad en el varón.

Este método está indicado en varones fértiles y con fecundidad satisfecha y no debe realizarse en individuos con criptorquidia, antecedentes de cirugía escrotal o testicular, así como historia de impotencia.

La técnica más empleada es la Vasectomía sin bisturí, en la que el vaso deferente es expuesto al exterior a través de un orificio pequeño de punción en el escroto. Otra técnica es la inyección percutánea a los vasos deferentes de agentes esclerosantes como el poliuretano o la silicona con la resultante oclusión de los mismos.

Características:

- 1 - Es un método definitivo para el control de la fertilidad.
- 2.- Es económica a largo plazo en relación con otros métodos, e inclusive el Sector Salud la proporciona en forma gratuita, a través de sus campañas para el control de la fertilidad.
- 3.- El procedimiento de la técnica es sencillo y rápido.
- 4.- Representa un procedimiento perfeccionado que reduce al mínimo el sangrado y trauma de los tejidos y por lo tanto las complicaciones del mismo.
- 5 - La oclusión de los vasos deferentes es un procedimiento inocuo a corto y a largo plazo.
- 6.- La tasa de eficacia es mayor al 99%.

Desventajas:

- 1.- Es un procedimiento irreversible
- 2.- Es necesaria la utilización de un método de barrera durante tres meses después del procedimiento quirúrgico, ya que los espermatozoides que se encuentran almacenados en los diversos conductos pueden ocasionar un embarazo no deseado.
- 3.- Requiere de pruebas de laboratorio (espermatobioscopias), posteriores al procedimiento, lo cual implica un gasto para el usuario.
- 4.- Aunque es un procedimiento relativamente sencillo, existe el riesgo de contraer infección o inflamación de las vías genitourinarias hasta dos años después de la operación.
- 5.- Implica los riesgos de todo procedimiento quirúrgico (infección, hemorragia y lesiones internas)
- 6.- Existe aún el riesgo de contraer las ETS e infección por VIH, sobre todo en varones promiscuos

CAPÍTULO

V

FACTORES DE RIESGO EN LA CONDUCTA SEXUAL DEL ADOLESCENTE .

1.- ASPECTOS BIOLÓGICOS.

- ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS):

Resulta difícil para un individuo (hombre o mujer) recibir la noticia de que tiene una enfermedad transmitida sexualmente, sobre todo por los tabúes e ignorancia que existen en la educación sexual en México. Cabe recordar que por lo general la educación sexual conservadora que impera aún en diversas regiones del país toca estos temas de manera superficial, y los padres de familia, e inclusive los educadores, consideran a las Enfermedades de Transmisión Sexual como fruto del "pecado".

En relación con la adolescencia, en ocasiones les evitan la información para no "marcarlos" con enfermedades que consideran exclusiva de los adultos, con esta situación se propicia que el adolescente que ha decidido iniciar relaciones sexuales, y máxime si no cuenta con la debida información, está expuesto a altos riesgos, que aumentan por la conducta típica en la adolescencia, consistente en la vivencia del aquí y el ahora, o hasta la próxima oportunidad.

Respecto a las ETS, como ya se mencionó con anterioridad, éstas generan tabúes sociales y orilla a quienes las padecen hacia la marginación social, e incluso se les clasifica de una manera muy marcada dentro del ambiente hospitalario.

Es de suma importancia considerar el hecho de que a nivel mundial las ETS se encuentran entre los padecimientos infecciosos más frecuentes, y según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), causan más de 250 millones de infecciones por año. Además, su vía de contagio no es únicamente la relación sexual, sino que además incluye infecciones que pueden transmitirse por todo tipo de contacto sexual; y en fechas anteriores se atribuían estos padecimientos a varones, especialmente los que tenían preferencias homosexuales. Sin embargo, en la actualidad se observa que entre los grupos más vulnerables se encuentran las mujeres, especialmente la embarazada y el feto, así como los recién nacidos, quienes son los que padecen los síntomas y complicaciones más graves, "se ha asociado una gran variedad de ETS a complicaciones graves durante el embarazo, como aborto espontáneo, nacimiento prematuro, retraso del crecimiento intrauterino (RCIU), nacimiento del niño muerto, muerte neonatal, infecciones congénitas y endometritis postparto"²¹.

¿Qué son las Enfermedades de Transmisión Sexual?

Son infecciones o síndromes específicos transmitidos fundamentalmente por contacto sexual. Etiológicamente, la aparición de las ETS es debida a bacterias, virus, protozoos, hongos o ectoparásitos. Su importancia y la necesidad de su control radican tanto en las infecciones agudas que causan, como en las complicaciones y secuelas que las caracterizan; además, por sus características son instrumentos para la transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Las ETS más comunes son: Sífilis, gonorrea, chancroide o chancro blando, clamidia, herpes e infección por el VIH (SIDA).

Complicaciones: Infertilidad y problemas en la capacidad reproductiva del individuo.

a) En la mujer: Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP), carcinoma cervico-uterino, dolor pélvico crónico; embarazo ectópico; problemas orgánicos y/o funcionales en el feto y el recién nacido; infertilidad.

²¹ DICKASON, *Op. cit.* p. 593.

b) En el hombre : La epididimitis puede provocar infertilidad.

En relación a la epidemiología de las ETS en México, los datos resultan variables, ya que estas enfermedades no son de clasificación obligatoria, y los datos con los que se cuenta generalmente provienen de estudios transversales realizados en grupos específicos, aunque es importante considerar que deben tomarse en cuenta que estos están sujetos a subregistro y notificación. Con base en estos antecedentes, la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, reporta, hasta el 1° de enero de 1997, los siguientes resultados en relación a las ETS.

NOTA: El SIDA por su importancia epidemiológica se trata en el apartado referente a dicha enfermedad.

**INCIDENCIA POR ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE, MÉXICO,
1990 - 1996. Hasta el 1° de enero de 1997.***

Padecimiento.	Año 1995		Año 1996	
	Casos	Tasa (%)	Casos	Tasa (%)
Candidiasis urogenital	95 192	103.62	127 623	136.40
Chancro blando	680	0.74	640	0.68
Herpes genital	2 142	2.33	2 862	3.06
Linfogranuloma venéreo	208	0.23	267	0.29
Tricomoniiasis urogenital	80 397	87.52	101 824	108.83
Sífilis adquirida	1 208	1.31	1 414	1.51
Infección gonocócica	8 041	8.71	12 697	13.57

En otro apartado, el Distrito Federal ocupa el lugar número 29 entre los estados de la República Mexicana. Los estados más afectados, son

**NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE ETS, MÉXICO, 1990 - 1996.
Hasta el 1° de enero de 1997.†**

Entidad Federativa	No. de Casos 1995.	No. de Casos 1996
1 - Guerrero	1121	2311
2 - Puebla	1069	1342
3 - Chiapas	724	1032
29 - Distrito Federal	39	81

* Tasa por 100 000 habitantes.

FUENTE : Dirección General de Epidemiología / SSA.

NOTA : En la presente investigación únicamente se tomaron datos de 1995 y 1996, a fin de comparar los datos más actuales de la epidemiología de las ETS.

† FUENTE: EPI - I - 95. Dirección General de Epidemiología / SSA.

En este capítulo se describen las principales Enfermedades de Transmisión Sexual, divididas en grupos de acuerdo a su etiología :

GRUPO BACTERIANO

- SÍFILIS :

Enfermedad bacteriana producida por el *Treponema pallidum* (bacteria espiral o espiroqueta), el cual pasa a través de la piel lesionada o mucosas intactas, y se transmite por contacto directo con lesiones infecciosas o con sangre, principalmente durante las relaciones sexuales; los sujetos recién infectados sufren lesiones, a partir de las cuales la bacteria penetra al aparato circulatorio, y a través de la sangre estos microbios se diseminan a todos los tejidos del cuerpo

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Con base en los signos y síntomas, la sífilis se manifiesta en tres fases, las cuales se describen a continuación

- SÍFILIS PRIMARIA : Al inicio aparece una lesión llamada chancro, esto es a las dos a seis semanas después de la exposición en el sitio en que las espiroquetas penetran en piel o mucosas. Se le llama chancro duro o de Hunter (lesión firme y ulcerada con bordes elevados), es indoloro, y altamente infeccioso, y puede aparecer en genitales o zonas extragenitales, como labios, lengua, amígdalas, pezones, dedos y ano. Puede haber también tumefacción de los ganglios linfáticos. En la mujer no siempre se ve el chancro, ya que aparece en el cuello o la vagina en lugar de los genitales externos, y no produce síntomas de irritación

El chancro se resuelve espontáneamente, incluso sin tratamiento

- SÍFILIS SECUNDARIA : Se desarrolla de 6 a 8 semanas después de la aparición del chancro, pudiendo aparecer por primera vez hasta 6 meses más tarde. Se produce bacteriemia y afectación de todos los sistemas orgánicos. Son frecuentes las lesiones de piel y membranas mucosas y las adenopatías generalizadas. Se produce también malestar pasajero, fiebre, dolor de garganta, cefaleas, anorexia, artralgias. En casi todos los casos aparece una erupción dérmica, por lo regular en brazos y piernas, dorso, hombros, pecho y abdomen, a veces aparece en el cuero cabelludo, para causar pérdida del cabello. Aparece el *condiloma latum* en labios, ingle, cara interna del muslo y región anal. El condiloma sífilítico consiste en pápulas o placas prominentes, blancas y húmedas. Además, pueden aparecer manchas mucosas en forma de erosiones blanco-grisáceas en cualquier membrana mucosa

Las lesiones cutáneas curan en 2 a 10 semanas con o sin tratamiento

- SÍFILIS LATENTE O TARDÍA : El paciente que no ha recibido tratamiento durante la fase secundaria, entra en un periodo de sífilis latente precoz (menos de un año de la infección), en este periodo, la enfermedad clínica no es evidente, pero puede haber recaídas en las lesiones cutáneas sífilíticas. El periodo latente tiene dos fases: latente precoz y tardía. La fase latente precoz generalmente es asintomática en un 75%, su

duración es de aproximadamente un año desde la aparición del chanero. La fase latente tardía comienza después de un año y dura durante el resto de la vida de la persona no tratada. La probabilidad de permanecer en esta fase por toda la vida es de un 60-70%.

- SIFILIS TERCERARIA BENIGNA : Puede aparecer entre los 5 -20 años a partir de la infección. Se manifiesta por la formación de tumores suaves y gomosos, que se llaman gomias, las cuales pueden formarse en cualquier tejido, afectando en ocasiones lengua, paladar y huesos faciales. Pueden ulcerarse, y por ejemplo, en el paladar perforan el tejido hasta la cavidad nasal y trastornan el habla. Se inflama el revestimiento de las arterias y aumenta de tamaño, e incluso algunos vasos llegan a colapsarse. Las gomias rara vez producen muerte o incapacidad total, y la probabilidad de que esta fase de tipo benigna se presente es de un 17% aproximadamente.

- SIFILIS CARDIOVASCULAR : Lesiona la aorta, lo que ocasiona que la válvula aórtica no impida el flujo retrogrado de sangre de aorta hacia el ventrículo izquierdo, o bien forma una bolsa en algún punto de su trayecto. Este globo se llama aneurisma sacular, y puede dar lugar a consecuencias mortales. La probabilidad de que se presente es de un 10%.

- NEUROSIFILIS : Afecta el sistema nervioso, pudiendo manifestarse por una gama de trastornos neurológicos, desde parálisis generalizada a trastornos de la personalidad y mentales. Los daños son irreversibles. Asimismo, la destrucción de la médula espinal produce tabes dorsal, falta de coordinación muscular en el cuerpo. Cuando se afectan los nervios ópticos, causan ceguera en el paciente. La neurosífilis ocasiona finalmente invalidez crónica y además, causa la muerte. Se presenta en aproximadamente un 8%.

- SIFILIS CONGÉNITA : Después del primer trimestre del embarazo, las espiroquetas pueden cruzar la placenta de la madre infectada y llegar al feto en formación. Cuando la mujer se encuentra en las fases primaria o secundaria de la sífilis, la infección del feto puede producirle la muerte antes o después del nacimiento. Si la mujer se encuentra en la fase terciaria, el feto no se verá afectado, y aún así, muchos neonatos nacen con sífilis, mostrando lesiones sífilíticas al momento del nacimiento, poco después de nacer o durante la adolescencia. La lesión que se observa con mayor frecuencia al momento del nacimiento es la rinitis, la cual produce un derrame que puede obstaculizar la respiración, y a la vez es una fuente importante de infección, al contener las espiroquetas. La rinitis retrasa el crecimiento de los huesos nasales y los deforma, ocasionando la llamada nariz en silla de montar. Otros signos de la infección observada en los neonatos es la inflamación de la piel sobre las palmas de las manos, plantas de los pies y alrededor de la boca, además de hepatomegalia y esplenomegalia. Una de las complicaciones por falta de tratamiento son los "dientes de Hutchinson", caracterizado por la aparición de muescas en los incisivos.

DIAGNÓSTICO : Es difícil identificar la presencia de *Treponema pallidum*, ya que no se puede cultivar *in vitro*. Aún así, la sífilis se diagnostica por pruebas serológicas o por

examen microscópico directo de las espiroquetas en el exudado de la lesión. Las pruebas serológicas detectan la presencia de anticuerpos frente a las espiroquetas; sin embargo, durante 4 a 6 semanas después de la exposición se producen resultados falsos negativos, lo cual es engañoso.

Las pruebas serológicas más utilizadas incluyen las inespecíficas (VDRL, reagina plasmática rápida, RPR), las cuales son anticuerpos inespecíficos que aparecen en los tejidos después de la infección por *T. Pallidum*, así como por bacterias o virus de muchas clases (por ejemplo, enfermedades febriles agudas, inmunización, lepra, enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso, etc.) La presencia de los anticuerpos se identifica mediante pruebas de fijación de complemento (esto es una modificación de la reacción de Wasserman).

Se realiza también la prueba de ELISA.

Cuando el resultado es positivo, se encuentra la presencia de Reagina, que indica la presencia de un treponema, probablemente *Treponema pallidum*.

Las pruebas específicas son las siguientes:

- **Principio de las pruebas fluorescentes (FTA)** Se combina antiglobulina humana con fluoresceína. Por otro lado, los treponemas muertos se combinan con el suero de prueba, si el sujeto está infectado los treponemas adquieren una cubierta de anticuerpo globulínico. Por último, se combinan los resultados de los dos pasos anteriores, y si el resultado es positivo, el treponema se vuelve fluorescente.

- **Prueba de inmovilización treponémica (TPI)** Se emplean *Treponemas pallidum* vivos (obtenidos de un chanero en el conejo), observándose que quedan inmovilizados si se combinan con suero sifilítico. El costo de esta prueba es elevado.

TRATAMIENTO : El tratamiento recomendado es la administración de penicilina, recomendándose, en casos de sífilis primaria, secundaria y latente precoz una dosis única, intramuscular de penicilina G benzatínica. La sífilis latente tardía o la sífilis de duración desconocida se suele tratar durante 14 días con la administración intramuscular de una megadosis de penicilina procaina todos los días. En mujeres embarazadas alérgicas a la penicilina se recomienda una desensibilización a la penicilina en el hospital, ya que la eritromicina no llega a atravesar la placenta y el feto quedaría sin TX.

Otros antibióticos utilizados cuando hay sensibilidad a la penicilina, son las tetraciclinas, eritromicina y doxiciclina, los cuales se administran durante 10 a 15 días, al doble de la posología oral, y de manera concurrente con vitamina B y nistatina a causa de la tendencia a la diarrea, el prurito anal y a la infección por *Candida*.

Reacciones a las espiroquetas. El tratamiento con penicilina puede desencadenar una grave reacción llamada reacción de *Jarisch-Herxheimer*. Se cree que esta reacción se debe a la liberación brusca de lípidos de la pared celular de las espiroquetas hacia la circulación sanguínea materna y fetal, a medida que el organismo es destruido. Unas horas después del tratamiento, se pueden producir fiebre elevada, escalofríos, mialgias, taquicardia y ocasionalmente hipertensión y shock. Esta reacción puede ir acompañada de contracciones uterinas, disminución de los movimientos fetales y sufrimiento fetal (Wendel y cols., 1985).²²

²² DICKASON. op. cit. p. 605

- **GONOCOCIA** (Gonorrea) : Enfermedad producida por la bacteria llamada *Neisseria gonorrhoeae*, la cual infecta sobre todo las vías genitales y urinarias de hombres y mujeres, aunque pueden llegar a presentar varias complicaciones en otros tejidos corporales

La transmisión de *N. gonorrhoeae* de un sujeto a otro requiere de contacto entre las membranas infectadas y no infectadas de dos sujetos, transmitiéndose así a través de varios tipos de contacto heterosexual y homosexual (contactos genitogenitales, buco genitales y anogenitales)

SÍGNOS Y SÍNTOMAS :

- En el hombre : Esta infección causa **uretritis gonorreica**, la cual comienza en la punta del pene y progresa hacia el extremo vesical de la uretra. A acto seguido, el hombre experimenta una sensación quemante y molesta al orinar. Algunos días o semanas después de contraer la infección, a través de la uretra hay expulsión de secreción líquida, la cual al principio es acuosa, pero después se hace espesa y blanca a amarillo verdoso.

Si continúa sin tratamiento, la sensación quemante tal vez desaparezca espontáneamente después de dos a tres semanas, en tanto que la infección continúa avanzando y se extiende profundamente en los aparatos genital y urinario, pudiéndose ver afectados vejiga y riñones, próstata, vesículas seminales y epididimo

La prostatitis a veces produce un absceso, ya que la próstata puede hincharse a tal grado que oprima la vejiga y el recto, dificultando la micción y la defecación

La epididimitis se caracteriza por hinchazón dolorosa del testículo, la cual produce formación de tejido cicatricial, que puede bloquear el movimiento de espermatozoides desde el testículo al conducto deferente, causando esterilidad

- En la mujer : generalmente, la mujer es asintomática en aproximadamente un 80%, y el riesgo de que sean portadoras asintomáticas aumenta, y pasan a ser transmisoras de la enfermedad

La infección comienza en el cuello uterino, extendiéndose a vagina, lo que produce secreción, la cual persistirá aun después de la fase aguda. Al principio de la infección los signos y síntomas son uretritis, disuria, poliaquiuria descarga vaginal y malestar menstrual de iniciación súbita

La bartolinitis se produce cuando *N. gonorrhoeae* infecta a las glándulas de Bartholin, que puede causar hinchazón dolorosa de las mismas

La salpingitis, que es la infección de las tubas uterinas, puede causar cicatrización de éstas, lo que puede bloquear las tubas por completo, produciendo esterilidad, ya sea completa, o bien, se habla de esterilidad incompleta cuando se permite el paso del espermatozoide pero no del óvulo fecundado. Cuando no se permite el paso al óvulo fecundado, se llega a producir un embarazo tubario

La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) aparece cuando persiste la salpingitis y resuma pus de los extremos abiertos de las tubas uterinas hacia la cavidad abdominal. Los síntomas de la EIP se caracterizan por fiebre intensa, endometritis y cólicos abdominales.

Durante el embarazo, aumentan los riesgos de **RPM** (Ruptura prematura de membranas), nacimientos pretermino, corioamniotitis, sepsis neonatal, sepsis puerperal. En el feto aumenta el riesgo de adquirir **oftalmía neonatal** al momento del nacimiento. A medida que el feto pasa por el canal del parto de la madre infectada, *N. Gonorrhoeae* puede infectar las conjuntivas, lo que da como consecuencia la conjuntivitis u **oftalmía neonatal**, cuyos síntomas se hacen evidentes entre los tres y doce días después del nacimiento, y si no recibe tratamiento puede evolucionar rápidamente hacia ulceraciones corneales, y finalmente, a ceguera.

- En ambos sexos La gonorrea, además de infectar las estructuras genito-urinarias, también invade otros tejidos.

Proctitis gonorréica : Infección anal o rectal, se transmite durante la relación anal. En hombres, generalmente se transmite exclusivamente por contagio sexual, en tanto que en las mujeres existe además la posibilidad en un 50% de que la infección se propague al ano a través del flujo vaginal, y sólo un 25% experimentan irritación local, defecación dolorosa o derrame.

Otra posibilidad de contagio es la infección bucal o faríngea, resultado de actos sexuales bucogenitales.

Las complicaciones incluyen la **dermatitis gonocócica**, en la cual se producen lesiones en la piel, **endocarditis gonocócica**, infección del endocardio, membrana que reviste al corazón y forma las válvulas cardíacas, inflamación del iris ocular, **meningitis** y **artritis**.

DIAGNÓSTICO: Se realiza a través de la exploración directa de *N. Gonorrhoeae*. Para tal efecto en la mujer se conservan los labios mayores separados, y se examinan en busca de infección, ya sea en uretra, glándulas de Skene o glándulas de Bartholin. Los conductos glandulares y de la uretra se exprimen para obtener muestra de pus, si lo hay; asimismo, se toman frotis del cuello uterino, ya que es el reservorio principal de la infección. Acto seguido, se coloca la muestra en un porta-objetos, se tiñe y se observa al microscopio.

En el hombre, cuando experimenta derrame uretral, se pone una muestra de dicho derrame en un porta-objetos, se tiñe y se observa al microscopio.

El diagnóstico es un procedimiento de laboratorio, en donde pueden encontrarse diplococos intracelulares bajo coloración de Gram, o identificarse mediante el método inmunofluorescente, que requiere más tiempo, pero es esencial contar con pruebas de un cultivo positivo. Se efectúa también búsqueda de *Trichomonas*, *Candida* y *Chlamydia*, y se envía sangre para efectuar pruebas de *sífilis*, estableciendo diagnósticos diferenciales; además, se realiza la prueba de ELISA.

TRATAMIENTO : Se administran 1-2 megaunidades de penicilina procainica todos los días durante tres días. Si el paciente es sensible a la penicilina, o el microorganismo es resistente al antibiótico, son eficaces las grandes dosis orales de cefaloridina, tetraciclina y doxiciclina.

Al haber gonorrea sin complicaciones en hombres, puede bastar una sola inyección intramuscular de 2-4 megaunidades de penicilina.

- **CHANCROIDE** (Chancro blando) : Es una enfermedad infecciosa local que suele transmitirse por contacto sexual. Se debe a infección por *Haemophilus ducreyi* o bacilo de Ducrey, que produce una úlcera en el sitio de la infección, por lo regular en genitales. El periodo de incubación es de cerca de tres a cinco días.

SIGNOS Y SÍNTOMAS :

Posterior a la incubación, aparece una mácula roja, que cambia con rapidez hasta convertirse en pústula, y por último en úlcera. Las úlceras son numerosas, y su tamaño varía entre unos milímetros y varios centímetros; están bien definidas, con bordes que se proyectan (en forma de cráter), pero su base es superficial y tiene un esfacelo verdoso. A diferencia de las lesiones sifilíticas, éstas son blandas y dolorosas (el chancro sifilítico es duro e indoloro, y es mayor el periodo de incubación). *Haemophilus ducreyi* puede infectar al tejido cercano, originando múltiples pústulas y luego úlceras.

En la mujer : Se afectan vestíbulo, labios mayores, clitoris y regiones perianales

En el hombre : Las lesiones pueden aparecer en el prepucio, cuerpo del pene y ano.

Dos semanas después de la infección tiende a haber adenopatía inguinal para formar un **bubón chancroide**, así como presencia de pus. El bubón puede romperse, dando como resultado una infección secundaria, con descarga de olor fétido.

DIAGNÓSTICO :

Se realizan frotis de las úlceras, se tiñen con Giemsa, colocándose en un porta-objetos, posteriormente se observa al microscopio y se demuestra la presencia de *Haemophilus ducreyi*, ya que las lesiones están constituidas por tejido de granulación infiltrado por linfocitos y células plasmáticas

TRATAMIENTO :

Se administra co-trimoxazol a dosis de 960 mg. dos veces al día por vía oral. Puede administrarse también tetraciclina.

Si los ganglios linfáticos supuran, deberán aspirarse a través de la piel adyacente, pero no deben abrirse mediante incisión.

- **VAGINOSIS BACTERIANA (Vaginitis Inespecifica).**- Es una enfermedad de la vagina que no está causada por una especie particular de bacterias, y además, no induce la respuesta inflamatoria del huésped. Está asociada con cambios en el número y tipo de bacterias presentes en la vagina, es decir, aparecen los signos y síntomas cuando disminuyen las especies de *Lactobacillus* y las especies de bacterias anaerobias, mientras que *Gardnerella vaginalis* y *Mycoplasma hominis* aumentan. No se ha establecido la evidencia directa de transmisión sexual.

SIGNOS Y SÍNTOMAS :

Los signos experimentados con más frecuencia son aumento de flujo diluido y el olor. El olor se nota especialmente después del coito, porque el semen y las secreciones producidas durante la estimulación sexual aumentan el pH vaginal, lo que origina la liberación de aminas gaseosas que producen el olor. La irritación vaginal, el ardor o el prurito son poco frecuentes.

DIAGNÓSTICO :

El diagnóstico se hace clínicamente al identificar tres de las siguientes características:

- Flujo aumentado, gris, homogéneo, diluido
- pH vaginal elevado mayor de 4.5.
- Presencia de olor a aminas (como pescado)
- Presencia de células "guía" en el examen al microscopio de una preparación húmeda con suero salino

TRATAMIENTO :

Únicamente se recomienda en presencia de los signos y síntomas. Consiste en administración esquemática de ampicilina y amoxicilina, que son eficaces en un 40 a 70% de las mujeres y pueden utilizarse durante el embarazo. No se recomienda el tratamiento del compañero sexual.

La Vaginitis bacteriana es recidivante con frecuencia a pesar de un adecuado tratamiento.

- **LINFOGRANULOMA VENÉREO** - Enfermedad de transmisión sexual del sistema linfático, causada por un cocobacilo llamado *Chlamydia trachomatis*. Es causa de otras infecciones genitales y no genitales.

Los grupos de riesgo para las ETS tienen también un mayor riesgo de contraer infecciones por *Chlamydia*. Entre los grupos de alto riesgo se encuentran los jóvenes (menores de 24 años), solteros, que pertenecen a clases socioeconómicas bajas y en quienes usan métodos anticonceptivos que no sean de barrera. Asimismo, aquellas que tienen contacto con un hombre que padece una uretritis no gonocócica, y los que tienen varias parejas sexuales.

Los organismos invaden y se reproducen en el interior de las células que revisten el cuello, el endometrio, las tubas uterinas y la uretra. El Linfogranuloma Venéreo es una ETS que comienza con una úlcera genital no dolorosa y evoluciona hacia la aparición de una linfadenopatía, síntomas sistémicos, fiebre, mialgias y destrucción progresiva de tejidos.

Los riesgos al contraer la infección por *C. Trachomatis* ocasionan diversos trastornos clínicos, entre los cuales destacan Cervicitis, endometritis, bartolinitis, menstruaciones irregulares, salpingitis aguda, uretritis, perihepatitis (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis) y posiblemente embarazo ectópico e infertilidad. Las mujeres con infecciones por *C. Trachomatis* tienen un riesgo dos veces mayor de embarazo estúpido.

En el hombre, hay edema de los genitales externos (pene), uretritis, artritis, y conjuntivitis.

En ambos, puede ocurrir proctitis.

En el embarazo, las infecciones se asocian a parto prematuro, ruptura prematura de membranas, y nacimiento prematuro.

En relación al neonato, si las *C. Trachomatis* están presentes en el momento de un parto vaginal, del 50 al 60% de los niños se infectarán. La conjuntivitis por clamidias se desarrolla en la primera semana en el 20 a 50% de los niños expuestos, mientras que se desarrollara neumonía en el 10 a 20% de los lactantes expuestos durante las tres primeras semanas de vida (Schaeter y cols., 1980).

Se cree que *C. Trachomatis* puede participar como agente etiológico del carcinoma uterino.

SIGNOS Y SÍNTOMAS :

Comienza como una pequeña lesión en algún sitio de los genitales o perineo, afectando sobre todo labios vulvares, clitoris o uretra, aparece generalmente una a tres semanas después de la infección. La lesión es indolora y desaparece con rapidez. Puede haber descarga, siendo ésta entre acuosa y francamente purulenta según la gravedad de la reacción a la enfermedad. A medida que avanza la infección, hay adenopatía inguinal, que forma bubones semejantes a los que aparecen en el chancreoide. Puede surgir una ulceración secundaria en los genitales a medida que se forma el bubón inguinal, el cual acaba por romperse con formación de senos de descarga. Asimismo, al impedirse el movimiento de la linfa de los genitales a través de los ganglios linfáticos inguinales infectados, puede ocurrir hinchazón de pene, labio y clitoris. Estas estructuras pueden edematizarse demasiado dando lugar a un trastorno llamado elefantiasis. También puede haber crecimiento alrededor del ano, y estenosis rectal.

En la mujer se manifiesta por cervicitis, en otros casos salpingitis, endometritis, menstruaciones irregulares EIP crónica. Se forma un exudado gelatinoso en el fondo de saco de Douglas, a lo que siguen adherencias múltiples y oclusión tubaria, lo cual es una causa importante de esterilidad.

En el hombre infectado puede haber uretritis, edema del pene, artritis y conjuntivitis.

En ambos, pueden estar afectados los órganos pélvicos, por lo que sobrevendrán obstrucción intestinal y diversas comunicaciones fistulosas. Esta enfermedad, cuando se complica con perihepatitis, se acompaña de dolor agudo en el cuadrante superior derecho.

En el neonato, la conjuntivitis consiste en edema de los párpados, enrojecimiento conjuntival y secreción mucopurulenta, la cual, cuando no recibe TX, puede formar cicatrices en la córnea. Los signos de la neumonía son tos, taquipnea, malestar general,

²¹ DICKASON *Op.cit.* p. 594

cianosis y escasa ganancia de peso. En los RX de tórax se observa un infiltrado bacteriano difuso.

DIAGNÓSTICO :

Se diagnostica por la prueba de fijación del complemento para linfogranuloma venéreo (LFV - FC). Esta prueba permite descubrir 97% de todos los casos conocidos. Otros métodos son la detección de antígenos o análisis de inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA) , para identificar la infección

TRATAMIENTO :

Son eficaces la tetraciclina y eritromicina. En esta enfermedad se debe dar tratamiento a ambos miembros de la pareja.

- **URETRITIS NO GONOCÓCICA** .- Se le da este nombre a cualquier infección o inflamación de la uretra en la que no se determina la causa o no puede determinarse. Se cree que la cópula excesiva o vigorosa puede ser la causa de la inflamación.

SIGNOS Y SÍNTOMAS :

La mujer es asintomática, y al parecer son portadoras de la infección

En los hombres, suele producir un derrame turbio y acuoso y una sensación quemante en la uretra

DIAGNÓSTICO :

Se efectúan estudios de laboratorio de las secreciones, y es por diagnóstico diferencial , sobre todo con la gonorrea.

TRATAMIENTO:

Se trata con antibióticos, los cuales han reportado resultados variables, por lo que queda a consideración del médico su utilización; El TX es para ambos miembros de la pareja. Se sugiere la abstinencia del coito durante el TX, y esperar a que disminuyen la inflamación.

- **GRANULOMA INGUINAL** .- lo produce un microorganismo gramnegativo, con forma de bastoncillos encapsulados, llamado *Donovania granulomatis*. Se caracteriza por la aparición de un nódulo indoloro, similar al de la sífilis, en especial la de la etapa secundaria.

SIGNOS Y SÍNTOMAS :

El granuloma inguinal se inicia como un nódulo indoloro que se desintegra para formar una úlcera con base roja granulosa. Aparece en las regiones genital, inguinal o perianal, y la ulceración extiende la infección a tejidos adyacentes; posteriormente, invade los ganglios linfáticos, produciendo adenopatía local. En la región se acumulan grandes números de histiocitos con bacterias. Las úlceras, llagas o lesiones rara vez sanan en

forma espontánea, sino que se siguen extendiendo, destruyéndose gran parte del tejido infectado, siendo substituído sólo por tejido cicatrizal. Con el tiempo, las ulceraciones producen un olor penetrante característico.

El microorganismo puede ulcerar el cuello uterino y extenderse hasta el endometrio.

DIAGNÓSTICO :

Debe examinarse bajo el microscopio un frotis del material que se toma de las lesiones. *D. granulomatis* se observa en forma de bastoncillos encapsulados, que a su vez se llaman **cuerpos de Donovan**.

TRATAMIENTO :

El trastorno reacciona a la administración de tetraciclina durante dos a tres semanas. Sin embargo, si se diagnostica en fase tardía, no puede corregirse el daño que haya ocurrido, aunque la enfermedad misma pueda detenerse. Además, si no se trata esta enfermedad progresiva, puede producir la muerte.

Si la mujer está embarazada deberá producirse el aborto, y si el embarazo llega a término será muy elevada la morbilidad fetal.

GRUPO VIRAL

- HERPES GENITAL (Virus del Herpes Simple ó VHS).- Enfermedad de Transmisión

Sexual transmitida por los *herpes virus*, los cuales están formados por material ADN encerrado en una cubierta proteica y rodeados por una capa lipídica. Los *Herpes virus* pertenecen a la familia de los Citomegalovirus. La infección por VHS se produce por la fijación de partículas víricas a la membrana celular sensible, la penetración en la célula y la posterior liberación del ADN vírico al citoplasma celular, el cual es transportado e incorporado al núcleo celular. Acto seguido, la célula produce proteínas víricas y replica el ADN vírico. Los virus se forman en el núcleo y después son transportados a través de la célula hasta el líquido extracelular.

El virus puede afectar a las vías genitales inferiores o a la boca. Es muy infeccioso, y pueden ocurrir ataques recurrentes cada tres o cuatro semanas, representando un potencial de diseminación amplia hacia las demás personas que se encuentran alrededor del enfermo.

La transmisión del virus se produce por contacto directo del virus con tejidos mucosos sensibles (orofaringe, labios, cuello, vagina, conjuntiva) o con la piel lesionada.

En el embarazo, la infección primaria por VHS se asocia a un mayor riesgo de aborto espontáneo, bajo peso al nacer y parto pretérmino.

La infección neonatal por VHS ocurre durante el paso a través del canal del parto infectado mediante el ascenso de la infección después de la ruptura de membranas.

Se ha dicho que el VHS puede tener cierta actividad etiológica en relación con el cáncer cervicouterino.

Las personas infectadas por *herpes virus* tienen 8 veces mayor el riesgo para infección VIH.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Tras la inoculación con el VHS, la persona puede presentar síntomas, o bien, estar asintomática. Durante la infección primaria, el virus asciende por los nervios sensitivos o autonómicos y establece la infección latente.

La infección por VHS genital primaria sintomática se acompaña generalmente de síntomas sistémicos y locales prolongados. Así, la fiebre, cefaleas, malestar general y mialgias son síntomas comunes, que pueden persistir durante los 3 ó 4 días después de desarrollarse la lesión. Entre los síntomas locales se encuentran dolor intenso, prurito, edema, eritema; si está afectada la región periuretral hay disuria, retención de orina, secreción vaginal o uretral y ganglios linfáticos inguinales dolorosos. Las lesiones típicas se inician como pápulas pequeñas, induradas e hipersensibles que se convierten en vesículas y después se desintegran para dejar úlceras superficiales. Las lesiones pueden extenderse por toda el área genital.

Las lesiones ulceradas del herpes primario pueden persistir de 4 a 15 días, antes de su curación. Se produce cervicitis en la mayoría de las mujeres con infección por VHS primaria.

Posterior a la curación, sobreviene un periodo de latencia durante el cual el virus se conserva en los ganglios sacros. Pueden ocurrir ataques posteriores, localizándose los

signos y síntomas de *HSV* genital recurrente en la región genital; los síntomas de aviso incluyen hormigueo local, prurito o dolores fulgurantes en las nalgas, piernas o caderas.

DIAGNÓSTICO :

El diagnóstico se efectúa por una historia de hormigueo, prurito o lesiones dolorosas en el área genital, muslos o nalgas, que tienen el aspecto de vesículas que se rompen, se ulceran, se forma una costra sobre ellas y curan. Se confirma mediante examen de los frotis de las lesiones, a través de un cultivo vírico del líquido vesicular. Se utiliza la prueba de ELISA. El estudio revela grandes células polinucleadas cuyos núcleos contienen cuerpos de inclusión eosinófilos. La cromatina de estos núcleos está comprimida contra la membrana nuclear. Puede establecerse cierto grado de inmunidad durante los ataques recurrentes y la búsqueda de anticuerpos ayudará a distinguir entre los ataques primarios y los secundarios.

TRATAMIENTO :

Los síntomas locales agudos se pueden aliviar mediante aplicación de hielo durante 20 a 30 minutos. Pueden emplearse de manera semejante cremas suavizantes no esteroideas. También se administran analgésicos como lidocaina al 2%.

Es eficaz la aplicación de acyclovir en pomada al 3%, pero sólo si se inicia este tratamiento al empezar los signos y síntomas. Puede administrarse también acyclovir por vía oral a dosis de 200 mg cada cuatro horas durante cinco días, ya que éste inhibe la proliferación del ADN viral sin dañar a las células del huesped.

No se recomienda el uso de acyclovir durante el embarazo, excepto en casos de infección diseminada, potencialmente mortales.

Otras medidas consisten en nitrato de plata al 10% aplicado a las úlceras, y el empleo de Betadine para controlar la infección secundaria.

La infección por VHS es incurable, y el tratamiento únicamente reduce la gravedad de la enfermedad y previene los ataques recurrentes.

- **HEPATITIS TIPO B.** (Hepatitis sérica o antigénica de Australia).- Se le relaciona con las ETS de manera estrecha, ya que entre sus modos de transmisión se encuentran los siguientes:

- Inoculación por vía parenteral de sangre humana, plasma, suero, saliva, semen, etc.

- Contaminación de una herida, por ingestión de sangre y por estrecho contacto personal, ya que en individuos con enfermedad venérea, los antígenos Ag, Hbs y Anti-HBs están elevados alrededor de 10 veces más que en el resto de la población.

Tiene un periodo de incubación de 45 a 160 días, con promedio de 60 a 90 días.

La sangre del portador es infectante muchas semanas antes de los primeros síntomas, y continúa siéndolo durante la fase aguda y durante el tiempo que puede durar el estado de portador crónico, que puede ser de años.

La *Hepatitis tipo B* tiene una alta incidencia en homosexuales.

SIGNOS Y SÍNTOMAS :

Principio insidioso, con anorexia, malestar abdominal leve, náuseas y vómito, a veces artralgias, evolucionando a menudo hacia la ictericia. Puede cursar con o sin fiebre.

La gravedad presenta variaciones externas, desde el caso inaparente, identificado sólo por pruebas bioquímicas de la función hepática, a los casos fulminantes, mortales, de necrosis hepática aguda

DIAGNÓSTICO :

A través de pruebas serológicas específicas, es posible identificar el virón activo de la *hepatitis B*, partícula esférica que contiene una esfera de ADN de doble hélice.

Se estudian los sistemas antígenicos, que son los siguientes

- Antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg). Después del periodo activo de la infección inicial, desaparece un tiempo y posteriormente vuelve a hacer presencia.
- Anticuerpo superficial de la hepatitis B (HBsAb), aparece al final del periodo activo de la infección y dura meses después de la recuperación.
- Anticuerpo central de la hepatitis B, aparece antes que el anticuerpo superficial, y dura mucho tiempo después, a veces indefinidamente. En los portadores crónicos existe el antígeno de superficie y el antígeno central, pero no el antígeno superficial, que sirve así para su distinción.

TRATAMIENTO :

No hay tratamiento médico específico.

Como medida profiláctica se recomienda la inmunización activa a los individuos de alto riesgo, la cual consiste en la aplicación de la **Vacuna Antihepatitis B** (compuesta de partículas superficiales purificadas y tratadas con formol, obtenidas del plasma de portadores crónicos).

Dentro de la profilaxis, se incluyen los siguientes parámetros:

- Limitar y seleccionar casos de transfusión sanguínea.
- Normas estrictas en bancos de sangre.
- Esterilización de material y equipo quirúrgico.
- Desinfección de instrumentos contaminados con sangre y secreciones.

Las medidas que se recomiendan cuando la enfermedad está presente en su fase activa son:

- Reposo absoluto hasta que ceda la ictericia y luego reposo relativo hasta la normalización de transaminasas.
- Dieta pobre en grasas y rica en hidratos de carbono.
- Vitamina K para casos que cursen con protrombina baja.

- **VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO ó VPH (CONDILOMA ACUMINADO).**- Aunque en un principio se atribuía el origen de esta infección a las ETS, actualmente el origen y forma de infección a menudo se desconocen, siendo frecuentes las infecciones mixtas, siendo el condiloma acuminado o verrugas genitales (papilomas) el signo más común.

El condiloma es un crecimiento tumoral causado por el *VPH*. Este virus por lo regular puede descubrirse en los núcleos de las células infectadas. Las lesiones por *VPH* con frecuencia son asintomáticas.

Entre los riesgos que entraña esta enfermedad, están los siguientes:

Durante el embarazo, las lesiones papilares de la infección por *VPH* pueden aumentar en tamaño y número. La causa de esto puede ser la disminución de la inmunidad mediada por células y los factores de crecimiento presentes durante la gestación. Es posible que las lesiones se vuelvan más vasculares y frías durante la gestación, y en algún caso, puede observarse un crecimiento exagerado en vulva y vagina.

La transmisión perinatal se produce durante el paso a través del canal del parto contaminado, aunque el ascenso desde el cuello y la vagina hacia el útero, el paso transplacentario y la transmisión postnatal, son también posibles medios de infección.

Es posible que el *VPH* desempeñe un papel directo en el cáncer del aparato genital inferior.

SIGNOS Y SÍNTOMAS :

El condiloma acuminado es asintomático, y consiste en verrugas genitales que crecen con rapidez, tienen aspecto de masas blandas, rosadas, blancas o marrones, con formas papilares (de coliflor), pueden ser únicas o múltiples, del tamaño de una pequeña cabeza de alfiler, o bien pueden alcanzar varios centímetros de tamaño. Pueden tener el aspecto de verrugas cutáneas o ser aplanadas.

Normalmente, las verrugas genitales son pequeños crecimientos benignos que proliferan sobre la superficie sobre la que crecen; sin embargo, en ocasiones pueden crecer mucho y penetrar en los tejidos por debajo de la superficie, y a veces se transforman en crecimientos gigantes, llamados tumores de Buschke-Lowenstein, que destruyen los tejidos subyacentes. De esta manera, se comportan como si fueran cancerosos, afectando, por ejemplo, a todo el pene, a tal grado que éste debe extirparse quirúrgicamente.

Debido a que el condiloma acuminado puede hacerse canceroso en ocasiones, se debe tener especial vigilancia médica.

Las lesiones son más frecuentes en zonas húmedas, así, en los hombres suelen crecer debajo del prepucio, en el extremo de la uretra, y con menos frecuencia alrededor del ano; en mujeres el condiloma acuminado se puede encontrar en el tejido genital externo, desde el monte de Venus hasta la región anorrectal, y con menor frecuencia en pared vaginal y cuello uterino.

DIAGNÓSTICO :

Las verrugas genitales son detectadas por identificación citológica de alteraciones de las células escamosas en el Papanicolaou o por colposcopia.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

TRATAMIENTO :

Son varios los regimenes terapéuticos, resaltando los siguientes:

- La solución de podofilix al 0.5% con aplicación tópica dos veces al día durante 3 días, y tras un descanso de 4 días se repite el ciclo durante 2 ó 3 semanas más. Contraindicada en el embarazo.
- La solución de podofilina tópica al 10% en alcohol se recomienda aplicar sobre la verruga, dos veces a la semana, hasta que la verruga se seque y se desprenda. La podofilina debe lavarse cuatro a seis horas después de cada aplicación. Está contraindicada durante el embarazo debido al mayor potencial de toxicidad materna y fetal
- Se puede llegar a usar el interferón en lesiones persistentes, pero no durante el embarazo.
- La extirpación de las lesiones con láser, electrocauterio, extirpación con corte o aspiración ultrasónica Cavitron, son métodos utilizados únicamente en lesiones muy grandes.

S. I. D. A.

SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) .- Es la última fase de una enfermedad contagiosa y mortal producida por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (*V. I. H.*), el cual destruye las defensas naturales del organismo, siendo las relaciones sexuales y las ETS dos de los canales de transmisión más comunes

Los efectos de esta enfermedad son la destrucción de las defensas del organismo, el cual ya no es capaz de combatir otras enfermedades graves trayendo como consecuencia padecimientos que provocan la muerte.

La vía de transmisión más común es por contacto sexual genital, vaginal, anal, u oral con personas infectadas por *V.I.H.*, ya que el semen, las secreciones vaginales y la úlcera genital favorecen la transmisión

Otro medio es la sangre contaminada con el *V.I.H.* en las transfusiones o al recibir donaciones de órganos de personas infectadas. También hay transmisión transplacentaria durante el embarazo, al nacer el bebé, o después del nacimiento. Por compartir y utilizar material contaminado como son jeringas, agujas, material quirúrgico o dental, etc

Cabe mencionar que este padecimiento se ha extendido a nivel mundial, y es ya una de las principales causas de morbi-mortalidad. Tan sólo en el Distrito Federal ocupa el tercer lugar como causa de muerte en el sexo masculino; y el primer lugar dentro de la transmisión de Enfermedades de Transmisión Sexual.

Dada su importancia, a continuación se describe la situación epidemiológica del **SIDA** a nivel nacional, de acuerdo a los datos aportados por **Secretaría de Gobernación; Secretaría de Salud; CONAPO y CONASIDA.**

Hasta el 4º Trimestre de 1996 ² (datos actualizados al 1º de enero de 1997), se puede observar que la transmisión del *V.I.H.* tiene un patrón cada vez más heterosexual y afecta dándose primordialmente en el medio rural

Además, se han registrado hasta el 1º de enero de 1997 un total de 29,962 casos, por lo que se calcula que la Estimación del número real de casos de **SIDA** en México es de aproximadamente 42,814 casos al corregir por subnotificación

Transmisión por edad y sexo:

Se calcula que por cada 6 a 8 hombres infectados por el *V.I.H.* hay una mujer

Casos de SIDA por edad y sexo.				
México, hasta el 1º de enero de 1997.*				
Grupo Etáreo	Sexo Masculino	Sexo Femenino	Total	Tasa
15 - 19 años	377	108	485	1.6
20 - 24 años	2533	483	3016	10.1
Otros grupos etáreos	22 861	3 600	26 461	88.3
Total	25 771	4 191	29 962	100

² Referente a la Información de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, el 4º trimestre está comprendido del 2 de octubre de 1996 al 1º de enero de 1997.

* Para efectos de la investigación, del total de las edades únicamente se mencionan los datos referentes a los grupos etáreos que corresponden a la adolescencia

En lo que respecta a la distribución geográfica, a nivel nacional el Distrito Federal ocupa el primer lugar, seguido por Baja California y Jalisco*

Entidad Federativa	Casos acumulados al 1° de enero de 1997.	
Distrito Federal	8 897	(30%)
Baja California	1 063	(4%)
Jalisco	3 446	(12%)
Otras entidades	16 556	(54%)
Total	29 962	(100%)

Referente a la categoría de transmisión, es palpable que las relaciones sexuales continúan siendo en México la principal causa.

A continuación se especifican los casos de SIDA en adolescentes acumulados hasta el 4° trimestre de 1996, en lo que respecta a la categoría de transmisión, edad y sexo, comparándose con la transmisión en adultos².

CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN	Núm. de Casos acumulados al 1° de enero de 1997.				
	Adolescentes		Adultos		Total
	M	F	M	F	
Homosexuales	929	0	6 078	0	7 007
Bisexuales	562	-	4 321	-	4 883
Heterosexuales	523	291	4 019	1 191	6 024
SUBTOTAL TRANSMISIÓN SEXUAL	2 014	291	14 418	1 191	17 914
Transfusión Sanguínea	109	144	850	1 132	2 235
Ex-donadores remunerados	23	5	292	43	363
Hemofílicos	65	0	189	0	254
Drogadictos intravenosos	29	7	148	15	199
Exposición ocupacional	0	0	4	4	8
SUBTOTAL TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	226	156	1 483	1 194	3 059
Homosexuales/ Drogadictos IV ³	30	-	172	-	202
Transmisión Perinatal	0	0	201	170	371
No documentados ³	640	144	6 587	1045	8416
TOTAL	2 910	591	22 861	3 600	29 962

* De acuerdo al Banco de Datos Sociodemográficos 1980 - 2010 (Sec. Gobernación / CONAPO).
(Tasas de Incidencia por 100 000 habitantes).

² Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA, Secretaría de Salud.

NOTA ACLARATORIA: Los cuadros antes descritos no aparecen como tal en el Reg. Nal. De Casos de SIDA, sino que a iniciativa del autor de la investigación es conveniente conjuntar datos de diferentes cuadros, que son afines al tema. Se consideran en adolescencia las edades que van de los 15 a los 24 años.

³ Se entiende por no documentados a la proporción de casos que es captada mediante certificado de defunción y dicho documento no cotitiga variables específicas sobre vigilancia epidemiológica del SIDA.

SIGNOS Y SÍNTOMAS :

El **SIDA** no puede quedar clasificado como una enfermedad, sino como un síndrome que destruye las defensas naturales del organismo, dejándolo a merced de las infecciones oportunistas.

Así, los signos y síntomas se dan en varias etapas, en donde el curso y la progresión de la enfermedad van a depender de la edad, sexo, modo de infección e infecciones oportunistas. Después de estar en contacto con el virus, inicialmente hay fatiga y fiebre de duración variable. Posteriormente, el individuo permanece asintomático por un tiempo, llamado "de ventana", seguido de adenopatías, diarrea y pérdida de peso. Además, los efectos neurológicos de la infección por **V.I.H.** son: Encefalopatía; cambio de personalidad, falta de concentración, deterioro del habla y de la visión. Con la presencia de otras enfermedades, se hace el diagnóstico de **SIDA** y finalmente se presenta la muerte.

DIAGNÓSTICO :

Es de suma importancia realizar los exámenes de laboratorio en personas que se sospeche pudieran haber contraído el virus, o en quienes desarrollen enfermedades infecciosas relacionadas con este.

Los análisis de laboratorio consisten en las siguientes pruebas:

a) **ELISA** (Ensayo inmunoabsorbente de enlace enzimático).

Detecta la presencia de anticuerpos en la sangre, y es útil no únicamente para el diagnóstico de **V.I.H.**, sino que suele emplearse para las enfermedades que se relacionan con transmisión por sangre, secreciones corporales y los derivados de éstos.

b) **WESTERN BLOT** (Prueba confirmatoria permanente).

Una vez que el resultado de la prueba de **ELISA** fue positivo, o bien, se duda sobre un resultado falso negativo, esta prueba es específica para la detección del **V.I.H.** en sangre.

TRATAMIENTO :

No existe tratamiento que cure o prevenga el **SIDA**, y actualmente las medidas terapéuticas intentan retardar la progresión de la enfermedad y aliviar los síntomas conforme éstos se presentan.

El medicamento que se usa de sostén para retardar la aparición de los efectos causados por el **V.I.H.**, y que ha tenido resultados satisfactorios mejorando la calidad del vida de los que padecen la infección, es la Zidovudina (**AZT**).

Otra medida profiláctica es el conteo de Células **CD4**, cada dos meses, aproximadamente, para valorar el estado inmunológico en que se encuentra el individuo.

INFECCIONES MÁS FRECUENTES ASOCIADAS CON EL SIDA.

Considero oportuno hacer mención de las infecciones mas frecuentes asociadas con el SIDA, relacionando los agentes causales de la enfermedad con los sitios de infección y las manifestaciones clinicas mas importantes²⁴

AGENTES	SITIOS DE INFECCIÓN	MANIF. CLÍNICAS
Protozoarios		
<i>Pneumocystis carinii</i>	Pulmones	Neumonia
<i>Toxoplasma gondii</i>	- Cerebro - Ganglios linfáticos, sangre	- Abscesos - Infecciones diseminadas
<i>Giardia lamblia</i>	Intestino y vías biliares	Diarrea
<i>Entamoeba histolytica</i>	Intestino, hígado	Diarrea
<i>Cryptosporidium parvum</i>	Intestino	Diarrea
Virus		
<i>Herpes simple</i>	-Boca, genitales, gluteos, manos - Cerebro	- Lesiones ulcerosas - Infecciones diseminadas
<i>Citomegalovirus</i>	- Pulmones - Ganglios linfáticos, hígado, sangre, - Ojos - Intestino	- Neumonia - Infecciones diseminadas - Retinitis - Colitis
<i>Epstein - Barr</i>	- Sangre, cerebro, hígado; ganglios linfáticos	- Infecciones diseminadas
Bacterias		
<i>Salmonella</i> (varias)	Intestino, sangre	Diarrea ; septicemia
<i>Shigella flexneri</i>	Intestino	Diarrea
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Pulmón	Tuberculosis
<i>Mycobacterium avium-intracellulare</i>	Hígado, ganglios linfáticos, bazo; médula ósea	Linfadenopatía e infecciones diseminadas
Hongos		
<i>Cryptococcus neoformans</i>	- Cerebro - Pulmones - Piel	- Meningitis - Neumonia - Infecciones diseminadas
<i>Aspergilosis</i>	Pulmón, Cerebro	Neumonia e infecciones diseminadas
<i>Histoplasmosis</i>	Pulmón; piel, ganglios linfáticos	Neumonia e infecciones diseminadas
<i>Cándida albicans</i>	Boca; garganta; esófago	Algodoncillo bucal y esofagitis.

²⁴ FUENTE : DANIELS, SIDA, p. 90-91

- Las infecciones diseminadas indican afección de pulmones, múltiples ganglios linfáticos y otros órganos internos

- Los síntomas neuropsicológicos son el resultado de las infecciones oportunistas en el S.N.C. y de la acción directa de infecciones oportunistas en el S.N.P.; los trastornos son categorizados según el área anatómica involucrada. Los efectos neurológicos son: Encefalopatía, cambio de personalidad, falta de concentración; deterioro del habla y de la visión

Los síndromes clínicos se clasifican en dos entidades

- El síndrome orgánico cerebral tipo delirium, en donde están alteradas las funciones cognitivas, y se caracteriza porque los pacientes presentan alteraciones en las funciones de memoria, concentración, cálculos, actividades motoras finas, capacidad de adaptación y pueden llegar a una desorganización de tipo psicótico (ideas delirantes y alucinaciones). Este síndrome se presenta en un 90% de los pacientes con infección por *VIIH*

- El síndrome orgánico cerebral tipo demencia denominado **Complejo Demencial Relacionado al SIDA** surge posterior a la ansiedad y la depresión, dando como resultado alteraciones en el proceso cognoscitivo y el desarrollo de la demencia.

- **SIDA PERINATAL**: Hay transmisión perinatal en aproximadamente el 50% de los casos.

Los factores de riesgo son: Virus; Infecciones interrecurrentes; Genética; Situación clínica e inmunológica; Lactancia materna; Dos terceras partes de neonatos se infectan alrededor del parto. En casos de gemelos, el primer gemelo se infecta con mayor probabilidad que el segundo.

Las infecciones oportunistas más frecuentes son las pulmonares (*Neumocistis carinii*).

Características maternas de infección: Generalmente son jóvenes cuya edad es de aproximadamente 27 años; Infecciones adquiridas en el embarazo; Generalmente son infectadas por la pareja; Relación en la mayoría con adicción a las drogas; Son portadoras asintomáticas.

Promedio de vida: En la mayoría de los casos la infección es a partir del segundo año de vida; en otros casos la enfermedad se manifiesta en los primeros meses de vida, y el niño fallece en el transcurso del primer año.

Tratamiento: Valorar CD4, llevar control ultrasonográfico, monitoreo electrocardiográfico, trimetropin con sulfametoxazol (no es contraproducente con el embarazo), TX con AZT.

- **SIDA Y PEDIATRÍA**: La transmisión perinatal es la que se presenta con mayor frecuencia en los niños. Otras vías de transmisión son: Transfusional, hemofílico, sexual (p. Ej. abuso sexual, así como la práctica de las relaciones sexuales durante la adolescencia)

Enfermedades recurrentes: Meningitis, toxoplasmosis, sepsis, neumonía, infecciones de vías urinarias, celulitis, linfadenitis, impétigo, enterocolitis, otitis media crónica supurativa, absceso perinéfrico, etc.

Tratamiento: Vacunación antineumocócica, inmunoglobulina endovenosa; AZT; Aplicación de la vacuna BCG (excepto en pacientes sintomáticos), TX contra Neumonía, tuberculosis, infecciones recurrentes y las complicaciones de cualquiera de estas enfermedades.

- **SIDA Y TUBERCULOSIS**: La tuberculosis extrapulmonar es una de las complicaciones más frecuentes relacionadas con *VIIH*. Se dice que en África y América la mitad de los pacientes la desarrollan.

Esta infección se activa cuando la inmunidad celular deja de ejercer su acción. La incidencia de tuberculosis es 500 veces mayor en personas con VIH.

Tratamiento: Quimioterapia (9 a 12 meses); Isoniacida más rifampicina más etambutol. AZT.

- **SIDA Y NEUMONÍA**: Junto con la tuberculosis constituye la mayor de las infecciones oportunistas. Causada por *Pneumocystis carinii*.

Tratamiento: Pentamidina y Trimetropin con sulfametoxazol. AZT.

- **SIDA Y CÁNCER**: Existe similitud entre SIDA y CÁNCER, sólo que el SIDA es una enfermedad del ARN y el CÁNCER del ADN.

El SIDA es un tipo de cáncer linfático, que se conoce como Sarcoma de Kaposi, el cual se adquiere por transmisión sexual anal. Se clasifica en:

- a) Clásico - Tumor lento, que se manifiesta sobre todo en hombres mayores.
- b) Endémico - Es nodular, se presenta en especial en niños; progresivo y mortal.
- c) Epidémico - Presenta lesiones variables. Su origen es un neoplasma microcelular multicentrico.

El 30% de los pacientes con VIH desarrollan Sarcoma de Kaposi, y la sobrevida es de 6 meses a un año.

Tratamiento: Tiene objetos paliativos para reducir el dolor y los problemas cosméticos para mejorar la apariencia de las manifestaciones de las ulceraciones.

Radioterapia para lesiones pequeñas; Quimioterapia (Bleomicina + Vincristina + Adriamicina). AZT.

- **SIDA - LINFOMAS NO HODKING Y HODKING**

La vía de transmisión es la misma que para el Sarcoma de Kaposi, sólo que en los Linfomas cuando se da la activación del RNA, éste actúa sobre los Oncogenes y los activa, produciendo linfomas.

A medida que pasa el tiempo, aumenta la incidencia de tumores en pacientes con VIH.

Tratamiento: Radioterapia local, Radioterapia para afectación cerebral; Quimioterapia (Ciclofosfamida + Adriamicina + Oncovin o Vincristina + Prednisona).

- **SIDA Y HERPES**: El Herpes es una lesión cutánea persistente por más de un mes, y puede permitir la infección por VIH en células CD-4, la asociación entre *Herpes Genital* y VIH es que las personas infectadas por *Herpes genital* tienen un riesgo 8 veces mayor de contraer la infección VIH.

Áreas que infecta el Herpes Simple en pacientes con infección VIH:

- **Médula espinal** (mielitis ascendente o descendente).- Se manifiesta como cambios sensoriales en los pacientes.

- **Esófago**.- Provoca esofagitis, manifestada por úlceras individuales o extensas, ocasionando además disfagia y odinofagia.

- **Intestino grueso**.- La proctitis se manifiesta por dolor rectal, tenesmo, evacuaciones con moco y lesiones. Sus síntomas neurológicos son: Impotencia, vejiga neurogénica y radiculopatía del sacro²².

Tratamiento: Acyclovir (Si la lesión es muy profunda usar vía intravenosa).

Foscarnet (Fármaco efectivo, pero de elevado precio). AZT.

²² NOTA: Para la elaboración del artículo "Infecciones más frecuentes asociadas con el SIDA" fue de vital importancia la información recabada en el "III Simposium Internacional de Antivirales en SIDA", realizado en Centro Médico Nacional en 1993.

GRUPO DE PROTOZOOS

- **TRICOMONIASIS.**- Vaginitis provocada por el protozoo flagelado *Trichomonas vaginalis*, el cual coloniza la uretra de hombres y mujeres, además de la vagina femenina. Cuando alcanza niveles infecciosos, afecta en el hombre la uretra y próstata; en la mujer causa infecciones en vagina, cuello uterino y vejiga urinaria.

Se transmite principalmente por vía sexual, con un período de incubación de 4 a 28 días. El principal factor de riesgo para la adquisición de esta infección es el número elevado de compañeros sexuales.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

En hombres: Esta infección rara vez causa malestar alguno, excepto prurito del pene y a veces una excreción transparente poco abundante. Además, la infección puede producir dolor inguinal y fiebre, y tal vez experimente una sensación quemante durante la eyaculación y después de ésta.

En mujeres: Alrededor del 50% de las pacientes con tricomoniasis permanecen asintomáticas. Si se presentan, los síntomas pueden ser flujo en ocasiones maloliente de color gris a verde-anarillento, prurito vaginal, dispareunia y disuria. En la exploración vaginal, los labios están pálidos o eritematosos. El flujo puede llegar a la vulva y la exploración con espéculo muestra flujo abundante. Las paredes vaginales pueden estar eritematosas.

DIAGNÓSTICO:

La tricomoniasis se diagnostica al examinar bajo el microscopio una pequeña cantidad de flujo. *Trichomonas vaginalis* se diagnostica con facilidad.

TRATAMIENTO:

La infección se trata con metronidazol, el cual debe tomarse durante cerca de 10 días. Se trata de manera simultánea a la pareja sexual.

Las recomendaciones del tratamiento con metronidazol son: Abstenerse de ingerir bebidas alcohólicas; no tener relaciones sexuales, o bien, el hombre debe usar preservativo.

Los efectos secundarios del metronidazol incluyen: náusea y vómito, mal sabor de boca, orina oscura y pérdida de apetito.

GRUPO DE HONGOS

CANDIDIASIS GENITAL :- El hongo levaduriforme *Candida albicans* es un habitante común del cuerpo humano, es especial de la boca, vía digestiva y vagina. El crecimiento de *C. Albicans* y su efecto en el organismo, está limitado por las bacterias coexistentes; así, cuando el número de dichas bacterias disminuye, el hongo crece sin límites, y puede constituir una infección grave. El aumento del crecimiento de *C. Albicans* también tiene relación con el uso de otros medicamentos, incluyendo corticoesteroides y píldoras anticonceptivas. Otras situaciones predisponentes son el embarazo, menstruación, obesidad, antibióticos, diabetes mellitus e inmunosupresión.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

En hombres: La infección puede ocurrir en la parte inferior de las vías urinarias, y se le llama **uretritis candidiásica**.

En mujeres: Afecta principalmente la vagina, y es más frecuente en mujeres diabéticas y postmenopáusicas. Los signos y síntomas incluyen flujo espeso y blanco y de olor mohoso desagradable, ardor, dispareunia, disuria, prurito vulvovaginal. El revestimiento de la vagina puede estar inflamado y cubierto con placas blancas que se fusionan. En ocasiones, los labios se inflaman y enrojecen.

DIAGNÓSTICO:

C. Albicans se identifica con facilidad al examinar al microscopio una muestra de flujo, así como por la presencia de la sintomatología característica de la enfermedad.

TRATAMIENTO:

Los tratamientos recomendados incluyen una amplia variedad de cremas, supositorios y óvulos vaginales antimicóticos. Las terapéuticas vaginales, como la nistatina, el clotrimazol o el miconazol, se recomienda su uso en dosis únicas diarias durante 7 a 10 días.

Las recomendaciones incluyen el uso de ropa interior de algodón y no usar pantimedias para aumentar la circulación de aire en el área vulvar, no usar ropa ajustada; durante el tratamiento, en las relaciones sexuales se recomienda el uso del preservativo, para evitar reinfecciones.

- **TIÑA INGUINAL** :- Enfermedad causada por el *Epidermophyton floccosum*. Suele transmitirse por contacto sexual, o bien, por el contacto con ropa y sostenes atléticos infestados.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

La enfermedad suele limitarse a la ingle y superficies de la región interna del muslo, produciendo lesiones pardas con límites precisos.

DIAGNÓSTICO:

E. Floccosum puede identificarse en frotis de la piel, y observación al microscopio.

TRATAMIENTO:

Se trata con fungicidas, pomada de Whitfield o solución al 1% de violeta de genciana.

Las recomendaciones son similares a las del tratamiento de *C. Albicans*

GRUPO DE ECTOPARÁSITOS

- **SARNA** :- Es una infestación muy contagiosa causada por un ácaro parásito *Sarcoptes scabiei*, que atacan hombres y mujeres de todas las edades, transmitiéndose con facilidad durante contacto estrecho o íntimo. Infestan con facilidad los genitales y las nalgas, por lo que una de las principales vías de transmisión es el contacto sexual. La hembra se incrusta en la piel del huésped, y comienza a depositar dos o tres huevos al día, y lo sigue haciendo, a veces incluso durante meses. Los túneles, que son los lugares donde cava la hembra para depositar los huevos, se limitan a la capa externa de la epidermis. Los ácaros larvarios o inmaduros salen de los huevos en tres a cuatro días, abandonan el túnel, y se desplazan a orificios de folículos pilosos, donde permanecen durante los cuatro a seis días que tardan en llegar a la forma adulta.

SIGNOS Y SÍNTOMAS :

En el individuo infestado ocurre sensibilidad a los ácaros, mostrando brotes de salientes de piel, rojas, semejantes a fúrtinculos. El prurito se hace intenso, y durante la noche puede ser intolerable.

DIAGNÓSTICO :

No existe estudio simple para confirmar el diagnóstico de Sarna. *Sarcoptes scabiei* debe identificarse en forma positiva, y tal vez se descubra al final de un túnel activo. Puede tomarse una sección de epidermis y examinarse bajo un microscopio (El ácaro y sus huevos pueden observarse con facilidad a bajo aumento)

TRATAMIENTO :

Se recomienda dar tratamiento a todos los miembros de la familia y los que han tenido contacto íntimo con el paciente

- Pomada de azufre (90g. de azufre al 3- 10% en lanolina o crema. 2 veces X semana)
- Lindano al 1% (Kwell, emulsión). Rocíar sobre las partes afectadas

- **PEDICULOSIS DEL PUBIS** (Ladillas)- Piojo habitante del cuerpo humano, cuyo nombre científico es *Phthirus pubis*, conocido comúnmente como ladilla. Se disemina por lo regular por contacto sexual, aunque puede haber infestación a través de ropa de cama, ropa o toallas infestadas. La infestación por piojos del pubis se llama pediculosis púbica. Las ladilla en general viven en las zonas pilosas de la región púbica, ano y región axilar.

El ciclo vital del piojo puede completarse en un solo huésped, y es el siguiente: La hembra pone huevos, o liendres, por grupos de 20 a 30, y adhiere cada huevo en forma individual a un pelo. Después de una semana sale del huevo una forma inmadura o ninfa, la cual se transforma en adulto en otras dos o tres semanas.

SIGNOS Y SÍNTOMAS :

Las ladillas, al alimentarse, causan prurito grave, lo que se acompaña de puntos inflamados.

DIAGNÓSTICO :

Se efectúa a través de la observación directa de las ladillas, recordando que tienen una ubicación específica

TRATAMIENTO :

El medicamento utilizado es el hexacloruro de gammabenceno (Kwell), en forma de champú y/o solución.

2.- RIESGOS PSICOLÓGICOS DE LAS PRÁCTICAS SEXUALES.

En el momento en que el ser humano madura satisfactoriamente y es capaz de desarrollar una conducta sexual equilibrada, en donde al experimentar el impulso sexual se verá inclinado a buscar el trato con personas del sexo opuesto, buscando asimismo como objeto sexual un ser humano vivo, del sexo opuesto, de edad adecuada a la propia, con libre albedrío, sin parentesco cercano, con algún atractivo y que acepta las relaciones sexuales. La conducta sexual se manifiesta por la intensidad con que se manifiesta el instinto sexual en el humano, en donde la elección del objeto sexual y el modo de expresión de la sexualidad están influidos por la cultura y las características de cada época.

Ahora bien, cuando la conducta sexual es distinta de lo habitual, se habla de trastornos psicosexuales, en donde el individuo desarrolla conductas sexuales anormales, que no se apegan con las pautas marcadas por el medio social en que se desenvuelve. Así, por ejemplo, existen culturas donde la homosexualidad es aceptada y se considera una preferencia sexual, en cambio, en otras culturas son ampliamente recriminados los homosexuales.

Dichas conductas sexuales fuera de lo habitual, son llamadas **Parafilias**, y se ha comprobado que la mayoría de ellas se originaron a partir de trastornos de la identidad sexual en la infancia y en la adolescencia. Los trastornos sexuales en estas etapas se manifiestan en gran parte por la inconformidad de los individuos con el sexo al que pertenecen, y el deseo de querer ser o afirmar que se es del otro sexo. Las causas son diversas, y entre las principales se encuentran: Fijaciones o regresiones del desarrollo emocional, familias inestables; la ausencia de figuras paternas, debido a que el padre o la madre permiten una relación exagerada o demasiado débil, lo que da como resultado el que no exista una identificación con el sexo opuesto, los padres y/o familiares no aceptan el sexo genérico del niño o niña, y pretenden hacerle creer que no pertenece a ese sexo; recordando que la sexualidad se manifiesta diferente en cada etapa de la vida, en diversas ocasiones a los padres les parece que sus hijos, al descubrir su propio cuerpo, y procurarse placer, ya sea solos o con sus compañeros, están haciendo algo "pecaminoso" y fuera de lugar, reprimen fuertemente a sus hijos y les prohíben que lo hagan de nuevo, sin darles una explicación de lo que está pasando, lo cual deja una marca en el niño o adolescente, que quizá no se manifieste en forma inmediata, pero seguramente resurgirá cuando se llegue a una edad en la que se desarrolle la conducta sexual.

Algunos casos en la adolescencia se manifiestan como homosexualidad o transexualidad, y cabe mencionar que de acuerdo a las diferentes etapas de la sexualidad, estas pueden ser conductas normales que constituyen el proceso de conocimiento de la propia sexualidad. Se habla de **homosexualidad** como una conducta sexual anormal o variable cuando al llegar a una edad adulta gran número de hombres y mujeres experimentan un grado de actividad homosexual durante toda la vida. Así, la homosexualidad en la vida adulta puede existir desde ligeros sentimientos homosexuales en un individuo predominantemente heterosexual a la total homosexualidad con exclusión de cualquier sentimiento heterosexual. Muchas personas son bisexuales, esto es, que sienten atracción tanto por hombres como por mujeres. Debido a que la homosexualidad es considerada un problema de tipo emocional, el tratamiento es básicamente psicológico, y va enfocado a que el individuo se acepte a sí mismo, sea cual fuere su preferencia sexual.

Se habla de **transexualidad** cuando el individuo tiene un sentido de pertenencia al sexo opuesto del que anatómicamente es. Manifiesta una conducta sexual en donde se viste con ropas del sexo opuesto, y expresa o siente un fuerte deseo de convertir su cuerpo, quirúrgica y

hormonalmente en uno del sexo opuesto. Odia su sexo y éste no le proporciona satisfacción sexual, es decir, no tiene erección ni eyacuación. La causa generalmente es un papel sexual confuso durante la niñez, y el tratamiento es el cambio de sexo tanto quirúrgico como hormonal. Ahora bien, con frecuencia suele asociarse al transexual con el travesti, siendo la diferencia en que este último utiliza el vestirse y comportarse como individuo del sexo opuesto por la gratificación sexual o emocional que le proporciona, o bien, la ropa viene a ser un signo exteriorizante de homosexualidad y símbolo del papel sexual que prefiere.

Es importante mencionar que aunque la homosexualidad y la transexualidad son conductas sexuales variables, son consideradas preferencias sexuales, por lo tanto, al clasificar las diferentes parafilias no se incluyen estas variables, pero dada su relevancia, se considera oportuno describirlas en este capítulo, como ya se realizó con anterioridad.

LAS PARAFILIAS

Son formas de conducta erótica anormales en donde los métodos por los que se consigue la excitación sexual tienen una estructura donde el objeto sexual no está presente, o bien, se encuentra en forma desbalanceada. Son perturbaciones emocionales que se caracterizan por la sustitución de los actos sexuales por la fantasía en muchas ocasiones; otro rasgo es el carácter compulsivo de la conducta, en donde el individuo con una parafilia experimenta el deseo por realizar (en la realidad o fantasía) el acto parafílico de manera incontrolable, resistiendo a la voluntad y con ideas obsesivas, asimismo, las perturbaciones emocionales no son el resultado de la actividad sexual, sino de sentimientos de angustia, culpabilidad y temor que la acompañan. Las parafilias son practicadas por un pequeño porcentaje de la población general, tendiendo a ser casi exclusivamente masculinas. Más de un 50% de las parafilias inician antes de los 18 años de edad, con fluctuaciones que van de los 15 y los 25 años y después tienden a declinar, siendo raras en hombres mayores de 50 años. Los parafílicos habitualmente tienen más de una parafilia, generalmente de 3 a 5, ya sea al mismo tiempo o a diferentes edades.

El tratamiento de las diversas parafilias generalmente está basado en psicoterapia, terapia sexual, tratamiento medicamentoso incluyendo los antipsicóticos y antidepresivos para pacientes con esquizofrenia, depresión y otras psicosis; en perversos hipersexuales se llegan a utilizar antiandrógenos como el acetato de ciproterona o el acetato de medroxiprogesterona.

CLASIFICACIÓN DE LAS PARAFILIAS *

Autor	Características
Clasificación original de Sigmund Freud	<p>Clasifica a las perversiones sexuales en tres grupos:</p> <p>1.- <u>Desviaciones respecto al objeto sexual</u>. Incluye a la homosexualidad (inversión), así como a las personas genéticamente inmaduras (paedofilia), y cuando los objetos sexuales son animales (zoofilia).</p> <p>2.- <u>Desviaciones respecto a la meta sexual</u> Son las llamadas transgresiones anatómicas (sexo oral,</p>

* Para la clasificación de las parafilias fue de vital importancia la información contenida en el artículo "Problemas de la Sexualidad", de Eusebio Rubio Aunoles y cols. Antología de la Sexualidad Humana Tomo III. P. 247 - 275.

	fetichismo) 3 - <u>Ejercicios de metas sexuales provisionales</u> (Escoptofilia, sadismo y masoquismo)
--	--

Autor	Características
John Money (1993)	<p>Propone el siguiente sistema de clasificación</p> <p>1 - <u>Parafilias sacrificadoras</u> : Uno o ambos compañeros deben ser castigados por sentir placer sexual (Sadismo, masoquismo)</p> <p>2 - <u>Parafilias depredadoras</u> : Sólo se tolera el placer sexual si el sexo o el objeto se roba o se toma por la fuerza (Violación, asalto y secuestro)</p> <p>3 - <u>Parafilias mercantiles</u> : Sólo las personas malvadas pueden sentir placer (Prostitución, escatología telefónica)</p> <p>4 - <u>Parafilias fetichistas</u> : La persona incluye en el acto sexual un objeto, que es necesario para producir la excitación sexual (Fetichismo)</p> <p>5 - <u>Parafilias selectivas</u> : La pareja sexual no debe pertenecer al grupo de personas aceptables como compañeras sexuales (Paidofilia, gerontofilia, efebofilia², zoofilia)</p> <p>5 - <u>Parafilias atractivas</u> : Es necesaria una etapa determinada del comportamiento que precede al coito, y se convierte en el acontecimiento principal. (Exhibicionismo, escoptofilia, narratofilia, Pornografía, frotteurismo)</p>

DESCRIPCIÓN DE LAS PRINCIPALES PARAFILIAS

PARAFILIA	CARACTERÍSTICAS
<i>Paidofilia</i>	<p>Paidófilo es el adulto cuyo método preferido o exclusivo de conseguir la excitación sexual es el acto o la fantasía de establecer relaciones con niños de hasta 15 años de edad.</p> <p>Para considerar la paidofilia, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) señala que por lo menos deben haber pasado seis meses con esos deseos o fantasías, y que las haya realizado o que le sean muy angustiantes, el paidófilo debe tener por lo menos 16 años y al menos cinco años más que su víctima.</p> <p>La mayor parte de los actos de abuso consisten en tocamiento genital o sexo oral, y la mayoría de las veces los paidófilos son heterosexuales. Además, en</p>

² Efebofilia = La pareja sexual debe ser un adolescente.

	<p>Para el escopofílico el o la observada no poseen las características de persona total y sólo proveen de gratificación narcicista y como protección ante la angustia de castración.</p> <p>Etiología: Timidez hacia el sexo opuesto, sentimientos de inferioridad, masturbación compulsiva</p>
<i>Froturismo</i>	<p>Caracterizado por la acción de un hombre en frotar su pene contra las nalgas o el cuerpo completo de una mujer completamente vestida para alcanzar el orgasmo</p> <p>Etiología: El froturista es extremadamente pasivo, y generalmente la parafilia es su única forma de gratificación sexual; temor a la castración, temor a entablar relaciones con el sexo opuesto, timidez, impotencia</p>
<i>Zoofilia (bestialismo)</i>	<p>Los animales son incorporados dentro de fantasías o actividades sexuales, incluyendo coito, masturbación y sexo urogenital</p> <p>Etiología: Sustituto de relaciones sexuales reales, la zoofilia como parafilia única es rara, y cuando así ocurre se presenta en pacientes psicóticos o con retraso mental profundo</p>
<i>Coprofilia</i>	<p>El placer sexual se asocia con el deseo de defecar en la pareja, de que la pareja defeque o en comer heces (<i>Coprofagia</i>) Una variante es el uso compulsivo de palabras obscenas (<i>Coprolalia</i>). También se asocia a esta parafilia el uso de enemas para lograr la estimulación sexual (<i>Cismofilia</i>).</p> <p>Etiología: Según la teoría psicoanalítica, estas parafilias se deben a una fijación en la etapa anal del desarrollo psicosexual.</p>
<i>Urofilia (urologama)</i>	<p>El placer sexual se asocia con el deseo de orinar a la pareja o ser orinado por ella. Etiología: Puede estar vinculada a técnicas de masturbación que incluyen la inserción de objetos extraños en la uretra, tanto en hombres como en mujeres, así como a fijaciones en la infancia.</p>
<i>Parcialismo</i>	<p>El contacto urogenital es una actividad normal cuando se lleva a cabo como actividad previa al coito, y se vuelve parafilia cuando una persona utiliza esta actividad como única fuente de gratificación sexual, y se rehúsa al coito. Son ejemplos de contacto urogenital <i>el cunnilingus</i> (contacto oral con genitales externos de la mujer), <i>felación</i> (contacto oral con el pene), o <i>el anilingus</i> (contacto oral con el ano)</p> <p>Etiología: Puede estar vinculado a técnicas de masturbación, fijación en la etapa oral, experiencias desagradables de coitos anteriores, temor al coito</p>
<i>Necrofilia</i>	<p>Obtener satisfacción sexual con cadáveres.</p> <p>Etiología: Es extremadamente rara esta parafilia, y se debe principalmente a problemas psicóticos graves, en donde los necrófilos piensan que humillan a sus víctimas; aislamiento y soledad -</p>

	<p>La etiología del sadismo está dada por: predisposición hereditaria, trastornos hormonales, relaciones patológicas; ansiedad; obsesiones; fobias; haber sufrido abuso sexual; la hipotonía del centro de la eyacuación, que requiere de un estímulo intenso, padecer algún trastorno psiquiátrico.</p>
<i>Masoquismo</i>	<p>Para el masoquista, los deseos y las fantasías sexuales van estrechamente ligados al sufrimiento, la humillación o la sujeción a otra persona que les da mal trato físico o psicológico. Si no existen estos elementos en el acto sexual, es difícil que exista la excitación.</p> <p>Los masoquistas pudieron haber tenido experiencias previas en donde el dolor fue requisito para alcanzar el placer sexual. Además, cerca del 30% de los masoquistas tienen también fantasías sadicas (sadomasoquistas).</p> <p>Las manifestaciones del masoquismo son: Preferencia de procedimientos difíciles a los sencillos para realizar una tarea. El masoquista le gusta ser tratado con severidad, humillación, excesiva disciplina, sus fantasías son de sumisión y dependencia, la penetración profunda y brusca del pene es para los masoquistas una sensación dolorosa pero placentera, las emociones desagradables provocan excitación sexual, los masoquistas en ocasiones llegan a introducirse objetos punzantes o cortantes en el recto, la vagina o la uretra.</p> <p><u>Etiología:</u> Sentimientos de inferioridad; acciones hormonales; adaptación progresiva e inconciente a caricias agresivas; servilismo placentero.</p> <p>En México, tanto el sadismo como el masoquismo tienen una fuerte influencia cultural (véase machismo y marianismo).</p>
<i>Fetichismo</i>	<p>En el fetichismo el foco sexual se encuentra en objetos (zapatos, guantes, ropa interior), regiones del cuerpo o características físicas o psíquicas pertenecientes a otras personas.</p> <p>Habitualmente el trastorno se inicia durante la adolescencia, aunque quizá se establezca desde la infancia. Dicho trastorno es casi exclusivamente masculino, aunque se ha observado, por ejemplo, que en las mujeres la cleptomanía puede producir excitación sexual.</p> <p>La actividad sexual puede estar dirigida directamente hacia el objeto sexual (p.ej. masturbarse con el o los objetos), o bien, ser incorporado al acto sexual (el fetichista exige a la pareja que lleve determinados objetos para que se pueda dar la excitación sexual).</p> <p>En el fetichismo el foco sexual se encuentra en objetos (zapatos, guantes, ropa interior), regiones del cuerpo o características físicas o psíquicas pertenecientes a otras personas.</p> <p><u>Etiología:</u> Excitación sexual al evocar a otra persona (por asociación de ideas), subversión de valores (es más importante el objeto que la persona en la excitación sexual); complejo de culpa hacia la función sexual (pecado); neurosis de angustia, masoquismo; regresión a la infancia o a la adolescencia.</p>
<i>Escopofilia o voyeurismo</i>	<p>La escopofilia es la recurrente preocupación vivida como fantasías o actos que envuelven la búsqueda o la observación de personas desnudas o que se encuentran acariciándose o teniendo relaciones sexuales. La masturbación o el orgasmo ocurren usualmente durante el acto de observar. El primer acto de escopofilia ocurre en la infancia y es más común en hombres.</p>

	<p>Para el escopiofilo el o la observada no poseen las características de persona total y sólo proveen de gratificación narcicista y como protección ante la angustia de castración.</p> <p>Etiología : Timidez hacia el sexo opuesto, sentimientos de inferioridad; masturbación compulsiva</p>
<i>Froturismo</i>	<p>Caracterizado por la acción de un hombre en frotar su pene contra las nalgas o el cuerpo completo de una mujer completamente vestida para alcanzar el orgasmo.</p> <p>Etiología : El froturista es extremadamente pasivo, y generalmente la parafilia es su única forma de gratificación sexual; temor a la castración, temor a entablar relaciones con el sexo opuesto; timidez, impotencia.</p>
<i>Zoofilia (bestialismo)</i>	<p>Los animales son incorporados dentro de fantasías o actividades sexuales, incluyendo coito, masturbación y sexo urogenital.</p> <p>Etiología : Sustituto de relaciones sexuales reales; la zoofilia como parafilia única es rara, y cuando así ocurre se presenta en pacientes psicóticos o con retraso mental profundo.</p>
<i>Coprofilia</i>	<p>El placer sexual se asocia con el deseo de defecar en la pareja, de que la pareja defaque o en comer heces (<i>Coprofagia</i>). Una variante es el uso compulsivo de palabras obscenas (<i>Coprolalia</i>). También se asocia a esta parafilia el uso de enemas para lograr la estimulación sexual (<i>Chismafilia</i>).</p> <p>Etiología : Según la teoría psicoanalítica, estas parafilias se deben a una fijación en la etapa anal del desarrollo psicosexual.</p>
<i>Urofilia (urologuía)</i>	<p>El placer sexual se asocia con el deseo de orinar a la pareja o ser orinado por ella.</p> <p>Etiología : Puede estar vinculada a técnicas de masturbación que incluyen la inserción de objetos extraños en la uretra, tanto en hombres como en mujeres, así como a fijaciones en la infancia.</p>
<i>Parcialismo</i>	<p>El contacto urogenital es una actividad normal cuando se lleva a cabo como actividad previa al coito, y se vuelve parafilia cuando una persona utiliza esta actividad como única fuente de gratificación sexual, y se rehúsa al coito. Son ejemplos de contacto urogenital: <i>el cumlingus</i> (contacto oral con genitales externos de la mujer), <i>felación</i> (contacto oral con el pene), o el <i>analíngus</i> (contacto oral con el ano).</p> <p>Etiología : Puede estar vinculada a técnicas de masturbación; fijación en la etapa oral, experiencias desagradables de coitos anteriores, temor al coito.</p>
<i>Necrofilia</i>	<p>Obtener satisfacción sexual con cadáveres.</p> <p>Etiología : Es extremadamente rara esta parafilia, y se debe principalmente a problemas psicóticos graves, en donde los necrófilos piensan que humillan a sus víctimas, aislamiento y soledad.</p>

LAS DISFUNCIONES SEXUALES

Cuando se dan problemas en el funcionamiento sexual de las personas que impiden el desarrollo de una vida erótica plena, y los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social, y además, se presentan en forma recurrente y persistente, clínicamente se está hablando de **disfunciones sexuales**.

Las disfunciones sexuales se clasifican como síndromes, ya que su etiopatogenia es diversa, e incluye procesos de naturaleza erótica, son recurrentes y persistentes, e indeseables para el medio social en que se desenvuelven los individuos con estos problemas de salud.

Existen diversas clasificaciones en torno a las disfunciones sexuales, y en México la Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A. C. (AMSSAC), en concordancia con la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Psiquiátrica Americana, y analizando los diagnósticos de pacientes tratados en las clínicas de salud sexual, ha desarrollado un sistema de clasificación basado en los siguientes parámetros:

“ Integra la propuesta de Bancroft (1983), en el sentido de que los fenómenos de la excitación sexual parecen tener tres niveles uno genital (el de las respuestas genitales de erección penéana y lubricación vaginal), otro central (manifestado sobre todo por la sensación subjetiva de excitación), y otro que incluye los cambios fisiológicos extragenitales.”²⁶

CLASIFICACIÓN DE LOS SÍNDROMES DE DISFUNCIÓN SEXUAL DE LA AMSSAC

1.- Disfunciones del deseo sexual

- *Síndrome del deseo sexual hipoaactivo*

El individuo presenta ausencia o pobreza de fantasías y de deseos de actividad sexuales. Influyen la edad, sexo, el contexto biopsicosocial, así como la frecuencia de la actividad sexual y/o fallas en el inicio de la actividad sexual, y carencia de interés hacia la pareja.

Etiológicamente, pueden llegar a presentarse dos condiciones en la aparición de este síndrome: Cuando el síndrome se presenta en forma secundaria a un traumatismo o enfermedad y global, es decir, afecta cualquier forma de expresión sexual ante todas las personas. Aunque también puede presentarse en forma secundaria y selectiva, esto es, la hipoaactividad sexual es hacia una persona en particular.

- *Síndrome de deseo sexual hiperactivo (Ninfomanía)*

Manifestado por el deseo sexual frecuente e intenso donde la búsqueda de su satisfacción interfiere con las demás actividades de la vida del individuo.

Etiología: Fallas recurrentes para controlar la conducta sexual, abandono de actividades importantes a favor de la actividad sexual.

²⁶ RUBIO Auriotes, DIAZ Martínez. “Problemas de la Sexualidad. Las disfunciones Sexuales”. P. 211

2.- Disfunciones de la excitación sexual

- Síndrome de excitación masculina inhibida

El hombre experimenta dificultad en los procesos fisiológicos de la respuesta sexual, específicamente en la erección peneana.

Etiología

a) Con disfunción eréctil (Impotencia) - El hombre fracasa en forma parcial o completa, en forma recurrente o persistente al obtener o mantener una erección. Puede ser por disminución de los niveles de testosterona, problemas de aporte arterial iliaco, ansiedad, angustia.

b) Sin disfunción eréctil - El hombre tiene dificultades para experimentar la excitación a pesar de tener una respuesta genital a la erección peneana. Las causas son similares que las de la impotencia.

- Síndrome de excitación femenina inhibida (Frigidez)

La mujer experimenta dificultad en los procesos fisiológicos de la respuesta sexual. En general, los factores causales son el hipoeestrogenismo, el postparto, la menopausia, la angustia, la ansiedad.

Etiología :

a) Con disfunción de la lubricación vaginal - Dificultad para producir lubricación vaginal suficiente para completar la actividad sexual, y que suele presentarse en forma recurrente y persistente. Lo anterior ocasiona asimismo dificultad para experimentar las sensaciones subjetivas de excitación sexual.

b) Sin disfunción de la lubricación (deseo hipactivo y anorgasmia) - Dificultad para experimentar las sensaciones subjetivas de excitación sexual, a pesar de tener una respuesta genital adecuada.

c) Con disfunción sexual general - Falla en la excitación de la mujer acompañada de dificultad o imposibilidad para alcanzar el orgasmo y de una ausencia de deseo sexual. Casi siempre aparece en forma primaria (sin experiencias eróticas anteriores).

3.- Disfunciones del orgasmo

- Síndrome de eyaculación precoz

Es la disfunción sexual masculina más frecuente.

Cuando el hombre no ha desarrollado la habilidad de controlar el reflejo eyaculatorio, y manifiesta un tipo de eyaculación persistente y recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima o antes, durante e inmediatamente después de la penetración y antes de que lo desee, entonces se considera eyaculación precoz.

Etiología : Individuos con pobreza en el control de la eyaculación; problemas de circulación arterial; alcoholismo; angustias; conflictos emocionales con la pareja; se considera etiología de carácter secundario cuando pierden el control sobre la eyaculación que ya habían desarrollado.

- *Síndrome de anorgasmia masculina (eyaculación retardada)* Ausencia o retraso persistente o recurrente del reflejo orgásmico en el hombre durante la relación sexual, en lo que respecta a estimulación, intensidad y duración.

Etiología: Angustia; alcoholismo; problemas con la pareja.

- *Síndrome de eyaculación retrógrada* Ocurre cuando en el hombre la eyaculación ocurre en forma retrógrada, es decir, hacia la vejiga urinaria en lugar de hacia el meato uretral.

Etiología : Consecuencia de diabetes mellitus; prostatactomía; o medicamentos como la tioridazina.

- *Síndrome de anorgasmia femenina* Ausencia o dificultad para alcanzar el orgasmo.

Etiología : Falta de conocimiento sobre el orgasmo; Falta de estimulación directa al clitoris; diabetes mellitus; daño neuronal; desbalance hormonal.

- *Síndrome de insensibilidad orgásmica* Pérdida de la respuesta sensorial a pesar de tener un proceso eyaculatorio normal. Tienen orgasmo sin la sensación placentera.

No hay causalidad específica.

4.- Disfunciones causadas por respuestas fisiopatológicas no propias de los procesos eróticos que interfieren con la respuesta sexual

- *Síndrome del vaginismo* Aparición de la contracción muscular perivaginal ante el intento de penetración. Es involuntaria, y en casos graves ocasiona que la penetración sea dolorosa, o simplemente imposible. Se acompaña de ansiedad y dolor.

- *Síndrome de evitación fóbica de la experiencia dolorosa* Se caracteriza por la aparición de la angustia ante la posibilidad de un encuentro sexual, lo que dificulta la respuesta sexual. No hay alteración del deseo sexual, únicamente aversión sexual y/o fobias sexuales.

Etiología : Se asocia a padecimientos psiquiátricos que se caracterizan por ansiedad fóbica, incluyendo los trastornos de pánico.

- *Síndromes dolorosos durante la experiencia erótica (Dispareunia)* Caracterizado por la presencia de dolor durante la experiencia sexual, o como resultado de la actividad erótica.

Etiología : Enfermedades que causan inflamación pélvica; hipostrogenismo que causa atrofia vaginal; lesiones; cirugías; traumatismo; traumatismo obstétrico; endometriosis; disfunción de la lubricación vaginal; vaginismo; dolor psicógeno.

3.- RIESGOS SOCIALES DE LAS PRÁCTICAS SEXUALES.

Los adolescentes se desenvuelven dentro de una sociedad, la cual establece sus normas y define lo que espera de los individuos que la conforman. Como se sabe, ejercen gran influencia la familia, la educación, el nivel socioeconómico, la política, la religión, etc.

Respecto al rol que juega el adolescente dentro de la sociedad mexicana, éste es muy diverso y además, aun cuando socialmente hablando se van gestando cambios importantes en la igualdad de sexos, no deja de haber distinciones en los papeles que a cada sexo le toca desarrollar (cfr. **Marianismo y Machismo**) De esta manera, a la mujer y al hombre se les exige se comporten de manera distinta, por ejemplo, al adolescente masculino se le permite que experimente las manifestaciones de la sexualidad, desde la masturbación hasta las relaciones sexuales, ya que es la manera como aprende, y al llegar al matrimonio sepa conducir a la mujer. En cambio, a la mujer se le reprimen sus impulsos sexuales, ya que tiene que llegar "virgen" al matrimonio, ya que de lo contrario el hombre no la va a aceptar.

Asimismo, cabe mencionar que México profesa, por lo menos en dos terceras partes de la población, la Religión Católica, la cual prohíbe terminantemente las manifestaciones de cualquier acto sexual antes del matrimonio, considerando pecado la realización de éstas.

Jurídicamente hablando, los adolescentes carecen de una identidad, y dependen de la autoridad paterna, mientras que éstos luchan por establecer su independencia e identidad, lo que generalmente se traduce en expresiones de rebeldía e identidad, efectuando sus actos bajo este enfoque, siendo uno de los principales la realización del acto sexual, y ello se ve reflejado en que en la sociedad contemporánea se observa un despertar más temprano a la sexualidad, lo cual suele llegar a significar mayores riesgos para los individuos, dependiendo del grado de preparación que tengan la responsabilidad que tendrán en su autocuidado y el de su pareja.

¿A qué riesgos sexuales se ven expuestos los adolescentes mexicanos en sus prácticas sexuales?

En primer lugar, al rechazo, ya que dadas las características de la sociedad mexicana, no es correcto tener relaciones sexuales en la adolescencia, ya que generalmente suele clasificarse al adolescente como un irresponsable de sus actos, y se le llega a justificar o a rechazar por completo, porque "no sabe lo que hace". El rechazo es más marcado hacia el sexo femenino, y al tener relaciones sexuales, se le pide a ella y a su pareja que respondan por sus actos y que reparen sus faltas, aún cuando no haya ocurrido un embarazo; estos adolescentes terminan casándose para responder a la sociedad, resultando en la mayoría de los casos matrimonios inestables, en donde de hijos de familia, pasaron a formar su propia familia, sin estar preparados en todos los niveles (biopsicosocial), es decir, sus aspiraciones en la vida se vieron frustradas, no terminaron su desarrollo profesional, no pueden ser admitidos en un trabajo estable por no tener la edad necesaria, no tienen personalidad jurídica, lo más importante, no tienen establecido el concepto de pareja y el de padres, ya que si no se han identificado con ellos mismos, menos pueden hacerlos hacia los que le rodean, y ello se ve reflejado en las situaciones de conflicto, falta de comunicación, de empatía, de amor y de responsabilidad, que finalmente da como resultado una relación conflictiva, ya que ellos no decidieron formar una familia, sino otros fueron los que les hicieron tomar esa importante decisión. Lo preocupante del hecho es el futuro que les espera a la pareja y a los hijos, y que puede quedar englobado en los siguientes aspectos:

a) Deserción escolar y embarazo en la adolescencia - Cuando los adolescentes se casan, es difícil que puedan continuar sus estudios, ya que si con el hecho de estudiar con el apoyo de sus padres muchas veces la escuela se les complicaba, ahora las dificultades son mayores, porque además de tener que pagarse sus estudios, ahora tienen que aportar un ingreso económico hacia su nueva familia, y generalmente su sueldo es menor por ser menores de edad. Si aunado a ello ocurre un embarazo, los adolescentes no cuentan con la preparación necesaria para combinar ambas actividades, y terminan dando prioridad al bebé, abandonando sus estudios. Además, los embarazos entre adolescentes van acompañados de condiciones adversas que atentan contra la salud física y emocional de la madre y el niño. Entre las complicaciones se encuentran la preeclampsia, anemia, hemorragias, distocias, partos prematuros, hijos con bajo peso al nacer, etc., y por lo tanto mayor morbi-mortalidad, tanto materna como perinatal. La probabilidad de dichas complicaciones aumenta conforme disminuye la edad de la adolescente.

b) Aborto y abandono infantil - Entre los problemas sociales relacionados con la sexualidad humana, el aborto está considerado como uno de los más graves, dadas las implicaciones éticas, morales, legales, así como por los problemas socioeconómicos y de salud generados.

En las adolescentes, cuando se confirma un embarazo no deseado, la mayoría experimenta diversos sentimientos contradictorios, que la lleven a estados graves de tristeza y desesperación, máxime cuando la pareja masculina elude la responsabilidad que le corresponde, y además, cuando no cuenta con el apoyo económico para seguir adelante ella y el niño.

Esta situación genera angustias, que las puede llevar a la decisión, difícil y dolorosa, de abortar. Otras veces es la pareja sexual o los familiares quienes ejercen presión para que la mujer haga lo que no desea, siendo quizá para los familiares la apariencia social el motivo para no dejar que viva el niño, además de la carga económica que éste puede llegar a representar.

El aborto es la terminación del embarazo antes de que el producto de la concepción sea viable, considerando que para éste, para encontrarse en condiciones de sobrevivir, debe contar con un peso mayor de 500grs., lo que corresponde aproximadamente a veinte semanas de embarazo. Todos los nacimientos, después de este periodo de tiempo y antes de completar treinta y seis semanas se consideran partos prematuros.

Como ya se mencionó, la mujer que toma la decisión de abortar generalmente lo hace en un estado de angustia y desamparo, y lo que menos le importa es la situación de peligro en que se coloca, y dado que el aborto no está legalizado en México, así como el costo elevado que este procedimiento implica, se ven en la necesidad de abortar en condiciones insalubres, exponiéndose a riesgos que van desde las infecciones hasta la muerte.

El Consejo Nacional de la Población estima que en México se practican 600 000 abortos al año, lo que equivale a una tasa de 48 abortos por cada mil mujeres en edad fértil. Sólo un 34% es practicado por médicos.

140 000 mujeres mueren a causa de abortos mal practicados, 2 600 000 niños quedan en la orfandad porque sus madres mueren por complicaciones debidas al aborto. De hecho, el aborto es la cuarta causa de muerte materna.

Las complicaciones orgánicas se asocian a la práctica del aborto ilegal, siendo ocasionadas por el personal y las condiciones que intervienen en el procedimiento, tales como personal mal capacitado, material inadecuado y/o contaminado, intervenciones mal practicadas, abandono de la mujer en caso de presentarse complicaciones con resultados en ocasiones fatales. Entre las

principales complicaciones se encuentran: Infección uterina, que puede producir incluso peritonitis; perforación uterina y desgarro que en algunos casos llegan a afectar vejiga o intestino; shock séptico; insuficiencia renal aguda y muerte. Además, se pueden llegar a presentar alteraciones de tipo psicológico , como remordimientos, sentimientos de culpa,depresión post-aborto (manifestada por momentos de incontrolable tristeza y periodos de llanto).

CAPÍTULO VI

SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA EN
EL PLAN DE ESTUDIOS DE LA
PREPARATORIA No. 07
“Ezequiel A. Chávez”, de la UNAM.

**SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA EN EL PLAN DE ESTUDIOS DE LA
PREPARATORIA No. 07 "Ezequiel A. Chávez", de la UNAM.**

La educación media superior representa un campo de acción en donde los individuos tienen la oportunidad de adquirir las herramientas necesarias para poder enfrentarse a esa serie de cambios que caracterizan a la adolescencia, en donde resalta como característica principal la etapa de transición en donde el niño se convierte en adulto, y de un ser dependiente de la familia, específicamente de los padres, va adquiriendo independencia forjando su propio porvenir.

Aunque la responsabilidad de la educación de los adolescentes recae directamente sobre los padres de familia, no se puede descartar que los educadores ejercen una influencia importante en la formación de los futuros adultos.

La educación sexual tiene un auge impresionante en la formación, si se tiene en cuenta que la sexualidad es intrínseca en el individuo y forma parte integral de las diversas actividades de la vida misma.

En el presente capítulo se analizó el Plan de Estudios de la Preparatoria No. 07 "Ezequiel A. Chávez" de la UNAM, a fin de conocer la educación sexual que se imparte en la institución a través de las diferentes asignaturas.

Vale la pena mencionar que la Preparatoria No. 07 es pionera en programas de orientación integral para adolescentes, en convenio con la UNAM y el IMSS, y en la siguiente descripción sobre las asignaturas que imparten temas sobre sexualidad y adolescencia, se incluyen los puntos principales del Programa de Orientación Educativa, que en la práctica ha resultado ser un importante apoyo para los educadores de educación media superior, contribuyendo a la formación de los adolescentes. Además, entre las estrategias educativas resalta la formación de promotores de salud entre los estudiantes, y a la vez ellos se preparan para transmitir sus conocimientos al resto de sus compañeros.

UNAM Programa de Orientación Educativa²⁷		
Orientación Escolar para la Integración Universitaria dirigida a estudiantes de cuarto año de Bachillerato		
OBJETIVO GENERAL: Los alumnos iniciarán un proceso crítico y reflexivo sobre algunos aspectos que faciliten su participación como universitarios, a través del conocimiento de la institución, su situación como adolescentes y su situación académica.		
TEMAS:		
I.- Identidad universitaria, su significado y trascendencia	II.- Apoyo al aprendizaje	III.- Aspectos significativos de la adolescencia.
TEMA III.- Aspectos significativos de la adolescencia <i>Objetivo particular:</i>		

²⁷ IMSS - UNAM. "Programa de Educación Integral para el Estudiante Universitario".

NOTA: Se consideran únicamente los aspectos relacionados con sexualidad y adolescencia.

Los alumnos analizarán su situación como adolescentes, para ubicarse en su contexto particular de acuerdo a sus expectativas y necesidades.

Contenido temático:

1.- Adolescencia

- 1.1 Concepto de adolescente desde el punto de vista biopsicosocial.
- 1.2 Roles.
- 1.3 Desarrollo personal (Valores, autoestima, creatividad, asertividad).
- 1.4 Relaciones interpersonales (Familia, escuela, sociedad).
- 1.5 Influencia de los medios masivos de comunicación.

2.- El adolescente y su sexualidad

- 2.1 Conceptos básicos.
- 2.2 Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor Masculino y Femenino.
- 2.3 Conducta sexual (Pareja; Respuesta sexual humana).
- 2.4 Métodos anticonceptivos y embarazo precoz.
- 2.5 Enfermedades de Transmisión Sexual.

3.- Algunos factores de riesgo:

- 3.1 SIDA.
- 3.2 Adicciones (Tabaquismo, alcoholismo, drogadicción).
- 3.3 Suicidio
- 3.4 Grupos sociales de relación (Pandillerismo, delincuencia).

Técnicas didácticas:

Expositiva; Dinámica de grupos;
Discusión dirigida.

Duración:

7 sesiones de 50 minutos cada una.
Una sesión por semana.

Materiales de apoyo:

- *Videos:* Adolescencia y plan de vida; Si me quieres, demuéstrámelos; Adicciones; MEXFAM; Universum.
- *Folletos:* MEXFAM; CONASIDA; SSA.
- *Actividades complementarias:* Conferencias de CONASIDA, Conferencias de los Centros de Integración Juvenil, Visita a la sala de Sexualidad (Universum).

Las asignaturas que imparten temas relacionados con Sexualidad y Adolescencia son:

Asignatura	Unidad	Contenido temático
Biología IV (Quinto año)	Cuarta unidad : <u>Continuidad de la vida</u>	- Meiosis y variabilidad genética. - Reproducción sexual y fecundación. - Herencia ligada al sexo.
Biología V (Sexto año)	Cuarta unidad: <u>Diferenciación y desarrollo.</u>	- Código genético. - Diferenciación intracelular (Mitosis y meiosis). - Diferenciación celular (células somáticas y

		gametos). - Desarrollo embrionario. - Control genético.
Psicología (Sexto año)	<p>Tercera unidad: <u>Bases biológicas de la conducta.</u></p> <p>Cuarta unidad: <u>Motivación y Emoción</u></p> <p>Octava unidad: <u>Desarrollo psicológico de la personalidad.</u></p> <p>Novena unidad: <u>Factores sociales y culturales de la conducta</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - La neurona y el Sistema Nervioso. - Funciones psicológicas del cerebro, especialización hemisférica. - Sistema endocrino. - Genética y su relación con el comportamiento. - Herencia y ambiente. - Concepto de Motivación, Necesidad, Emoción, Sensación. - Jerarquía de las necesidades de Maslow. - Frustración y Conflicto. - El manejo de las emociones en el joven. - Concepto de personalidad. - Etapas de desarrollo (Proceso de socialización y su importancia en la adolescencia). - Teorías importantes (Freud; Maslow; Erickson). - Individuo; Grupo; Sociedad; Cultura. - Interacción social (En la familia, la escuela, la sociedad y la cultura). - Influencias sociales y culturales sobre la conducta del individuo (Tradición, costumbres, estrato social y prejuicios; La persuasión y la propaganda).
Higiene Mental (Sexto año)	<p>Tercera unidad: <u>Antecedentes del ciclo vital del individuo.</u> <u>Higiene psicosexual.</u></p> <p>Quinta unidad: <u>Pubertad, adolescencia y juventud.</u></p> <p>Novena unidad: <u>Alteraciones de la conducta y personalidad</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilidad en el conocimiento de la sexualidad, formación e integración de la pareja. - Planificación familiar. - Embarazo : Alteraciones psicológicas, consecuencias y prevención. - Revisión y análisis de las etapas : Pubertad, adolescencia y juventud; sus alteraciones psicobiológicas, consecuencias y prevenciones. - Farmacodependencia, preferencias sexuales, violencia y delincuencia. - Neurosis, psicosis, sociopatías y suicidios; Alteraciones, consecuencias y prevención.

CAPÍTULO VII

EDUCACIÓN SEXUAL EN EL ÁMBITO DE ENFERMERÍA.

EDUCACIÓN SEXUAL EN EL ÁMBITO DE ENFERMERÍA

La sociedad contemporánea se caracteriza por avanzar a pasos agigantados en todos los aspectos (ciencia, tecnología, educación, etc.), y exige de los profesionistas que se mantengan actualizados para brindar un mejor servicio a los individuos a los que se dirigen.

La sexualidad no es una excepción, y hoy se observa un despertar más temprano de los adolescentes en este aspecto, aun cuando existan ideas que intentan "protegerlos" de esas malas ideas y acciones, argumentando que si no se les enseña a los muchachos sobre las relaciones sexuales y los métodos anticonceptivos, éstos no se motivarán a practicar las relaciones sexuales, y se mantendrán libres de riesgos.

Sin embargo, es importante aclarar que, con base en estudios anteriores, con o sin información los adolescentes tarde o temprano tendrán sus experiencias sexuales. Resulta preocupante el hecho de que carezcan de información y se lancen a la sexualidad sin protección y cuidado; además, cabe recordar que en ocasiones ven a las relaciones sexuales como un escape y un acto de rebeldía hacia sus mayores, específicamente la familia. Otro motivo suele ser el anhelo de independencia y la sensación de poder que les da la vivencia de su sexualidad, ya que, desde su punto de vista, los hace ser adultos, demostrando su virilidad o su femineidad, o bien, lo hacen por no perder al novio (a).

Lo que los adolescentes deben tomar en cuenta es que este tipo de conducta los conduce a embarazos no deseados, a la adquisición de Enfermedades de Transmisión Sexual, a la desintegración familiar y/o a la frustración de las metas que se había propuesto, adquiriendo otras responsabilidades para las cuales aun no estaba preparado. Ahora bien, a fin de disminuir la incidencia en estos aspectos, es necesario que los individuos que están a cargo de su educación estén conscientes de la necesidad de prepararse para asesorarlos y fomentar una conducta sana y responsable hacia la sexualidad, que en sí misma es maravillosa, es parte integral del individuo y está presente durante toda su vida, siendo en la adolescencia donde adquiere un carácter erótico, de reproducción, y brinda los elementos necesarios para que en la vida adulta se de la integración con el ser amado, resaltando la responsabilidad, el amor, la comprensión, la comunicación, etc.

La educación de los adolescentes es responsabilidad en primer lugar de la familia, así como de los docentes y de los educadores en salud, resaltando el hecho de que es en la escuela donde el adolescente convive con sus compañeros, pudiendo así compartir sus vivencias y al mismo tiempo es donde surgen sus cuestionamientos, teniendo la oportunidad de plantearlos, ya sea con sus mismos compañeros o con sus profesores, estando comprobado que muchas de sus dudas no las externan en el seno familiar.

Desde este punto de vista, Enfermería tiene un amplio campo de acción, fomentando en los adolescentes la necesidad de tener el conocimiento para aumentar su autocuidado, adquiriendo responsabilidad en sus acciones, ya que nadie responderá por ellas. Vale la pena recordar que la ignorancia implica riesgo, en tanto que el conocimiento genera confianza, responsabilidad y autocuidado, lo que se traduce en salud y bienestar. Así, resulta contraproducente aislar a los adolescentes, tratarlos como si fueran frágiles y deslindarlos de toda responsabilidad, lo cual lejos de ayudarlos, los orilla a que arriesguen su salud, y en muchas ocasiones hasta la vida misma. Se debe educar para tener los elementos para desarrollar las potencialidades del individuo y que él se procure una vida mejor, logrando la realización de sus metas. Una meta indudablemente es la vivencia sana

de su sexualidad, lo cual lo puede llevar a cabo si tiene elementos educacionales para entender lo que esto implica

En este sentido, **El Modelo de Enfermería de Orem** proporciona elementos científicamente comprobados para desarrollar un proceso de atención en donde el individuo sea el principal responsable de fomentar acciones para fomentar su salud, o para recuperarla en caso de enfermedad, siendo el papel del enfermero(a), el de apoyar al individuo a lograr sus objetivos. Además, permiten visualizar a cada individuo como parte de un entorno biopsicosocial, y las acciones que realice o deje de realizar tendrán repercusión en los que le rodean, y asimismo, los actos generados por los demás a su alrededor de alguna manera tendrán influencia en el mantenimiento de su equilibrio entre la salud y la enfermedad.

En el siguiente cuadro, y a manera de resumen, se dan a conocer los postulados principales del **Modelo de Orem**:

Crterios	Modelo de Enfermería de Orem
~ Tipo de modelo	Autocuidado
Visión del hombre	El individuo es un todo funcional integrado en un conjunto de motivaciones para lograr el autocuidado Existen seis necesidades universales de autocuidado - Suficiente aire, agua, nutrición - Funciones eliminatorias satisfactorias - Actividad y reposo - Tiempo pasado a solas y tiempo pasado con los demás - Prevención de autolesiones - Ser "normal". <i>El individuo busca mantener un equilibrio entre su capacidad de lograr un autocontrol y las demandas relacionadas con la capacidad de autocuidado.</i>
Objetivo de Enfermería	Ayudar al hombre a lograr la salud y el desarrollo de un nivel óptimo de autocuidado (el paciente es el agente de autocuidado; los padres del recién nacido o un familiar de un inconciente) Reducir / eliminar la falta de autocuidado, reducir la autodemanda hasta un nivel que le permita al paciente manejarse
Criterio de la enfermería	La enfermería es un servicio de ayuda, sólo es necesario cuando los individuos (parientes o allegados) son incapaces de lograr y conservar un equilibrio entre la capacidad de autocuidado y las demandas actuales, es decir, cuando la demanda de autocuidado excede a las capacidades de autocuidado Las intervenciones de enfermería pueden ser - <i>totalmente compensatorias</i> (la enfermera actúa por el paciente) - <i>parcialmente compensatorias</i> (la enfermera comparte con el paciente) - <i>apoyo educativo</i> (la enfermera deja que el paciente se cuide).
Criterio del proceso de enfermería	Proceso interpersonal que incluye la iniciación, conducción y control del sistema <i>Hacer un diagnóstico de enfermería.</i>

	<ul style="list-style-type: none"> - valorar las demandas para el autocuidado - valorar la capacidad del individuo para cubrir las demandas. - juzgar la necesidad de la intervención de enfermería - si hay una falta de autocuidado, establecer las causas. - ¿se debe a una falta de conocimientos, técnicas o motivaciones? - ¿ puede autocuidarse el paciente? <p><i>Diseñar un sistema de enfermería</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - compensatorio - parcialmente compensatorio - apoyo / educación, acciones de enfermería, una serie de actividades de valoración, control, ajuste y reajuste.
Relación enfermera - paciente	<p>Paciente: <i>Adopción de autocuidado con una guía.</i></p> <p>Enfermera: <i>Quien diseña y controla el sistema, posible sustituto del agente que realiza el autocuidado.²⁸</i></p>

Respecto a la conducta sexual de los individuos, ésta se ve influenciada por diversos sistemas que interactúan y cambian a través del tiempo (sistemas biológicos, psicológicos y socioculturales). Desde este panorama, la educación sexual debe ir acorde a los diferentes grupos específicos de edad (niños, adolescentes y adultos), esto es, adaptando los contenidos y la metodología de la enseñanza tomando en cuenta las preocupaciones sexuales, los deseos, así como las actividades y sentimientos en torno al sexo de cada grupo a los que se hace referencia. Además, es importante mencionar que la educación sexual debe ser informativa, formativa, oportuna y veraz aportando conocimientos que favorezcan y apoyen el crecimiento y desarrollo psicosexual óptimo de todo individuo, las parejas y las familias, teniendo en cuenta que el conocimiento genera confianza, así como responsabilidad en el autocuidado.

Respecto a los adolescentes, ante el creciente número de jóvenes que tienen relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas, así como al aumento de embarazos no deseados y mayor morbimortalidad a causa de las Enfermedades de Transmisión Sexual, la educación sexual debe incluir información relacionada con la respuesta y el placer sexuales, así como las bases anatomofisiológicas, entre los principales temas

Por último, Enfermería, como ciencia multidisciplinaria participa con otras ciencias e instituciones para educar a la población, y para poder desarrollar una distinguida participación es imprescindible estar al día en los conocimientos. Un apartado de acción de singular importancia es la sexualidad, y con frecuencia se les pide a los enfermeros que sean los encargados de impartir charlas a la comunidad sobre el tema, ya sea en hospitales, escuelas, industrias, comunidades, foros abiertos, etc

²⁸ ROPER, Nancy "Diccionario de Enfermería". P. 438 - 440

CAPÍTULO VIII

LINEAMIENTOS PARA UN
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
DE ENFERMERÍA

LINEAMIENTOS PARA UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

En México, la educación sexual presenta severos rezagos en educación sexual, ya que en los últimos 30 años los logros que se ha tenido es la incorporación del tema en los libros de texto de primaria y secundaria. De hecho, el presidente de la Asociación Mexicana de Sexología, Alberto Medina Chanona afirma que la presencia de Enfermedades de Transmisión Sexual, los embarazos no deseados, el SIDA tienen como etiología principal la deficiente educación sexual, por lo cual es necesaria una sociedad más abierta a la sexualidad, que ésta se enseñe desde edades tempranas para disminuir los riesgos inherentes a la misma.

Haciendo un análisis de la educación sexual que se ha proporcionado desde años anteriores a la fecha, coincido con varios autores en que los diversos enfoques que se le ha dado a la educación sexual formal, van desde el reproductivo hasta la educación basada en el rechazo y miedo a la actividad sexual (enfoque conservador), las cuales nunca han sido eficaces para disminuir las tasas de Enfermedades de Transmisión Sexual y los embarazos no deseados. Asimismo, no se ha demostrado que la falta de educación sexual retrase o evite el inicio de las relaciones sexuales entre los adolescentes, como erróneamente se ha tratado de creer, y por el contrario, si las ha favorecido sin que se tomen las medidas preventivas necesarias.

El enfoque de la educación sexual actual propone instrumentar programas que promuevan una conducta más sana y responsable, comprobándose que cuando existe una adecuada educación sexual, el inicio de las relaciones sexuales se postergan, o bien, si se efectúan, son mayores las medidas preventivas, lo cual es signo de mayor responsabilidad. Como escribe Magic Johnson en su libro *Tú puedes evitarlo*: "Si no tienes la madurez para comprar un condón, es decir, si te da pena, no tienes la madurez para tener una relación sexual".

Es importante resaltar el hecho de que el papel de la educación en la adolescencia es fundamental a nivel mundial, promovándose el planteamiento de estrategias que favorezcan los alcances educativos en las expectativas de vida de los individuos. Así, la Salud Integral del Adolescente es una preocupación tanto de organismos internacionales (**Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud**), como nacionales (**Academia Mexicana de Sexología; Secretaría de Salud; etc.**) Además, la presencia de Organismos No Gubernamentales (**ONG's**) ha sido pieza clave para que la sociedad vaya abriéndose a la educación sexual y la acepte con mayor facilidad.

A continuación se enlistan las principales **ONG's** del país que trabajan en concreto con la difusión de la educación sexual a la comunidad, y que además brindan atención directa y apoyo a las personas que requieren de sus servicios profesionales, ya que cuentan con psicólogos, doctores, enfermeros, trabajadores sociales, etc.

- Centro de Orientación para Adolescentes, A.C. (CORA)
- Asociación Mexicana de Educación Sexual, A.C. (AMES)
- Promoción Familiar y Comunitaria, A.C. (PROFAC)
- Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia, A.C.
- Casa de la Amistad, A.C.
- Casa de la Sal, A.C.
- Centro Juvenil y Promoción Integral, A.C.

Ser Humano, A.C.

Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA, A.C.
Consejo Nacional para la Prevención y control del SIDA (CONASIDA).
TELSIDA²⁹.

Los temas sobre sexualidad, así como el origen y crecimiento de asociaciones cuya labor consiste en orientar a la población, disminuyendo a través de la información y la obtención de métodos de protección (p.ej. preservativos), ha sido de invaluable ayuda para el sector salud, que de esta manera consigue abarcar un mayor número de individuos.

Ante estas expectativas, ¿Qué rol debe desarrollar el Licenciado en Enfermería y Obstetricia?. Como se sabe, y en congruencia con el modelo de Orem, Enfermería tiene una actuación importante en el sector salud desde el punto de vista preventivo (teniendo en cuenta que en la actualidad se ha comprobado que en la mayoría de los casos clínicos revisten igual importancia tanto la prevención como la curación). Asimismo, la prevención implica el autocuidado de la salud en los individuos.

Asimismo, el Licenciado en Enfermería y Obstetricia a lo largo de su carrera adquiere un cúmulo de conocimientos que le preparan para orientar y educar sobre sexualidad y adolescencia; sin embargo, revisando los planes de estudio de la Licenciatura en Enfermería, se observa que no existe un programa de educación sexual como tal, y al revisar la literatura de varios autores, coincido con ellos en la necesidad específica de recibir preparación en educación sexual, máxime en los profesionales que continuamente están en contacto con individuos que solicitan dicha orientación, y a manera de reflexión, si hay en el plan de estudios programas basados en las necesidades vitales de los individuos, ¿por qué la sexualidad no está considerada?. Recordemos que ella está presente desde que el individuo es concebido hasta que muere.

En el presente capítulo se describe un Programa de Educación Sexual, basado en las necesidades de los adolescentes, y en congruencia con el Programa Nacional de Educación Sexual (CONAPO, 1981), así como por el Programa de Salud de los Adolescentes de la OMS y el Programa de Salud Integral del Adolescente de la OPS.

Dicho programa está dirigido en primer lugar a los profesionales de la salud, para que éste cuente con los conocimientos indispensables para orientar sobre Educación Sexual, así como a los maestros de educación media superior y superior, considerando que el hecho de impartir este tipo de charlas no únicamente es plantarse frente a un grupo y enseñar los que se cree es necesario, o dejar trabajos de investigación para dar por visto el tema, sin analizarlo a profundidad, e inclusive se resalta el hecho de que dar una orientación implica en diversas situaciones el darle sentido a una vida o destruirla. Hablar de sexualidad es un tema complejo y abarca diversas áreas y disciplinas, y no puede ser vista como algo somero, ya que se está tratando con la vida misma.

También son considerados los adolescentes, ya que en el campo de la sexualidad representan el grupo de riesgo más vulnerable, ya que actualmente más del 50% de la población mundial es menor de 24 años. Además, existe una relación estrecha entre la salud del adolescente con su propia conducta, influida ésta por el medio en que se desenvuelve (por ejemplo: la conducta sexual desinhibida y desprotegida acarrea ETS, embarazos no deseados, aumento en la incidencia de abortos y sus complicaciones, SIDA, etc.).

²⁹ MÉXICO. Secretaría de Gobernación. "Directorio de Organizaciones Civiles".

PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL

Dirigido a Profesionales de la Salud, Profesores de Educación Media Superior y Superior, y en general a quienes de manera directa e indirecta desarrollen temas de sexualidad dirigidos hacia la población en general, especialmente a los adolescentes

Objetivo general: Que el educador sexual adquiera un cuadro básico sobre sexualidad, reconociendo aspectos biológicos, psicológicos y socio-culturales de la misma, y de esa manera comprender, orientar y canalizar los problemas sobre sexualidad planteados por los individuos a los cuales presta sus servicios

Contenido temático:

BLOQUE I:

- Sexo y sexualidad
- Sociedad, cultura y sexualidad
- Aspectos históricos de la sexualidad
- Educación sexual, demografía y políticas de población

BLOQUE II:

- El desarrollo sexual del individuo (infancia, adolescencia, vida adulta y vejez)
- Bases biológicas de la sexualidad (anatomía y fisiología sexual, diferenciación sexual, aspectos endocrinos de la sexualidad)
- Sexualidad y vida (Fecundación, embarazo, parto, aborto, anticoncepción)

BLOQUE III:

- Respuesta sexual humana
- Preferencias sexuales
- Disfunciones sexuales
- Parafilias
- Salud y sexualidad
- Actividad sexual y enfermedades

BLOQUE IV:

- Ética y sexualidad
- Familia y sexualidad
- Problemas sociales relacionados con la sexualidad

BLOQUE V:

- Educación de la sexualidad
- Pedagogía de la sexualidad

<p><i>Técnicas didácticas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Curso teórico - práctico (incluir preferentemente un taller por cada tema) - Apoyo de videos, audiovisuales, rotafolios, manuales y material que el o los ponentes consideren necesario para la realización de los talleres. 	<p><i>Duración :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Se sugiere dedicar 50 minutos para cada sesión, que incluye la impartición de un tema, así como otro tiempo similar para el taller correspondiente. - Otra alternativa consiste en dedicar un promedio de 5 horas para la impartición de los temas por bloque
<p><i>Evaluación:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar diagnóstico y expectativas de los participantes, a fin de ajustar el temario y la metodología. - Pruebas escritas sobre el desarrollo de los temas (Antes y después) - Mesas redondas al término de cada bloque, para analizar los modelos educativos que se aplicarn, con objeto de revisarlos y mejorarlos 	

V.- MATERIAL Y METODOS :

Para la realización de la investigación referente a Adolescencia, Sexualidad y Métodos Anticonceptivos, el Universo lo constituyeron los estudiantes de la Preparatoria #07 "Ezequiel A. Chávez" de la UNAM, que cumplieran con los siguientes requisitos: Sexo indistinto, edades entre 15 y 23 años, alumnos de la Preparatoria, y que se encontraran, al momento de la aplicación de la encuesta, en su respectivo salón de clases

Se elaboró una encuesta, una vez calculada la muestra, y obtenidos los permisos correspondientes (Dirección escolar, Secretaría Académica, Servicios de Apoyo a la Comunidad, Docentes), se procedió a la aplicación de las encuestas en los diferentes grupos tomados en forma aleatoria en ambos turnos

Una vez obtenida la información, se procedió al vaciado de la misma en cuadros y gráficas, así como a su respectivo análisis

Respecto a la elaboración del marco teórico, se consultó bibliografía de ENEO, CONAPO, CONASIDA, CORA, Secretaría de Salud, y otras instituciones

Vale la pena mencionar que los principales temas que se escogieron para elaborar el marco teórico fueron: La Sexualidad, la adolescencia, los métodos anticonceptivos y los riesgos que enfrenta el adolescente en la vivencia de su propia sexualidad. Quizá el tema más importante alrededor del cual giran los demás es la información que han recibido los adolescente sobre sexualidad, y se plantea en el desarrollo de la tesis la necesidad de instaurar programas de educación sexual, en donde Enfermería desarrolla un papel fundamental en colaboración con otras disciplinas, tanto de salud como de educación

En cuanto a recursos materiales se emplearon los siguientes: Computadora, impresora, copiadora, calculadora, hojas blancas, bolígrafos, lápices

El costo para la elaboración de este trabajo de Investigación fue de aproximadamente \$3, 800 00 (Tres mil ochocientos pesos 00/100 N. N.)

El CRONOGRAMA se contempló de la siguiente manera:

Septiembre a diciembre de 1996 : Elaboración del Protocolo de Investigación
Primera quincena de enero de 1997 : Aplicación de la encuesta con los estudiantes
Segunda quincena de enero a abril de 1997 : Discusión, análisis e interpretación de los resultados, vaciado en cuadros y gráficas; presentación de la tesis.

VI.- RESULTADOS.

A fin de conocer la información que el adolescente posee acerca de la sexualidad y los métodos anticonceptivos, se elaboró una encuesta; asimismo, se calculó la muestra, determinándose que en un Universo de 4700 alumnos, ésta correspondía a 313 alumnos. Al aplicarse las encuestas, los resultados fueron los siguientes:

Los alumnos que asisten a la Escuela Preparatoria No. 07 "Ezequiel A. Chavez" de la UNAM, se encuentran en su gran mayoría entre los 15 y 17 años (79%, Cuadro #1) y en cuanto a género, la distribución es equitativa, siendo levemente mayor el sexo masculino (51%, Cuadro # 2); sólo una mínima parte de los adolescentes es casado (2%, Cuadro # 3).

En otro apartado, con lo que respecta a la asistencia de los alumnos a charlas sobre sexualidad, la mayoría han asistido más de tres veces (86%, Cuadro # 4), recibíendolas, por lo general, en la escuela, la familia, la calle y esporádicamente en la iglesia (Cuadro # 5), es importante mencionar que en este rubro predominaron de manera importante la escuela y la familia, y solo unos pocos han recibido información exclusivamente en la calle (1%). También se puede deducir que han recibido información de personas adultas (padres de familia, profesores, educadores en salud, etc.), aunque un número importante de adolescentes (67%, Cuadro # 6), refieren no haber comprendido totalmente los temas, lo cual es un indicador de que tienen dudas no aclaradas, y si esto sucede con los adolescentes que han sido asesorados, ¿qué ocurre con los que no lo están?

Al preguntáseles si en sus charlas sobre sexualidad habían tocado el tema "Relaciones Sexuales", el 91% de ellos (Cuadro # 7), manifestó que si lo habían hecho sus educadores, y además, habían tocado otros aspectos tales como: Planificación familiar, métodos anticonceptivos, embarazo, aborto, masturbación, anatomía y fisiología sexual y preferencias sexuales (Cuadro # 8).

Respecto a la respuesta del adolescente al deseo sexual, la mayoría de ellos (59%, Cuadro # 9) recurre al deporte y/o ejercicio, sólo un 15% manifiesta haber tenido relaciones sexuales, y pueden ser considerados como sujetos de riesgo para la adquisición de enfermedades transmitidas por contacto sexual, embarazos no deseados, falta de identidad sexual, etc., pero no sólo ellos, sino también son de tomarse en cuenta los alumnos que están potencialmente expuestos a tener relaciones sexuales (o las han tenido y no la expresaron en este apartado), sustentando esta afirmación, cuando se les preguntó con qué frecuencia recurren a la relación sexual, el 36% de ellos refirió haberlo hecho entre una y tres veces (Cuadro # 12), y de éstos, la mayoría (29%, Cuadro # 13), con amigos (as), haciendo énfasis en el novio (a), en tanto que un 64% manifiestan no haber tenido relaciones sexuales. Se puede apreciar que, de los que han tenido relaciones sexuales, tienen un solo compañero sexual (20%, Cuadro # 14), y el restante 16% de uno a tres o más.

Algo similar ocurre con la masturbación, ya que inicialmente sólo un 20% de ellos (Cuadro # 9) decían recurrir a ella, pero en otra pregunta, al cuestionarles con qué frecuencia se masturbaban, el 36% (Cuadro # 10) respondió que lo hacían de una a tres veces por semana, lo cual es indicador que sólo un 64% no se ha masturbado nunca, contrario a lo que se aprecia en el Cuadro # 9.

En cuanto a la iniciativa en la relación sexual, el 84% (Cuadro # 15) considera que debe ser unas veces suya, y otras de su pareja, lo cual es indicio de apertura hacia el establecimiento de relaciones sexuales en donde la decisión es mutua, y se pueden facilitar los programas de planificación familiar. Además, el 100% consideran necesaria la prevención en la relación sexual (Cuadro # 16), para prevenir embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual; como

protección para la pareja; por higiene sexual; otros opinan que una importante medida de prevención es tener una sola pareja. Cabe hacer mención que únicamente un estudiante contestó que no es necesaria la prevención, considerando que la primera vez debe ser sin protección, ya que "es más emocionante".

En el conocimiento de los estudiantes sobre enfermedades sexuales, el 98% afirman si tenerlo (Cuadro # 17), y en relación a los métodos anticonceptivos, el 99% (Cuadro # 18), han recibido información, la mayoría en más de tres ocasiones (84%, Cuadro # 19) resaltando de manera significativa que donde más han recibido charlas es en la escuela y en el seno familiar (99% en total, Cuadro # 20). De los anticonceptivos que conocen, tienen a su alcance el condón, pastillas e inyectables hormonales, DIUS, diafragma y espermaticidas (Cuadro # 21); y en la forma de adquisición el 90% acuden a la farmacia y a centros de salud (Cuadro # 22), aunque entre los que prefieren usar resalta el condón, ya sea como método único (49%, Cuadro # 23), o combinado con otros métodos (38%) y sólo un 5% opinó que los métodos no son necesarios. Es posible apreciar en el cuadro # 24 que el 69% están de acuerdo en el uso del condón o en insistir que lo usen, pero es preocupante el hecho de que el 31% restante tiene dudas en su uso, en contraste con la información que manejan los medios masivos de comunicación, donde resaltan que el condón es muy sencillo de usar y no se necesita ser un experto, es decir, que la persona que quiera protegerse de manera efectiva debe usar el condón, pero ¿por qué entonces existe ese porcentaje de adolescentes que dudan en el manejo del condón?; además, cabe resaltar que es el método anticonceptivo que más se promueve y está al alcance inmediato del adolescente, ya sea comprado o regalado.

En otro apartado, el 93% (Cuadro # 26), opinan que jamás se interrumpirían un aborto, un 5% o lo han hecho una vez, y un 2% afirman haberlo realizado de una a tres veces, o más. Aún cuando estadísticamente es bajo el promedio de estudiantes que recurren al aborto, no se debe pasar por alto que hay adolescentes que están de acuerdo en abortar, y convendría conocer en estudios posteriores si tienen el conocimiento de los riesgos que esto implica.

Similar a esta situación, es la que se aprecia en el Cuadro # 27, en donde el 69% son los que conocen que las pastillas y las inyecciones contienen hormonales, en tanto que el 22% señaló otros métodos como hormonales, y un 9% no contestó. Ahora bien, aunque la mayoría conocen la existencia de los diferentes métodos hormonales, ¿están concientes de las ventajas y desventajas de los mismos?

En general, se puede apreciar en los cuadros 26 y 28 que los adolescentes de la Preparatoria No. 07 "Ezequiel A. Chávez" de la UNAM si tienen los conocimientos sobre Sexualidad, Adolescencia y Métodos Anticonceptivos, y conocen, quizá someramente los riesgos a los que se exponen al tener a esta edad relaciones sexuales, máxime si son sin protección. Entre los principales riesgos del uso inapropiado de la sexualidad mencionaron los siguientes:

E. T. S.: Gonorrea; sífilis, SIDA; chancro.

Riesgos del uso inapropiado de la sexualidad: Embarazos no deseados; ETS; prostitución; desintegración familiar; aborto; homosexualidad, paternidad irresponsable; muerte.

Ante estos hechos, no se puede pasar por alto que para los educadores sexuales, desde un punto de vista epidemiológico, se encuentran ante una población de alto riesgo, y es a partir de esta realidad cuando surgen los siguientes cuestionamientos: ¿Es suficiente el contenido de los programas de educación sexual para adolescentes?; ¿Las personas que imparten educación sexual están preparadas en los temas?

Por último, es apreciable la iniciativa que está llevando a cabo la Preparatoria No.07 en cuanto a educación sexual se refiere, ya que a través de la implantación de un Programa de Orientación Integral para el Estudiante Universitario (cfr. Capítulo # 6), prepara promotores de salud entre la comunidad estudiantil, para que a su vez sean coparticipes en la adquisición de los conocimientos con el resto de sus compañeros de clase, fomentando así el autocuidado, y aumentando las expectativas de bienestar y salud. Además, entre las materias que se imparten en la Preparatoria, varias tocan específicamente el tema de la Sexualidad (cfr. Capítulo # 6).

VII.- DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

El objetivo general de la investigación es el de conocer la información que poseen los adolescentes de la Preparatoria No 07 de la UNAM, sobre la Sexualidad y los Métodos anticonceptivos, y a partir de ahí establecer un marco de referencia para el establecimiento de Programas de Intervención de Enfermería.

Los alumnos de la Preparatoria son adolescentes en su mayoría, cuyas edades fluctúan entre los 15 y 24 años, en cuanto al género la distribución es equitativa, siendo levemente mayor el sexo masculino, y solo una mínima parte es casado.

Al plantearles el objetivo de la investigación, la mayoría se mostraron cooperadores y entusiastas, manifestando que hacía falta que se les plantearan aspectos relacionados con la sexualidad, ya que aunque han recibido charlas sobre Sexualidad y Métodos Anticonceptivos, les quedan dudas y no plantean a fondo los temas, y en ocasiones los profesores se limitan a dejarles trabajos para investigar y dan el tema por visto. Aunque no puede descartarse que son varios los maestros que se preocupan por brindar temas de educación sexual, e incluso fuera de sus materias. Por ejemplo, al buscar las materias que impartían temas relacionados con la sexualidad, se encontró que son pocas (biología, psicología e higiene mental), además de que psicología e higiene mental son asignaturas del sexto año y no todos los alumnos las toman, únicamente aquellos que su especialidad se relaciona con las mismas.

Vale la pena resaltar que la Preparatoria No 07 se ha distinguido por la iniciativa de la aplicación del Programa de Orientación Integral del Estudiante Universitario, en donde, en convenio con la Universidad Nacional Autónoma de México y el Instituto Mexicano del Seguro Social, los orientadores vocacionales imparten temas a los adolescentes acerca de su situación como personas y como estudiantes, transmitiendo una serie de valores en diversos aspectos, sobresaliendo *Los Aspectos Significativos de la Adolescencia*, analizados desde un punto de vista biopsicológico. Sin embargo, la tarea de estos educadores no termina ahí, sino que además se dedican a preparar a jóvenes estudiantes para que se desempeñen en la Preparatoria como promotores voluntarios de salud, y ellos con su iniciativa se encargan de preparar temas que consideran de interés para sus compañeros, también ponencias, donde invitan a docentes, ya sea de la institución o ajenos a ella, pero que estén relacionados con la salud en los adolescentes, para que transmitan sus conocimientos con base en los temas que los estudiantes consideran de su interés. Los promotores cuentan con un cubículo en el Departamento de Orientación Vocacional donde reciben sugerencias, preparan sus temas, e incluso cuentan con anticonceptivos para distribuirlos entre sus compañeros.

Sin embargo, y a pesar de este prometedor panorama, aún existe mucha ignorancia en los adolescentes acerca de la vivencia de su sexualidad, y no solo en la Institución, sino también en todo el país, ya que a pesar de haber introducido estos temas en los libros de texto de primaria y secundaria desde hace 30 años, la educación sexual presenta severos rezagos, y la sexualidad en la mayoría de la población está ligada íntimamente a la genitalidad, descartando los demás aspectos que la componen (psicológicos, sociales y culturales).

Es necesario que los padres de familia y educadores tomen conciencia de que si se quiere una sociedad que ejerza mejor su sexualidad, hace falta que los jóvenes y niños tengan acceso real y verdadero al tema

Los adolescentes, dadas sus características y cambios, representan un grupo vulnerable de contraer riesgos por la vivencia de sus conductas (rebeldía, deseos de independencia, etc.), llegando a desarrollar problemas tales como drogadicción, alcoholismo, pandillerismo y en el caso específico de la conducta sexual embarazos no deseados, ETS, abortos, disfunciones sexuales y parafilias

Una herramienta importantísima que los educadores poseen para orientar a los adolescentes es sin duda la educación, ya que esta les brinda las instrumentos para entender y desarrollar su rol económico-social, ya que es en la escuela donde recibe los conocimientos sobre sí mismo y los demás, los analiza, los comparte con sus compañeros, y los aplica a la vida diaria

Si bien es cierto que la sociedad, la familia y los amigos son indispensables para favorecer el desarrollo del adolescente, a través de la educación éste va forjando sus propios valores, logros, autoestima, adquiriendo su autonomía e identidad, lo que indudablemente lo conduce a forjarse un proyecto de vida con responsabilidad, el cual va desde lo idealista hasta la realidad. El ambiente escolar además le provee de experiencias formadoras de actitudes, y en el proceso de socialización la educación es mediadora entre generaciones, enseñando los valores del pasado, aplicándolos al presente con proyección al futuro. Así, el adolescente posee los conocimientos y comunica a los que le rodean el saber acumulado, estimulando las capacidades que favorecen el progreso de la humanidad e insertándose en la sociedad mejorando las expectativas de vida, aprovechando las opciones que se le ofrecen

Considerando lo anterior, es clara la evolución en la educación media superior, en donde en épocas anteriores se les consideraba a los adolescentes seres en etapa de transición, inactivos, sin voz ni voto, receptivos, etc. Ahora la educación formal actual propone que la persona que enseña debe ser un pedagogo en toda la extensión de la palabra, capacitado para instruir y educar, sabiendo que tienen ante sí la enorme responsabilidad de educar a la juventud y ser guía en su formación como ciudadanos, inculcando en ellos la conciencia de desempeñar sus diferentes roles en la vida. El rol del docente es ahora el de guía, compañero, facilitador de la creatividad juvenil, y que fomente el desarrollo social y la salud del estudiante. No se puede descartar que la actitud de los docentes puede influir considerablemente en la imagen que los adolescentes tengan de sí mismos, en el desarrollo de la autoestima y en la confianza en su propia capacidad para resolver los problemas. Asimismo, es necesaria la participación de la familia para que la seguridad afectiva sea el eje primordial durante la individualización del adolescente a través de la experiencia educativa.

Analizando la educación sexual que se ha proporcionado desde años anteriores a la fecha, coincido con varios autores en que los diversos enfoques que se le ha dado a la educación sexual formal, van desde el reproductivo hasta la educación basada en el rechazo y miedo a la actividad sexual (enfoque conservador), los cuales nunca han sido eficaces para disminuir las tasas de ETS y los embarazos no deseados. Asimismo, no se ha demostrado que la falta de información o de educación sexual retrase o evite el inicio de las relaciones sexuales entre los adolescentes, como

erróneamente se ha tratado de creer, y por el contrario, si las ha favorecido sin que se tomen las medidas preventivas necesarias

El Licenciado en Enfermería y Obstetricia tiene un amplio campo de acción en la educación sexual, en congruencia con el **Modelo de Enfermería de Orem**, ya sea en escuelas, hospitales, centros de salud, instituciones, y en centros comunitarios entre otros, recordando que la educación sexual no necesariamente precisa de aulas o instituciones, y en donde existan jóvenes deseosos de aprender, debemos dirigirnos a ellos, fomentándoles la importancia de la responsabilidad en su autocuidado

Además, Enfermería se caracteriza por ser multidisciplinaria, y junto con otras ciencias y profesiones afines al tema de la educación sexual dirigida a los adolescentes, promueve un enfoque educativo en donde se propone la instrumentación de programas que promueven una educación sexual más sana y responsable, con el antecedente de que cuando esta se da de una manera adecuada, y los adolescentes están informados sobre la sexualidad, sus ventajas y desventajas, el inicio de las relaciones sexuales se posterga, y si llegan a darse, es con mayores medidas preventivas, lo que demuestra una mayor responsabilidad. A ese respecto, el escritor Carlos Monsiváis afirma que: **"Es necesaria la construcción obligada del deseo nuevo, donde las precauciones sustituyan a los arrebatos"**.

A manera de conclusión, hago cita de las palabras de Magic Johnson en su libro **"Tú puedes evitarlo"**, para dirigirme a los adolescentes y jóvenes para invitarles a que hagan de su sexualidad una vivencia sana y responsable, evitando los riesgos que incluso ponen en peligro su vida

"Si no tienes la madurez para comprar un condón, es decir, si te da pena, no tienes la madurez para tener una relación sexual". No pretendo decir con ello que se inicien en las relaciones sexuales lo antes posible, sino cuando decidan hacerlo, lo piensen bien, se cuiden y tomen las precauciones necesarias para conservar la salud

CONCLUSIONES

- Los adolescentes de la Preparatoria No. 07 "Ezequiel A. Chávez de la UNAM, se caracterizan por tener edades que oscilan entre los 15 y los 24 años, siendo la mayoría de entre 15 a 17 años. La distribución en cuanto a sexos es equitativa, predominando ligeramente el sexo masculino, y sólo un 2% del total son casados o viven en unión libre. Pertenecen a un estrato social medio.

Al exponerse los objetivos de la investigación, se mostraron abiertos y cooperadores al tema, y además de contestar las preguntas de las encuestas, manifestaban sus propias inquietudes y expresaban sugerencias.

- Respecto al conocimiento que tienen sobre Sexualidad y Métodos Anticonceptivos, un 98 - 99% refieren haber recibido charlas, la mayoría en más de tres ocasiones, predominando entre los lugares de asistencia la escuela y el seno familiar, aunque afirma el 67% del total de los alumnos no haber comprendido los temas, ya sea por temor a preguntar, porque los ponentes no tenían tiempo, o simplemente decían desconocer las respuestas a las preguntas planteadas. En más de tres ocasiones han recibido charlas.

Además de los temas descritos, en las charlas han recibido además información sobre otros aspectos tales como: planificación familiar, embarazo, aborto, masturbación, anatomía y fisiología sexual, y preferencias sexuales.

Un apartado que merece especial atención es que con relación al uso de los Métodos Anticonceptivos tienen muchas interrogantes, y aún el uso del condón, que a través de los medios de difusión se ha manejado como sencillo de usar y sin complicaciones, un 31% de los adolescentes tienen dudas en su uso, ahora bien, si es así con el condón, ¿Qué información tienen sobre los demás anticonceptivos. Por ejemplo, cuando se les preguntó sobre los anticonceptivos que contenían hormonales y por lo tanto representaban un riesgo alto para ellos, sólo un 69% sabe que son las pastillas e inyecciones, y el resto o bien mencionó otros métodos que nada tienen que ver con hormonales, o simplemente prefirieron abstenerse de contestar.

Los anticonceptivos que están a su alcance son: el preservativo o condón, hormonales (pastillas e inyectables), DIUs, diafragma y espermaticidas. La forma de adquirirlos es en farmacias y/o centros de salud.

- Cabe mencionar que para que un anticonceptivo tenga éxito, es imprescindible que se tenga la seguridad sobre su uso, ventajas y desventajas, siendo la inseguridad en su manejo la causa principal de que éstos fallen.

Respecto al aborto como método anticonceptivo, sólo un 7% afirman haberlo realizado de entre una a tres veces, y aún cuando estadísticamente es bajo el promedio de estudiantes que recurren al aborto, convendría conocer en investigaciones posteriores si los adolescentes tienen conocimiento sobre los riesgos que este procedimiento implica.

- Durante la pubertad aparece el impulso sexual con carácter erótico, y se recomienda que el adolescente responda al mismo de una manera sana y responsable, por ejemplo, entre los adolescentes de la Preparatoria No 07, más de un 50% refieren recurrir al deporte y al ejercicio ante el deseo sexual, en tanto que el resto se masturba o recurre a la relación sexual. Un detalle positivo es que en realidad sólo es una mínima parte la que reprime sus deseos, lo cual puede proporcionar relativa tranquilidad entre los sexólogos, sabedores del riesgo que suele implicar la represión sexual, sobre todo en la cultura mexicana, donde generalmente se consideraba ir contra las normas sociales el manifestar deseos sexuales en la etapa adolescente, máxime si son solteros. Además, la mayor parte de ellos coincide en que en la relación sexual, la iniciativa debe ser de ambos participantes, considerando un 100% necesaria la prevención, para prevenir embarazos no deseados, Enfermedades de Transmisión Sexual, o bien . por higiene sexual y protección para la pareja

Otros riesgos del uso inapropiado de la sexualidad, que los adolescentes conocen son Prostitución, desintegración familiar, aborto, homosexualidad, paternidad irresponsable y muerte. Aunque no todo es positivo, ya que un 36% refieren haber tenido ya relaciones sexuales, usualmente tienen un solo compañero (a) sexual, haciendo énfasis en el novio(a) y si asociamos el que no han sido aclaradas con suficiencia sus dudas respecto a la protección y el uso de anticonceptivos, representa un factor de riesgo que puede ser evitado a partir del mejoramiento de los programas de educación sexual

- La salud de los adolescentes representa una preocupación a nivel mundial, implantándose diversos programas de salud integral, resaltando en ellos los aspectos de la sexualidad, ya que es ésta una necesidad inherente que requiere una satisfacción, y por si fuera poco, actualmente en México los adolescentes reciben por una parte una educación sexual con enfoque conservador, en donde se evitan temas sobre sexualidad, o son dados en forma por demás somera, ya que se tiene la burda idea de que hablar de ello a los jóvenes es inducirlos a tener relaciones sexuales y pensamientos pecaminosos; por otro lado, los medios de comunicación masiva y el cada vez mayor auge de la pornografía y la prostitución ponen de manifiesto las "maravillas del sexo". Además, es de tomarse en cuenta para los programas de educación sexual que la sexualidad en la adolescencia tiene día a día un despertar más temprano, y que con información o sin ella, los adolescentes responden ante el deseo sexual, aunque los adultos digan lo contrario, o quieran negar lo evidente
- Ante estas situaciones, organismos tanto internacionales como nacionales, tales como la OMS, la OPS, la Academia Mexicana de Sexología , CONAPO, CONASIDA, CORA entre otros, y en congruencia con el modelo de enfermería de Orem, proponen alternativas de educación sexual para adolescentes que promuevan la responsabilidad y el autocuidado. Aunque en teoría suena excelente, la realidad es que la educación sexual en México presenta severos rezagos, siendo de los únicos avances la incorporación de ella en los libros de texto de primaria y secundaria; y una herramienta sin duda importante es el Programa de Educación Sexual realizado por CONAPO en 1981, dirigido en sus variantes hacia maestros y profesionales de la

salud, conteniendo los temas que se consideran básicos sobre sexualidad (Anatomía y fisiología sexual, Identidad sexual, Sexualidad, sexo y cultura, principalmente) Sin embargo, en las instituciones de educación media superior y superior se ha hecho al parecer caso obsoleto, y no existen programas de educación sexual, y en muchas ocasiones los docentes se concretan a dar el tema por visto, o a dejar una investigación a los adolescentes, y abordar el tema en forma superficial

Otro rubro que se esta descuidando en lo referente a educación sexual, es el de Enfermería, en donde durante la formación de los futuros profesionistas no existe un programa específico, y si hay otros tales como la nutrición, las necesidades durante el desarrollo del individuo, etc, que se consideran proporcionan elementos para buscar los satisfactores de los individuos. Ahora bien, no se puede desacartar que la sexualidad es asimismo una necesidad primordial que está presente en todas las etapas de la vida del ser humano

Entre los programas de orientación educativa que se están llevando a cabo en México, es loable la labor que están realizando los orientadores de la Preparatoria No. 07 "Ezequiel A. Chávez", los cuales, en coordinación con la UNAM y el IMSS proporcionan a los adolescentes que estudian en dicha institución el Programa de Orientación Integral para el Estudiante Universitario, que aborda como principales temas: La identidad universitaria, su significado y trascendencia, Apoyo al aprendizaje, y Aspectos significativos de la Adolescencia (entre ellos la sexualidad es uno de los ejes primordiales). Además, preparan entre los estudiantes a los promotores de salud, cuya actividad es transmitir sus conocimientos y orientar al resto de sus compañeros, así como la preparación de ponencias con temas que interesan a los adolescentes, impartidos ya sea por ellos mismos, por ponentes de la institución o bien, por invitados de otras instituciones

Es importante que se incluyan programas de educación sexual dirigidos en primer lugar a los formadores, en donde Enfermería tiene un papel primordial, ya que es usualmente a los enfermeros a quien recurre la gente que requiere información sobre la sexualidad, sus ventajas y desventajas. Recordemos que el desarrollo de la conducta sexual esta motivada en gran parte por la educación de los individuos, e incluso suele estar influenciada por la información y el testimonio que reciben de los educadores, los cuales tienen ante sí una enorme responsabilidad que precisa de estar actualizados en los temas, para dar una orientación adecuada, sabedores que a partir de dicha orientación pueden favorecer una significativa mejora en las expectativas de vida, sobre todo en los adolescentes, o bien, pueden destruir y motivar conductas sexuales denominadas de riesgo para la salud

IX.- ANEXOS

ANEXO 1

CUADROS Y GRÁFICAS

INDICE DE CUADROS

Cuadro # 1. Edad de los estudiantes de la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.*

Grupo de edad	Número	%
21-23	5	2
18-20	59	19
15-17	249	79
Totales	313	100

Cuadro # 2 Sexo de los estudiantes de la Preparatoria No.07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997

Sexo	Número	%
Masculino	160	51
Femenino	153	49
Totales	313	100

* Fuente (Cuadros 1 y 2): Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

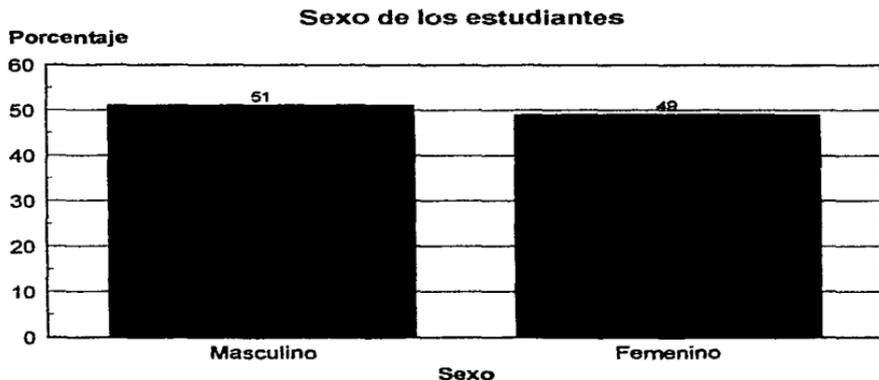
Gráfica # 1. Edad de los estudiantes de la Preparatoria # 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997

Grupos de edad



Fuente: Encuestas realizadas en la Preparatoria # 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Gráfica # 2.- Sexo de los estudiantes de la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.



Fuente: Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Cuadro # 3. Estado civil de los estudiantes de la Preparatoria No.07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.*

Estado civil	Número	%
Soltero	5	2
Casado	308	98
Unión libre	0	0
Totales	313	100

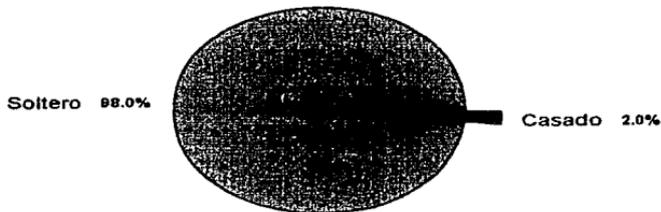
Cuadro # 4. Asistencia a charlas sobre sexualidad de los estudiantes de la Preparatoria No.07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Asistencia a charlas	Número	%
Ninguna	8	3
Una a tres veces	36	11
Más de tres veces	269	86
Totales	313	100

* Fuente (Cuadros 3 y 4): Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

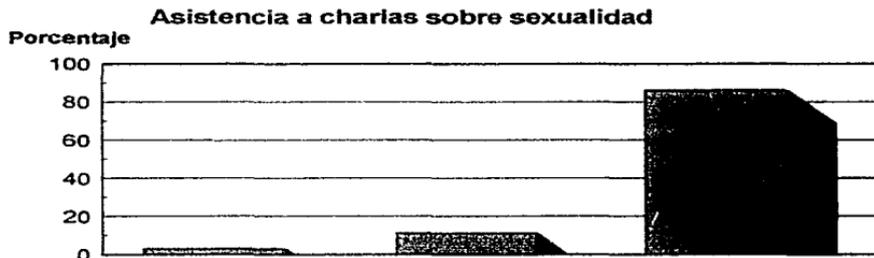
**Gráfica # 3.- Estado Civil de los estudiantes de la
Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.**

Estado Civil de los estudiantes



**Fuente: Encuestas realizadas en la Preparatoria No.07
de la UNAM, de enero a febrero de 1997.**

Gráfica # 4.- Asistencia a charlas sobre Sexualidad de los estudiantes de la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.



Asistencia	Ninguna	Una a tres veces	Más de tres veces
	3	11	86

Fuente: Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Cuadro # 5. Lugar de asistencia a charlas sobre sexualidad de los estudiantes de la Preparatoria No.07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.*

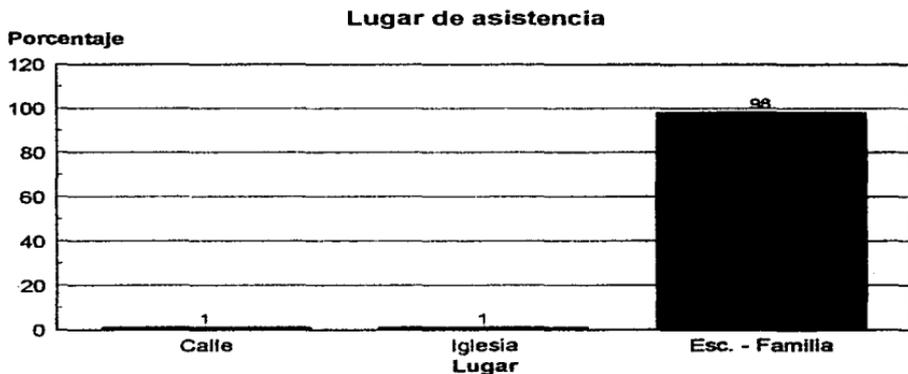
Lugar	Número	%
Calle	3	1
Iglesia	3	1
Escuela - Familia	307	98
Totales	313	100

Cuadro # 6. Comprensión de temas sobre sexualidad de los estudiantes de la Preparatoria No.07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Comprensión	Número	%
SI, totalmente	103	33
SI, aunque no del todo	187	59
NO, prefieren no hablar del tema	7	2
NO, no tienen la respuesta en ese momento	8	3
No he recibido charlas	8	3
Totales	313	100

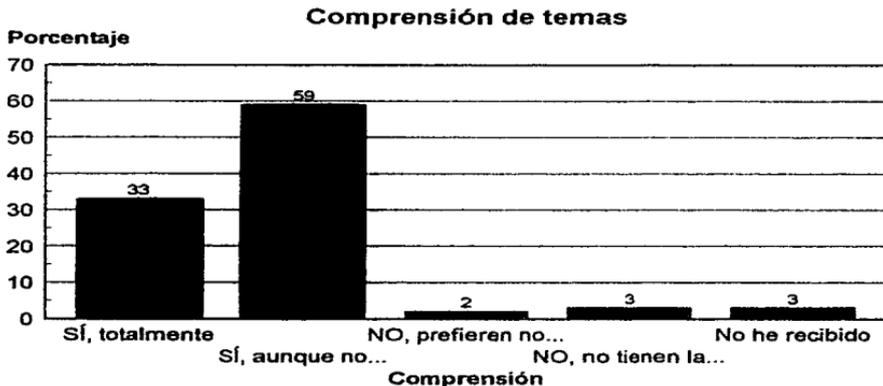
* Fuente (Cuadros 5 y 6) : Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Cuadro # 5.- Lugar de asistencia a charlas sobre Sexualidad de los estudiantes de la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.



Fuente: Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Gráfica # 6.- Comprensión de temas sobre Sexualidad de los estudiantes de la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.



Fuente: Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Cuadro # 7 Conocimiento sobre el tema: "Relaciones Sexuales" de los estudiantes de la Preparatoria No.07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.*

Conocimiento	Número	%
SI	286	91
NO	19	6
No he recibido charlas	8	3
Totales	313	100

Cuadro # 8 Otros aspectos que los estudiantes de la Preparatoria No.07 de la UNAM, han podido conocer en los cursos sobre sexualidad, de enero a febrero de 1997.

Aspectos conocidos	Número	%
Contestaron	284	91
No contestaron	21	6
No he recibido charlas	8	3
Totales	313	100

Aspectos conocidos: Planificación familiar; métodos anticonceptivos; embarazo; aborto; masturbación; anatomía y fisiología sexual; preferencias sexuales; parafilias.

* Fuente (Cuadros 7 y 8): Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

**Gráfica # 7.- Conocimiento sobre el tema:
"Relaciones Sexuales" de los estudiantes de la
Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero
de 1997.**

Conocimiento sobre el tema

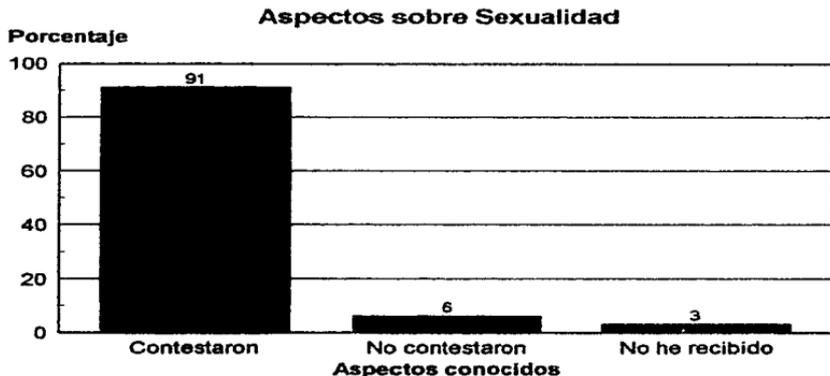
SÍ 91.0%



No he recibido 3.0%
NO 6.0%

Fuente: Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07
de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Gráfica # 8.- Otros aspectos que los estudiantes de la Preparatoria No. 07 de la UNAM, han podido conocer en los cursos sobre Sexualidad, de enero a febrero de 1997.



Fuente: Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Cuadro # 9. Respuesta al deseo sexual de los estudiantes de la Preparatoria No.07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997. *

Respuesta	Número	%
Relación sexual	47	15
Masturbación	64	21
Deporte y/o ejercicio	185	59
Represión	17	5
Totales	313	100

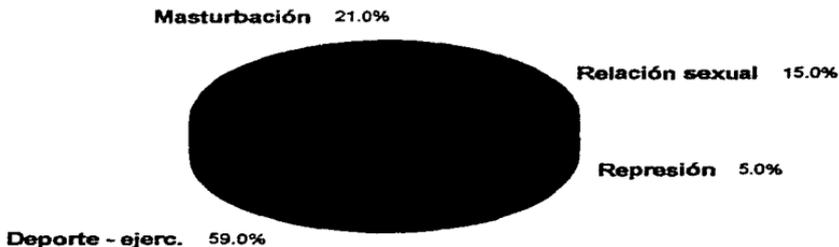
Cuadro # 10. Estudiantes de la Preparatoria No.07 de la UNAM que recurren como respuesta sexual a la masturbación, de enero a febrero de 1997.

Masturbación	Número	%
Nunca	200	63
Una vez por semana	78	25
Una a tres veces por semana	24	8
Más de tres veces por semana	11	4
Totales	313	100

* Fuente (Cuadros 9 y 10): Encuestas realizadas en la Preparatoria No.07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Gráfica # 9.- Respuesta al deseo sexual de los estudiantes de la Preparatoria No.07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Respuesta al deseo sexual

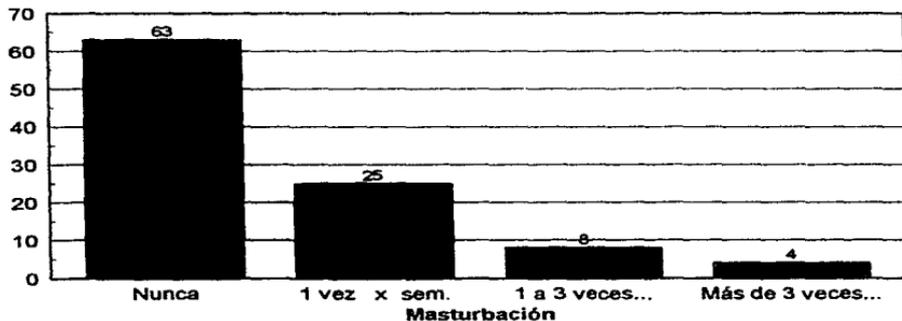


Fuente: Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Gráfica # 10.- Estudiantes de la Preparatoria No. 07 de la UNAM que recurren a la masturbación como respuesta sexual, de enero a febrero de 1997.

Masturbación como respuesta sexual

Porcentaje



Fuente: Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Cuadro # 11 Calidad de la relación sexual de los estudiantes de la Preparatoria No.07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.*

Calidad	Número	%
Fabulosa	80	26
Satisfactoria	145	46
Indiferente	85	27
Detestable	0	0
Pecado	3	1
Totales	313	100

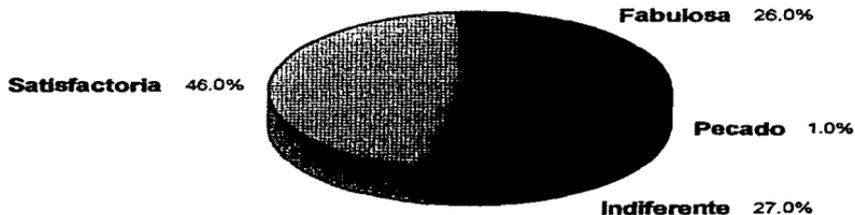
Cuadro # 12. Frecuencia de Estudiantes que recurren a la relación sexual de la Preparatoria No.07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Frecuencia	Número	%
Nunca	202	64
Una vez	41	13
Una a tres veces	22	7
Más de tres veces	48	16
Totales	313	100

* Fuente (Cuadros 11 y 12): Encuestas realizadas en la Preparatoria No.07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997

Gráfica # 11.- Calidad de la relación sexual de los estudiantes de la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

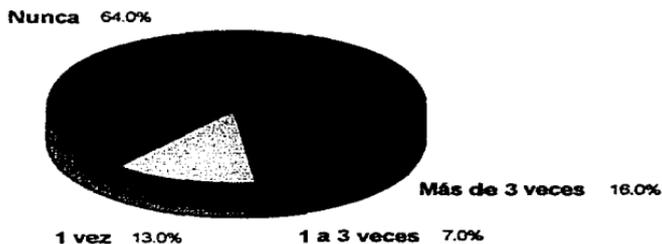
Calidad de la relación sexual



Fuente: Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Gráfica # 12.- Frecuencia de estudiantes que recurren a la relación sexual en la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Relación Sexual



Fuente: Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Cuadro # 13. Elemento participante de los estudiantes que recurren a la relación sexual de la Preparatoria No.07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.*

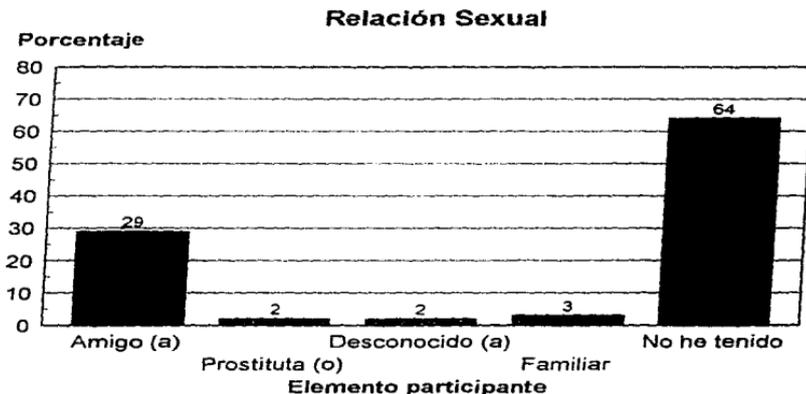
Elemento participante	Número	%
Amigo/a	93	29
Prostituta/o	5	2
Desconocido/a	5	2
Familiar	8	3
No he tenido relación sexual	202	64
Totales	313	100

Cuadro # 14. Número de compañeros sexuales de los estudiantes de la Preparatoria No.07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Compañeros sexuales	Número	%
Ninguno	202	64
Uno	68	22
Uno a tres	30	10
Más de tres	13	4
Totales	313	100

* Fuente (Cuadros 13 y 14): Encuestas realizadas en la Preparatoria No.07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997

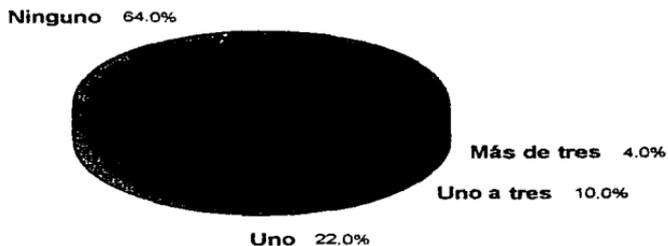
Gráfica # 13.- Elemento participante de los estudiantes de la Preparatoria No. 07 de la UNAM que recurren a la relación sexual, de enero a febrero de 1997.



Fuente: Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Gráfica # 14.- Número de compañeros sexuales de los estudiantes de la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Número de compañeros sexuales



Fuente: Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Cuadro #15. Iniciativa en la relación sexual de los estudiantes de la Preparatoria No.07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.*

Iniciativa	Número	%
Siempre tuya	18	6
Generalmente tuya	17	6
Unas veces tuya, otras de tu pareja	264	84
Siempre de tu pareja	14	4
Totales	313	100

Cuadro # 16 Necesidad de la prevención en la relación sexual de los estudiantes de la Preparatoria No 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Necesidad	Número	%
SI	312	100
NO	1	0
Totales	313	100

* Fuente (Cuadros 15 y 16): Encuestas realizadas en la Preparatoria No.07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997

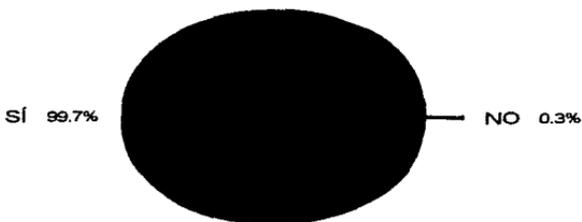
Gráfica # 15.- Iniciativa en la Relación Sexual de los estudiantes de la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.



Fuente: Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

**Gráfica # 16.- Necesidad de la prevención en la
relación sexual de los estudiantes de la
Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero
de 1997**

Necesidad de prevención



Fuente: Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07
de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Cuadro # 17 Conocimiento de los estudiantes de la Preparatoria No.07 de la UNAM sobre enfermedades de transmisión sexual, de enero a febrero de 1997.*

Conocimiento	Número	%
SI	307	98
NO	6	2
Totales	313	100

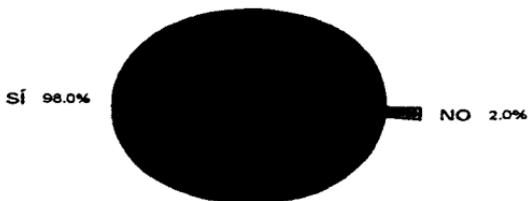
Cuadro # 18 Información de los estudiantes de la Preparatoria No 07 de la UNAM sobre métodos anticonceptivos, de enero a febrero de 1997.

Información	Número	%
SI	310	99
NO	3	1
Totales	313	100

* Fuente (Cuadros 17 y 18): Encuestas realizadas en la Preparatoria No.07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997

**Gráfica # 17.- Conocimiento de los estudiantes de la
Preparatoria No. 07 sobre Enfermedades de
Transmisión Sexual, de enero a febrero de 1997.**

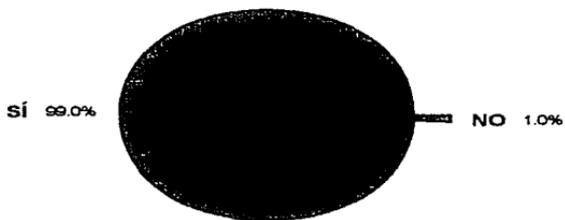
Conocimiento sobre las E.T.S.



Fuente: Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07
de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

**Gráfica # 18.- Información de los estudiantes de la
Preparatoria No. 07 de la UNAM sobre Métodos
Anticonceptivos, de enero a febrero de 1997.**

Información sobre Métodos Anticonceptivos



Fuente: Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07
de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Cuadro #19. Asistencia a charlas sobre métodos anticonceptivos de los estudiantes de la Preparatoria No.07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.*

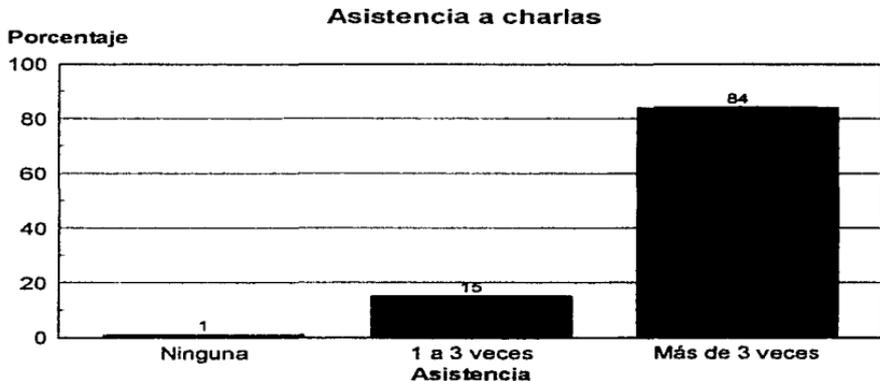
Asistencia	Número	%
Ninguna	3	1
Una a tres veces	47	15
Mas de tres veces	263	84
Totales	313	100

Cuadro # 20 Lugar al que asisten los estudiantes de la Preparatoria No.07 de la UNAM a charlas sobre métodos anticonceptivos, de enero a febrero de 1997.

Lugar	Número	%
Calle	0	0
Escuela	114	36
Escuela - Familia	188	60
Iglesia - Escuela - Familia	8	3
No he recibido charlas	3	1
Totales	313	100

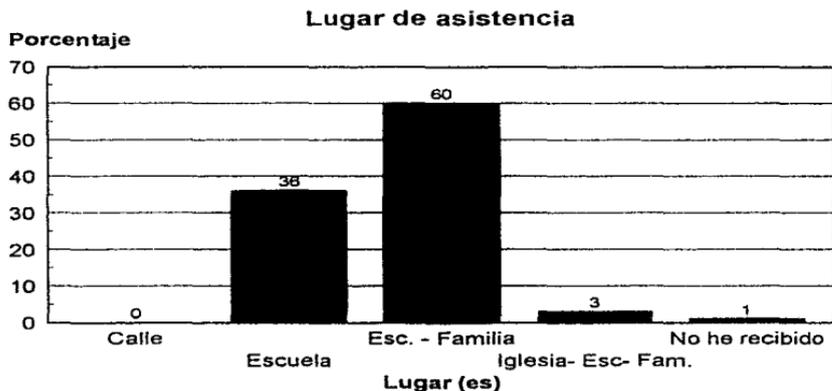
* Fuente (Cuadros 19 y 20): Encuestas realizadas en la Preparatoria No.07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997

Gráfica # 19.- Asistencia a charlas sobre Métodos Anticonceptivos de los estudiantes de la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.



Fuente: Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Gráfica # 20.- Lugar al que asisten los estudiantes de la Preparatoria No. 07 de la UNAM a charlas sobre Métodos Anticonceptivos, de enero a febrero de 1997.



Fuente: Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Cuadro #21. Anticonceptivos al alcance de los estudiantes de la Preparatoria No.07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.*

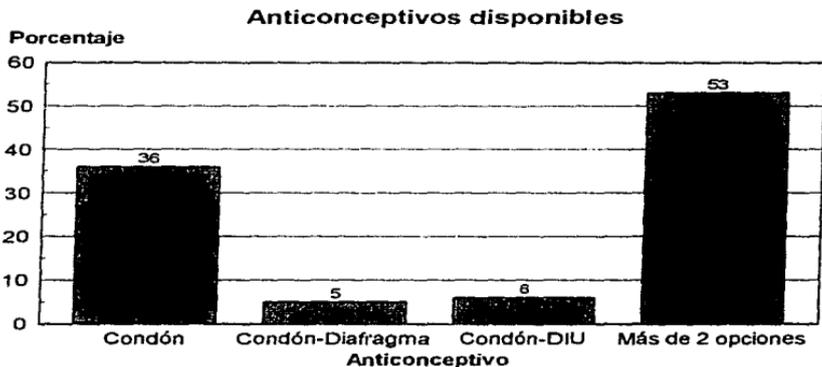
Anticonceptivo	Número	%
Condón	112	36
Condón - Pastillas - Inyecciones - Espermaticidas	168	53
Condón - Diafragma	15	5
Condón - DIU	18	6
Totales	313	100

Cuadro # 22 Forma de adquisición de anticonceptivos, de los estudiantes de la Preparatoria No.07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Forma de adquisición	Número	%
Farmacia	126	40
Farmacia - Centro de salud	157	50
Farmacia - Familia	9	3
Farmacia - Amigos	21	7
Totales	313	100

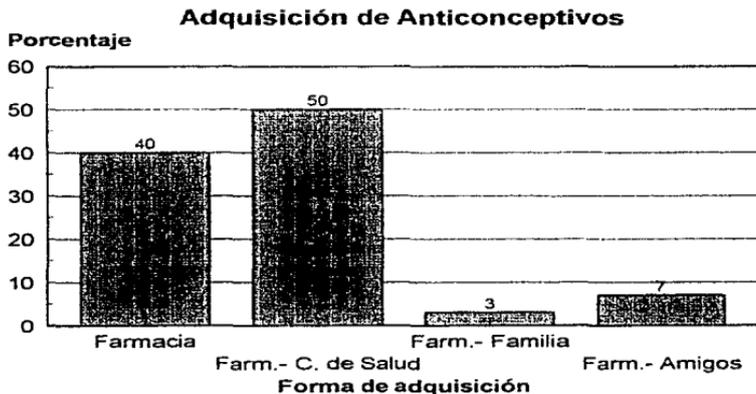
* Fuente (Cuadros 21 y 22): Encuestas realizadas en la Preparatoria No.07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997

Gráfica # 21.- Anticonceptivos al alcance de los estudiantes de la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.



Fuente: Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997

Gráfica # 22.- Forma de adquisición de Anticonceptivos de los estudiantes de la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.



Fuente: Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Cuadro # 23 Preferencia de métodos anticonceptivos de los estudiantes de la Preparatoria No.07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.*

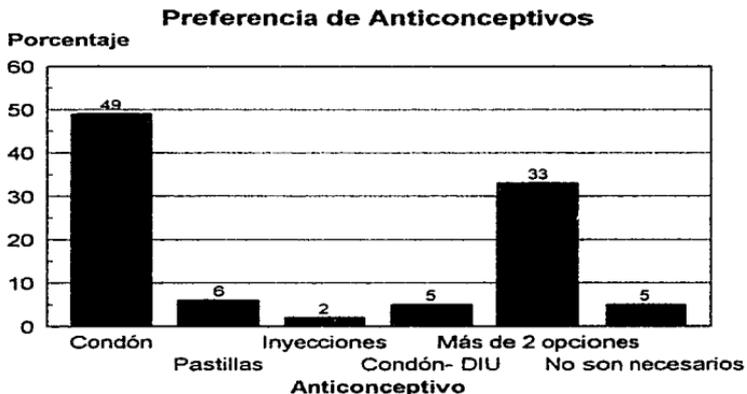
Anticonceptivo	Número	%
Condón	152	49
Pastillas	19	6
Inyecciones	7	2
Condón - DIU	15	5
Condón - Diafragma - Espermaticidas	17	5
Condón - Pastillas - Inyecciones	86	28
Ninguno, no son necesarios	17	5
Totales	313	100

Cuadro # 24. Uso del condón de los estudiantes de la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997

Uso del condón	Número	%
Lo uso o insisto en que lo usen	218	69
No me resulta fácil usarlo	59	19
Me avergüenza pedir que lo usen	8	3
No insisto en usarlo o en que lo usen	28	9
Totales	313	100

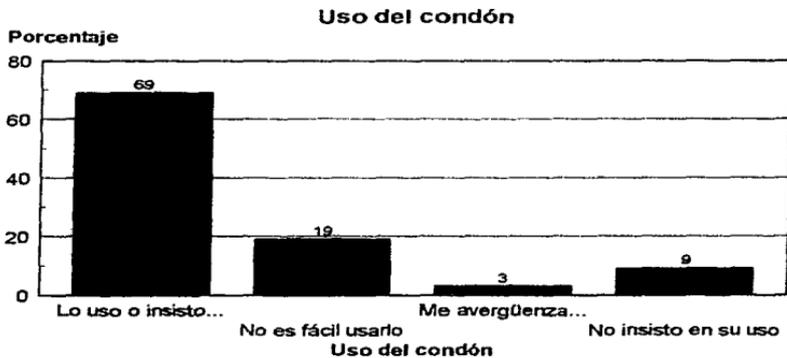
* Fuente (Cuadros 23 y 24): Encuestas realizadas en la Preparatoria No.07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997

Gráfica # 23.- Preferencia de Métodos Anticonceptivos de los estudiantes de la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.



Fuente: Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Gráfica # 24.- Uso del condón en los estudiantes de la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.



Fuente: Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Cuadro # 25. Frecuencia con que los estudiantes recurren al aborto como método anticonceptivo, de la Preparatoria No.07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.*

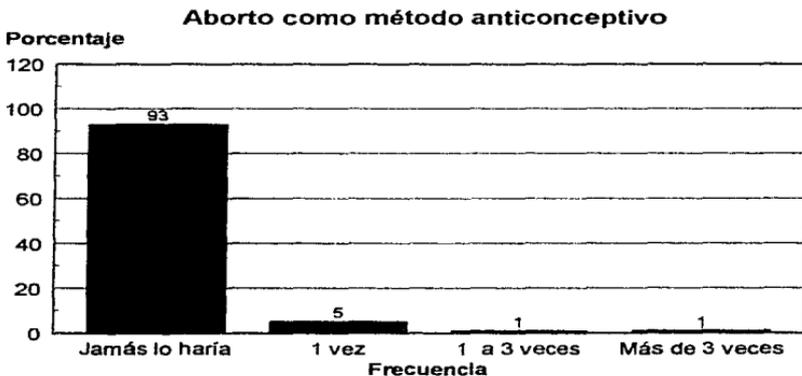
Frecuencia	Número	%
Jamás lo haría	291	93
Una vez	16	5
Una a tres veces	3	1
Más de tres veces	3	1
Totales	313	100

Cuadro # 26. Nivel de conocimientos respecto a Sexualidad y Métodos Anticonceptivos de los estudiantes de la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Conocimiento	SI	%	NO	%	TOTAL	%
Sexo y sexualidad son lo mismo	23	7	290	93	313	100
El SIDA sólo es transmitido por homosexuales o drogadictos	3	1	310	99	313	100
A mi no me puede dar SIDA	256	82	57	18	313	100

* Fuente (Cuadros 25 y 26): Encuestas realizadas en la Preparatoria No.07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997

Gráfica # 25.- Frecuencia con que los estudiantes recurren al aborto como método anticonceptivo; de la Preparatoria No. 07 de UNAM, de enero a febrero de 1997.

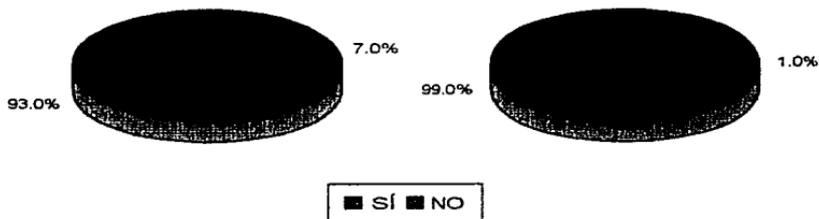


Fuente: Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Gráficas # 26-A.- Nivel de conocimientos respecto a Sexualidad y Métodos Anticonceptivos de los estudiantes de la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997

a) Sexo y sexualidad son lo mismo.

b) El SIDA sólo es transmitido por homosexuales o drogadictos.



Fuente: Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Gráfica 26-B.- Nivel de conocimientos respecto a Sexualidad y Métodos Anticonceptivos de los estudiantes de la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

A mí no me puede dar SIDA.



Fuente: Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Cuadro # 27. Conocimiento sobre los métodos anticonceptivos que contienen hormonales, de los estudiantes de la Preparatoria No.07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.*

Anticonceptivo	Número	%
Condón y DIU	13	4
Pastillas e inyecciones	216	69
Diafragma y espermaticidas	55	18
No contestó	29	9
Totales	313	100

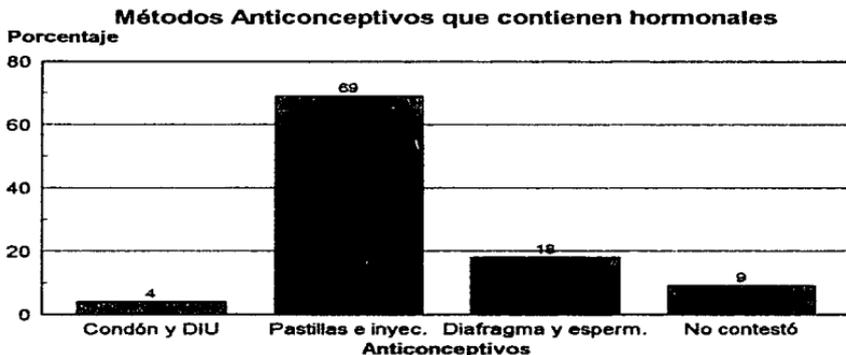
Cuadro # 28. Conocimiento sobre las ETS y los riesgos del uso inapropiado de la sexualidad, de los estudiantes de la Preparatoria No.07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Conocimiento	Contestó	%	No contestó	%	TOTAL	%
Enfermedades de Transmisión Sexual	303	97	10	3	313	100
Riesgos del uso inapropiado de la sexualidad	263	84	50	16	313	100

Enfermedades de Transmisión Sexual: *Gonorrea ; Sífilis; SIDA; Chancro*
Riesgos del uso inapropiado de la sexualidad: *Embarazo no deseado; ETS; prostitución; desintegración familiar; muerte; aborto; Homosexualidad; paternidad irresponsable.*

* Fuente (Cuadros 27 y 28): Encuestas realizadas en la Preparatoria No.07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Gráfica # 27.- Conocimiento de los estudiantes de la Preparatoria No. 07 de la UNAM sobre los métodos anticonceptivos que contienen hormonales, de enero a febrero de 1997.

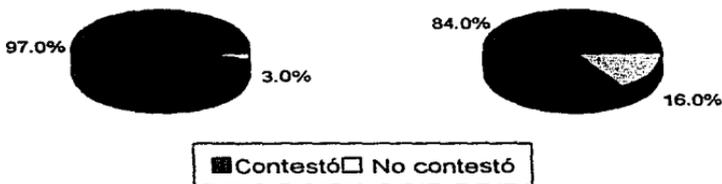


Fuente: Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

Gráfica # 28.- Conocimiento de los estudiantes de la Preparatoria No. 07 de la UNAM, sobre las E.T.S. y los riesgos del uso inapropiado de la sexualidad; de enero a febrero de 1997.

a) Enfermedades de Transmisión Sexual

b) Riesgos del uso inapropiado de la Sexualidad



Fuente. Encuestas realizadas en la Preparatoria No. 07 de la UNAM, de enero a febrero de 1997.

FALTA PAGINA

No. 167

ANEXO 2

PROTOCOLO
DE
INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA.

INVESTIGACION DE TIPO OBSERVACIONAL, DESCRIPTIVA,
PROSPECTIVA, TRANSVERSAL Y NO EXPERIMENTAL SOBRE
ADOLESCENCIA, EDUCACIÓN SEXUAL
Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, EN ALUMNOS DE LA
PREPARATORIA N° 07 "EZEQUIEL A. CHÁVEZ", EN EL
PERIODO ENERO - FEBRERO 1997.

P R E S E N T A :

AGUSTÍN SALAZAR MEJÍA

ASESOR: LIC. JULIO HERNÁNDEZ FALCÓN.

MÉXICO, D.F.
DICIEMBRE 1996.

I.- INTRODUCCIÓN

II.- JUSTIFICACIÓN

III.- OBJETIVOS

IV.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

V - MARCO TEÓRICO

VI.- DEFINICIÓN DE VARIABLES

VII.-METODOLOGÍA

VIII.-PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

IX.- PLAN DE ANÁLISIS

ENCUESTA

INDICE DE CUADROS

X - ORGANIZACIÓN

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

En el ser humano ejerce gran influencia el entorno bio-psico-social, el medio ambiente, la familia la educación, la actitud hacia la vida, etc

La enfermería actual se está esforzando por rescatar los valores preventivos en el desarrollo de las enfermedades, sin restarle importancia a lo curativo. Se fomenta la importancia del autocuidado como medida de prevención. Además, se busca que los seres humanos tengan educación acerca de los factores de riesgo que pueden propiciar la aparición de enfermedades y que en la medida en que se encuentre bien consigo mismo y con los demás, sea responsable, y mantenga una actitud positiva hacia la vida, tendrá a nivel óptimo de salud

La Declaración de los Derechos Humanos promulgados en Ginebra en 1948 habla de que "Todo ser humano (sin importar edad, raza, religión, condición socioeconómica y otras características), tiene derecho a su integridad física, psicológica y social, o sea, a la salud y que la comunidad social tiene obligación de proveerle todos los elementos básicos que coadyuvan a ello".¹

Ahora bien, si los individuos no ejercen este derecho, se debe probablemente a que no cuentan con la información necesaria enfocada hacia el autocuidado, y sólo el conocimiento veraz y oportuno les brindará libertad de poder decidir entre las diversas opciones que se le vayan presentando en la vida.

La educación integral debe ser capaz de llevar al individuo a "ser y no tan solo a "hacer".

Es en el crecimiento y desarrollo del individuo en donde se va forjando la educación, y juegan un papel primordial los padres de familia, los maestros y los educadores en salud, además del entorno en que éste se desenvuelve.

La presente investigación pretende conocer la educación sexual y el uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes

En la sociedad contemporánea, los adolescentes de la zona urbana tienen ante sí una situación crítica, debido a que pertenecen a una sociedad tecnológicamente avanzada, competitiva y despersonalizada; es palpable el hecho de que si no tienen bases sólidas, representan un blanco fácil, dada su manifiesta curiosidad.

Uno de los aspectos en que basan su atención es en la sexualidad, por los cambios psico-biológicos que experimentan y se encuentran ante una disyuntiva para expresarla, ya que por una parte reciben el bombardeo de información sexual que les habla de las "maravillas del sexo", y de la urgencia por experimentarlo (ésto se da a través de la pornografía, prostitución, canciones y bailes de contenido erótico y productos para reforzar la masculinidad o femineidad, con lo que serán atractivos sexualmente y podrán demostrar que son adultos).

¹ MONROY DE VELASCO, Anamely. "Salud, sexualidad y adolescencia". p.21.

Por otra parte, los padres, maestros y otros adultos encargados de su "buena educación", les hablan de lo malo, peligroso y perjudicial que es el sexo, les dicen que éste es sucio, pecado y que deben alejarse de él hasta el momento del matrimonio. Existe también un fomento indiscriminado orientado al uso de métodos anticonceptivos, en donde no se le da la debida orientación al adolescente sobre las ventajas y desventajas de los mismos, ya que la información es mínima.

Si se toma en cuenta que el adolescente se encuentra en una etapa de rebelión a los adultos, lo más probable es que decidan utilizar su sexualidad como instrumento de reto hacia ellos, además de satisfacer sus curiosidades e impulsos naturales de la edad, sin tomar en cuenta los riesgos a los que se exponen (embarazos no deseados, enfermedades sexuales, etc.) pues no cuentan con la información necesaria para prevenirlos.

La expresión de la sexualidad por el adolescente debe reunir características que hagan el vivir de la sexualidad una práctica responsable, con ternura, amor, entrega y como parte de una relación interpersonal, además, que se dé en un lugar adecuado y en el momento oportuno, cuando ambas personas estén seguras de lo que hacen.

Es urgente que las personas que provean información sobre salud sexual y reproductiva al adolescente y al joven estén preparadas en el campo de la sexualidad humana ya que generalmente se abordan aspectos íntimos y decisivos en la vida de los individuos.

Así, el presente protocolo ha sido estructurado con los siguientes capítulos: Introducción; Justificación; Objetivos; Planteamiento del problema; Definición de Variables; Metodología; Plan de recolección de datos; Organización y Bibliografía.

II.- JUSTIFICACIÓN.

A raíz de la experiencia directa del autor de la presente investigación con adolescentes y jóvenes de secundaria y preparatoria en charlas sobre educación sexual (embarazo en la adolescencia, prevención de enfermedades sexualmente transmisibles y el uso de métodos anticonceptivos) se ha puesto en evidencia que el adolescente no recibe la orientación necesaria por parte de sus padres, maestros y personal de salud, que se manifiesta por las dudas e inquietudes planteadas.

Asimismo, es palpable el hecho de que el adolescente se encuentra en una sociedad que lo orilla, a través de la publicidad, la pornografía, la prostitución, etc., a expresarse sexualmente, convirtiéndose éstos, desde el punto de vista preventivo, en individuos de alto riesgo (Embarazos no deseados, enfermedades sexualmente transmisibles, etc.). Se da también el fomento orientado al uso de métodos anticonceptivos, así como el fácil acceso a éstos, sin orientar debidamente sobre las ventajas y desventajas de los mismos.

Es necesario orientarlos sobre la sexualidad responsable y como parte de una relación interpersonal, y ello se logra a través de la educación sobre salud sexual y reproductiva, en donde el Licenciado en Enfermería tiene ante sí un papel importante a desarrollar, dentro de un primer nivel de atención enfocada hacia la prevención.

La presente investigación va enfocada a conocer la información que el adolescente y el joven tienen acerca de la sexualidad y los métodos anticonceptivos.

Por último, es importante mencionar que la investigación se está elaborando de acuerdo a parámetros establecidos; sin embargo, es susceptible de modificaciones, las cuales se irán realizando en el desarrollo de la misma.

III- OBJETIVOS

OBJ. GENERAL

Conocer la información que posee el adolescente y el joven acerca de la educación sexual y los métodos anticonceptivos, en la Preparatoria No 07 "Ezequiel A. Chávez" de la UNAM.

OBJS. ESPECIFICOS

- Identificar las características generales de los adolescentes de la preparatoria No 07.
- Reconocer el nivel de información en torno a la educación sexual que poseen los adolescentes de la Preparatoria No. 07
- Detectar prácticas de riesgo en la expresión de la sexualidad; así como la frecuencia y el uso de métodos anticonceptivos.
- Establecer necesidades de educación sexual de la población adolescente, a fin de establecer alternativas de orientación y educación.
- Integrar un marco de referencia para el establecimiento de programas de intervención de Enfermería.

IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El adolescente, al desarrollarse en nuestra sociedad urbana y contemporánea, que se torna despersonalizada y competitiva, se encuentra ante una situación crítica, en donde se genera una disyuntiva entre ser y hacer; busca manifestarse y demostrar a los demás que él existe y forma parte de la sociedad y experimenta en su organismo cambios biológicos y psicológicos a los cuales debe irse adaptando.

Uno de los aspectos más importantes es la sexualidad, en donde por una parte le dicen que lo sexual implica pecado, y que debe practicarlo hasta el matrimonio, y por otro lado, que viva las "maravillas del sexo", y esto se da a través de la comercialización. Cuando no existe orientación hacia la sexualidad que lleve al individuo a vivirla con responsabilidad, entrega, amor e interrelación, se generan conductas sexuales denominadas de alto riesgo, originando embarazos no deseados, aparición de enfermedades sexualmente transmisibles, así como rompimiento de las aspiraciones del adolescente.

Asimismo, cabe resaltar que en la sociedad comercializada en la que se está desarrollando el adolescente, se le induce a usar los métodos anticonceptivos, dándoles facilidades en su adquisición, pero se les da poca o nula información sobre el manejo de los mismos, lo cual representa un riesgo potencial para el adolescente.

¿Cuál es la información que posee el adolescente y el joven acerca de la educación sexual y los métodos anticonceptivos?

V.- MARCO TEÓRICO

I.- CONCEPTO DE SEXUALIDAD.

II - SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

III.-EDUCACIÓN SEXUAL

ANATOMIA Y FISILOGIA SEXUAL.

IV.-SEXUALIDAD Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:

MÉTODOS NATURALES:

Embarazo y lactancia.
Coito interrumpido.
Método del ritmo (del calendario).
Método de la temperatura corporal basal.
Billings (Examen de moco cervical)

MÉTODOS MECÁNICOS

Condón o preservativo.
Diafragma
Dispositivo Intra-uterino

MÉTODOS QUÍMICOS:

Espermaticidas
Contraceptivos orales.
Contraceptivos inyectables.

MÉTODOS QUIRÚRGICOS

Esterilización Femenina
Oclusión Tubaria Bilateral.
Esterilización Masculina:
Vasectomía.

V.-FACTORES DE RIESGO EN LA CONDUCTA SEXUAL DEL ADOLESCENTE.

5.1 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

GRUPO BACTERIANO:

Sífilis
Gonococia
Chancroide
Vaginitis inespecífico.
Linfogranuloma venéreo
Uretritis no gonocócica
Granuloma inguinal

GRUPO VIRAL

Herpes genital •
Hepatitis.
Condilomatosis.
SIDA y complejo asociado

GRUPO DE PROTOZOOS

Vaginitis.
Giardiasis

GRUPO DE HONGOS:

Candidiasis genital.
Tiña inguinal.

GRUPO DE ECTOPARÁSITOS

Sarna.
Pediculosis del pubis (ladillas)

5.2 - RIESGOS SOCIALES DE LAS PRÁCTICAS SEXUALES

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

ABORTO

ABANDONO INFANTIL

DESERCIÓN ESCOLAR

5.3 - RIESGOS PSICOLÓGICOS DE LAS PRÁCTICAS SEXUALES.

PARAFILIAS (Identificación).

DISFUNCIONES SEXUALES

**VI.- SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA EN EL PLAN DE ESTUDIOS
DE LA PREPARATORIA No 07.**

VII.- EDUCACIÓN SEXUAL EN EL ÁMBITO DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.

VIII.-LINEAMIENTOS PARA UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.

VI.- DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLES ESTUDIO :

1.- ADOLESCENCIA

Indicadores	Tipo	Escala		
EDAD	Cuantitativo	15 a 23 años		
SEXO	Cualitativo	Masculino	Femenino	
ESTADO CIVIL	Cualitativo	Soltero	Casado	U. Libre

2.- SEXUALIDAD

Indicadores	Tipo	Escala				
Número de asistencias a charlas	Cuantitativo	Ninguna	1 a 3 veces	Más de 3 v		
Lugar de asistencia a charlas	Cualitativo	Calle	Escuela	Familia	Iglesia	
Comprensión de los temas	Cualitativo	SI, total - mente	NO, prefie - ren no hablar del tema	NO, no tienen la res - puesta en ese momento	No he recibido charlas	
Conocimiento sobre el tema: "Relaciones Sexuales"	Cualitativo	SI	NO	No he recibido charlas		
Otros aspectos sobre Sexualidad	Cualitativo	Conocimientos diversos				
Respuesta al deseo sexual	Cualitativo	Relación sexual	Mastur - bación	Deporte Ejerci - cio	Represión	
Masturbación	Cuantitativo	Nunca	1 vez a la semana	1 a 3 veces por sem	Más de 3 v por sem.	
Calidad de la relación sexual	Cualitativo	Fabu - losa	Satis - fac -	Indi - feren -	Detes - table	Pecado

Elemento participante en la relación sexual	Cualitativo	Amigos Amigas	Pros-titutas (os)	Des-conocidas (os)	Fami-liares	No he tenido relaciones sexuales
Número de compañeros sexuales	Cuantitativo	Ninguno	Uno	1 a 3	Más de 3	
Iniciativa en la relación sexual	Cualitativo	Siempre tuya	Generalmente tuya	Unas veces tuya, otras de tu pareja	Siempre de tu pareja	
Necesidad de prevención en la relación sexual	Cualitativo	SI		NO		
Razones para tomar medidas preventivas	Cualitativo	Necesidades diversas				
Información sobre enfermedades sexuales	Cualitativo	SI		NO		

3.-METODOS ANTICONCEPTIVOS

Indicadores	Tipo	Escala						
Número de asistencia a charlas	Cuantitativo	Ninguna		1 a 3 veces		Más de 3 v		
Lugar de asistencia a charlas	Cualitativo	Calle	Escuela	Familia	Iglesia			
Facilidad de adquirir anticonceptivos	Cualitativo	Con dón	Dia- frag ma	D I U	Es- per mati- cidas	Pas- ti- llas	Inyec- ciones	
Forma de adquirir anticonceptivos	Cualitativo	Farma- cia	Centro de salud	Ami- gos	Familia			
Preferencia de uso	Cualitativo	Nin- guno	Con- dón	Dia frag ma	D I U	Esper- mati- cidas	Pas- ti- llas	In- yec- ciones
Uso del condón	Cualitativo	Lo uso o insisto en que lo usen	No me resulta fácil usarlo	Me aver- guenza pedir que lo usen	No insisto en usarlo o que lo usen			
Frecuencia del aborto como método anticonceptivo	Cuantitativo	Jamás lo haría	1 vez	1 a 3 v	Más de 3 veces			

4.- NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL ALUMNO

Indicadores	Tipo	Escala			
Sexo y sexualidad son lo mismo	Cualitativo	SI	NO		
Enfermedades de Transmisión sexual	Cualitativo	Contestó	No contestó	ETS diversas	
El SIDA sólo es transmitido por homosexuales o drogadictos	Cualitativo	SI	NO		
A mi no me puede dar SIDA	Cualitativo	SI	NO		
Métodos anticonceptivos que contienen hormonales	Cualitativo	Condón y DIU	Pastillas e inyectables	Diafragma y spermaticidas	
Riesgos del uso inapropiado de tu sexualidad	Cualitativo	Contestó	No contestó	Riesgos diversos	

DEFINICIÓN NOMINAL DE VARIABLES.

ADOLESCENCIA: Edad que sigue a la niñez, desde que aparecen los primeros indicios de la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo. Se manifiesta por un rápido desarrollo físico y mental que generalmente va acompañado de trastornos emocionales. En la mujer suele iniciarse a los 12 años y en el hombre a los 14 y se extiende a los 18 o los 25; estos límites varían según los climas, las razas y los medios sociales, que pueden determinar adaptaciones precoces o retardadas a la vida adulta.

EDAD: Se considera un rango de edad de 15 a 23 años, ya que se trabajará con adolescentes de preparatoria

SEXO. Se toman en cuenta ambos sexos.

ESTADO CIVIL: El estado civil en que se encuentran los adolescentes es un indicador del conocimiento de éstos acerca de la sexualidad y de los métodos anticonceptivos, así como de la facilidad de acceso a los mismos.

SEXUALIDAD: Conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan a cada sexo.

ASISTENCIA A CHARLAS Y CONOCIMIENTO ADQUIRIDO

SOBRE SEXUALIDAD: El conocimiento genera confianza, así como la falta de éste, temor a lo desconocido. Por ello, es importante saber si el adolescente ha asistido a dichas charlas, así como el número de ocasiones.

LUGAR DE ASISTENCIA A LAS CHARLAS: El conocimiento que se haya adquirido sobre el tema dependerá en gran parte del lugar donde se asiste a tomarlo, recordando que diversas actitudes que se tomen sobre sexualidad estarán dadas con base en lo que se conoce o se ignora de ella. También es importante conocer si el adolescente está entendiendo el tema y si se han aclarado sus dudas.

INCITACIÓN AL DESEO SEXUAL Y RESPUESTA AL MISMO: Dentro de los cambios bio-psico-sociales que caracterizan al adolescente se encuentran los sexuales, en concreto, el deseo sexual, los cuales desean un desahogo. (Deporte, ejercicio, masturbación, relación sexual, etc.). Dependiendo del desahogo y del conocimiento del adolescente sus cambios internos, los podrá canalizar en forma adecuada, o bien, se estará exponiendo a riesgos en su autocuidado, que se pueden traducir en embarazos no deseados, enfermedades sexuales, etc., o los reprime, lo cual representa también un riesgo en la vivencia de la sexualidad, ya sea en la adolescencia, o en su vida adulta.

MASTURBACIÓN: Se entiende a la masturbación como una exploración genital, donde el individuo se conoce y a la vez se procura placer sexual. Es a partir de la pubertad cuando adquiere carácter erótico, cuando se da el inicio del funcionamiento de las hormonas gonadales, las cuales son estimuladas por el hipotálamo y la hipófisis. Asimismo, surge el impulso sexual.

CALIDAD DE LA RELACIÓN SEXUAL: Es importante conocerla ya que las actividades en que se desarrolla el adolescente, dentro de este plano irán acorde a lo que haya aprendido y asimilado.

FRECUENCIA DE LA RELACIÓN SEXUAL Y ELEMENTO PARTICIPANTE: Cuando se toma como respuesta la relación sexual es importante conocer a quién se acude para llevarla a cabo, lo cual representa el riesgo al que está expuesto el adolescente.

NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES: La práctica del sexo seguro, así como realizar el acto sexual con una sola persona, disminuye el riesgo de contraer enfermedades y/o embarazos no deseados; en cambio la promiscuidad es sinónimo de alto riesgo.

INICIATIVA EN LA RELACIÓN SEXUAL: Cuando el adolescente manifiesta conocimiento e iniciativa en la relación sexual, suele aumentar su autocuidado. Al contrario, si la iniciativa es de la otra persona, y ésta no posee el conocimiento sobre protección, y cuidados a él o ella y a su pareja, los riesgos son altos.

PREVENCIÓN EN LA RELACIÓN SEXUAL Y CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES SEXUALES: El adolescente, cuando conoce los riesgos a los que se ve expuesto, procura el cuidado de él y de su pareja, así como la prevención en la relación sexual para evitarlos.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: Resultan de gran utilidad para evitar embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, sin embargo, su uso está determinado por el medio en que se desenvuelven los individuos, y para prescribirlos, es importante conocer la historia clínica individual. Proporcionan cierta efectividad, y un rango de seguridad que aumenta con el uso adecuado de los mismos. Cuando no se usa algún método durante la relación sexual o bien se usa pero no se conocen lo suficiente sus ventajas y desventajas, suelen ser perjudiciales tal es el caso del uso del condón, o, por su contenido hormonal, los anticonceptivos orales e inyectables en la adolescencia, que puede influir sobre la actividad y el desarrollo hormonal manifestado en esta etapa. Otro método con secuelas tanto biológicas como psicológicas y sociales es el aborto.

En la investigación se pretende conocer la información y el uso que los adolescentes le dan a los métodos anticonceptivos.

VII.- METODOLOGÍA

a) Clasificación de la Investigación:

Observacional, descriptiva, prospectiva, transversal y no experimental.

b) Universo de estudio:

Preparatoria No. 07 "Ezequiel A. Chávez", perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México

c) Unidades de observación:

Estudiantes de la Preparatoria No. 07 "Ezequiel A. Chavez" de la UNAM.

d) Criterios:

Inclusión:

Estudiantes que cumplan con los siguientes requisitos:

- 1 - Sexo indistinto
- 2 - Edades entre 15 y 23 años.

Exclusión:

Estudiantes que salgan del parámetro edad

Eliminación:

Adolescentes que no estudien en la Preparatoria No. 07.

e) Muestra:

Una vez que las autoridades de la Preparatoria den la aprobación a la realización de la investigación, se determinó la muestra con base en el número total de estudiantes (Siendo el número total de 4700 estudiantes, la muestra corresponde a 313 estudiantes)

El cronograma queda establecido de la siguiente manera:

Septiembre a diciembre de 1996: Elaboración del protocolo de investigación.

Primera quincena de enero de 1997: Aplicación de la encuesta con los estudiantes.

Segunda quincena de enero a abril del año en curso: Análisis de las encuestas realizadas, elaboración de la tesis con investigación bibliográfica directa e indirecta con las instituciones afines al tema.

CALCULO DE LA MUESTRA:

a) Fórmula Infinita de Cálculo de Muestra:

$$n^{\circ} = \frac{(Z \cdot Z) \cdot PQ}{(e \cdot e)}$$

$$n^{\circ} = \frac{(1.83)(1.83)(0.5)(0.5)}{(0.05)(0.05)}$$

$$n^{\circ} = \frac{0.837225}{0.0025} = 334.89$$

b) Fórmula Finita de Cálculo de Muestra:

$$n = \frac{n^{\circ}}{1 + \frac{(n^{\circ} - 1)}{N}}$$

$$n = \frac{334.89}{1 + \frac{(334.89 - 1)}{4700}} = \frac{334.89}{1.0710404} =$$

$$n = 312.67 = 313$$

Confianza (Z) = 95%
Variabilidad (P y Q) = 50% y 50%
Error (e) = 5%

N = Tamaño del Universo Estudio

VIII.- PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se elaboró una encuesta acerca de la "Adolescencia, Sexualidad y Métodos Anticonceptivos, realizada en la Preparatoria No 07 "Ezequiel A. Chávez", durante el periodo comprendido de enero a febrero de 1997". Una vez elaborada, se solicitó permiso por escrito a la dirección de la escuela, y cuando éste se obtuvo, la encuesta se aplicó en ambos turnos del plantel, y en los salones de clase, en donde se explicaba a los maestros el objetivo de la encuesta, pidiéndoles su colaboración otorgando unos minutos de su clase; acto seguido, se informaba a los alumnos que la encuesta fue elaborada a fin de conocer la información que éstos poseían acerca de la sexualidad y los métodos anticonceptivos, recalcándoles la importancia de leer cuidadosamente las instrucciones y contestar de manera fidedigna, ya que los resultados que arroje la investigación serán en beneficio de su propia educación. Además, se les hizo hincapié en que la información obtenida era estrictamente confidencial.

IX.- PLAN DE ANÁLISIS

Una vez obtenida la información, se procedió al vaciado de la misma en cuadros y gráficas, analizando las respuestas que los adolescentes proporcionan respecto a la sexualidad y los métodos anticonceptivos. La opinión de los estudiantes y su nivel de conocimientos sobre los temas ya mencionados con anterioridad, son una herramienta importante para que los educadores en sexualidad (Licenciados en Enfermería y Obstetricia, sexólogos, psicólogos, docentes, etc.) puedan establecer programas de educación sexual que sean acordes a las necesidades del adolescente.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ENCUESTA ACERCA DE ADOLESCENCIA, SEXUALIDAD Y METODOS
ANTICONCEPTIVOS. REALIZADA EN LA PREPARATORIA No. 07 "EZEQUIEL A.
CHÁVEZ", DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO A FEBRERO DE 1997,

Encuesta N°

Edad: _____ años
Sexo: _____
Edo. Civil: _____
Escolaridad: _____

Al alumno:

El presente cuestionario ha sido elaborado con el fin de conocer la información que posees acerca de la sexualidad y los métodos anticonceptivos. Lee cuidadosamente las instrucciones y contesta lo que se te pide.

NOTA: LA INFORMACIÓN ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL.

1. ¿Te han hablado sobre sexualidad?
SÍ NO

2. ¿Cuántas veces?
Ninguna 1 a 3 3 o más

3. ¿En dónde? (Escoge una o varias opciones)
Calle Escuela Familia Iglesia

4. Tus dudas, ¿han sido aclaradas por los que imparten el tema?
SÍ, totalmente.
SÍ, aunque no del todo.
NO, prefieren no hablar del tema.
NO, no tienen la respuesta en ese momento.

5. ¿Han tocado el tema: RELACIONES SEXUALES?
SÍ NO

- 15.- ¿Has recibido información sobre enfermedades sexuales?
SI NO
- 16.- ¿Te han hablado sobre Métodos Anticonceptivos?
SI NO
- 17.- ¿Cuántas veces?
Ninguna 1 a 3 o más
- 18.- ¿En donde? (escoge una o varias opciones)
Calle Escuela Familia Iglesia
- 19.- ¿Qué anticonceptivos están a tu alcance? (escoge una o varias opciones)
Condón Diafragma Dispositivo
Espermaticidas Pastillas Inyecciones
- 20.- En caso de requerirlos, ¿Cómo adquirirías anticonceptivos?
Farmacia Amigos Familia
Centro de Salud
- 21.- ¿Qué anticonceptivo prefieres usar? (escoge una o varias opciones)
Ninguno, no son necesarios
Condón Diafragma Dispositivo
Espermaticidas Pastillas Inyecciones
- 22.- Con respecto al condón:
Insisto en usarlo o que lo usen
No me resulta fácil usarlo
Me avergüenza pedir que lo usen
No insisto en usarlo o que lo usen
- 23.- ¿Te has interrumpido el embarazo, o has insistido en que así lo hagan?
Jamás lo haría 1 vez 1 a tres veces
3 o más

*Las siguientes preguntas son para conocer tu nivel de conocimiento.
Responde sin consultar a otro.*

- Sexo y sexualidad son lo mismo (SÍ) (NO)

- Menciona tres enfermedades de transmisión sexual

- El SIDA sólo es transmitido por homosexuales o drogadictos: (SÍ) (NO)
- A mí no me puede dar SIDA (SÍ) (NO)

- Método anticonceptivo que contiene hormonales
() Condón y DIU () Pastillas e inyectables () Diafragma y espermaticidas

- Señala dos riesgos del uso inapropiado de tu sexualidad:

X.- ORGANIZACIÓN

LIMITES:

LUGAR: Preparatoria No. 07 "EZEQUIEL A. CHÁVEZ" perteneciente a la UNAM.

PERIODO: Enero a Febrero de 1997.

RESPONSABLE: Pss. Lic. Agustín Salazar Mejía

COLABORADORES: Profesores adscritos a la Preparatoria No. 07.

ASESOR: Lic. Julio Hernández Falcón

INSTANCIAS NORMATIVAS

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM

Escuela Preparatoria No. 07 "Ezequiel A. Chávez" de la UNAM

RECURSOS:

HUMANOS: Personal docente y estudiantes de la Preparatoria No. 07.

FINANCIEROS: Los gastos que genere la investigación corren a cuenta del interesado.

MATERIALES: Procesador de datos, impresora, calculadora, encuestas, hojas blancas, lápices, bolígrafos, bibliografía ENEO y de instituciones afines.

CRONOGRAMA:

Septiembre a diciembre de 1996 : Elaboración del Protocolo de Investigación.

Primera quincena de enero de 1997: Aplicación de la encuesta con los estudiantes.

Segunda quincena de enero a abril del año en curso: Discusión, análisis e interpretación de los resultados, vaciado en cuadros y gráficas; presentación de la tesis.

X.- BIBLIOGRAFÍA

- ACADEMIA MEXICANA DE INVESTIGACIÓN EN DEMOGRAFÍA MÉDICA, A.C. (AMIDEM).** "La sexualidad en la adolescencia". Temas de Planificación Familiar. AMIDEM - IMSS. México, 1987. 38 p.
- BENSON, Ralph.** "Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos". 5a. ed. Edit. El Manual Moderno. México, 1989. 1190 p.
- BENSON, Ralph.** "Manual de Ginecología y Obstetricia". 7a. ed. Edit. El Manual Moderno. México, 1990. 744 p.
- BRITO Enrique, et al.** "Programa Nacional de Educación Sexual". 2a. ed. CONAPO. México, 1981. 43 p.
- BLOS, Peter.** "Psicoanálisis de la Adolescencia". 3a. ed. Edit. Joaquín Mortiz. México, 1986. 366 p.
- BOTELLA Llussiá, J.** "Las Enfermedades de Transmisión Sexual en la Mujer". Edit. Salvat. Barcelona, España, 1988. 341p.
- BURT, John.** "Educación Sexual". 2a. ed. Edit. Interamericana. México, 1977. 539 p.
- CANSECO Herrera.** "Adolescencia Conflictiva; Tú puedes suavizarla". Edit. Ger. México, 1990. 63 p.
- COLECCION PLANES DE ESTUDIO. "PREPARATORIA No. 07".** Dirección General de Administración Escolar. Secretaría de Servicios Académicos. UNAM. México, 1992.
- CONSEJO NACIONAL DE POBLACION.** "Programa Nacional de Educación Sexual". CONAPO. México, 1981.
- CONSEJO NACIONAL DE POBLACION.** "Educación Sexual Básica para Maestros". Modelo educativo elaborado por el Programa Nacional de Educación Sexual. CONAPO. México, 1981. 153 p.

- CONSEJO NACIONAL DE POBLACION.** "Educación Sexual Básica para Profesionales de la Salud". Modelo educativo elaborado por el Programa Nacional de --- Educación Sexual. CONAPO. México, 1981. 91 p.
- CONSEJO NACIONAL DE POBLACION.** "Sexualidad Información Básica para Adolescentes". 4a ed. CONAPO/ CONAFE/ UNAM. México, 1990.
- CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA.** "Decreto de Creación del CONASIDA". Gaceta CONASIDA, año I, núm 3. Septiembre-octubre de 1988. México
- CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA.** "Enfermedades de Transmisión Sexual". Gaceta CONASIDA, año III, núm 3. Mayo-junio de 1990. México
- CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA.** "Adolescentes y SIDA". Gaceta CONASIDA, año IV, núm 2. Marzo-abril de 1991. México
- CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA.** "Situación Epidemiológica del SIDA; Situación Epidemiológica de las ETS". Datos actualizados para el 4o Trimestre, 1995 SIDA- ETS vol.2, núm.4. CONASIDA/SSM. México, 1997
- CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA.** "Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA mediante el uso del condón". SIDA-ETS / 1995, Vol.1, núm 1. México, 1995.
- COPELAND, Larry, et al** "Ginecología". Edit. Médica Panamericana, S A Buenos Aires Argentina, 1994. 1197 p.
- DANIELS** "SIDA". 2a ed Edit. El Manual Moderno México, 1988. 181 p.
- DEXEUS Trias de Bes, et al.** "Anticoncepción". 2a.ed Edit. Salvat Barcelona, España 1989. 233 p
- DEXEUS Trias de Bes.** "Manual de Enfermedades de Transmisión Sexual. Unidad de E.T.S del Instituto Dexeus". Edit. Medici. Barcelona, España. 1986. 216 p

DIARIO OFICIAL DE MÉXICO. 31 de agosto de 1992. México.

DICKASON

"Enfermería Materno Infantil".
2a ed. Edit. Mosby / Doyma.
España, 1995. 502 p.

DIEZ Benavides

"Educación de la Sexualidad".
2a ed. Edit. Edamex. México, 165 p.

DUVALL, Evelyn Rut Millis

"El Adolescente y el Sexo".
2a ed. Edit. Mexico V Siglos. México, 1977. 245 p

EGREMY Mendivil, Guillermo.

"Sexualidad adolescente".
CONAPO. México, 1994

E. JUNCEDA, Avello

"Diagnóstico en Obstetricia y Ginecología".
Edit. Jims. Barcelona, España, 1980. 518 p.

FINE Y KUSINITZ.

"Amor, Sexo y Familia".
Edit. Pax-México. México, 1988. 238 p

FRIESNER, et al.

"Enfermería Materno- Infantil".
Edit. El Manual Moderno. México, 1984. 332 p.

GALLY, Esther

"Sexualidad Humana y Planificación Familiar".
Edit. Pax-México. México, 1976. 190 p.

GALVÁN Díaz, et al.

"EL SIDA en México. Los efectos sociales".
UAM, ECP. México, 1988. 399 p.

GOTWALD, Golden.

"Sexualidad, la experiencia humana".
Edit. El Manual Moderno. México, 1983. 564 p

GOVAN

"Ginecología Ilustrada".
4a ed. Edit. Interamericana Mc. Graw-Hill.
México, 1995. 502 p

HASS, Aarón

"Sexualidad y Adolescencia".
Edit. Grijalbo Barcelona-México, 1981. 273 p.

HOEPRICH, Paul.

"Tratado de Enfermedades Infecciosas".
2a ed. Edit. Salvat. España, 1982.

- HOWARD, et al.** "Tratado de Ginecología de Novak".
11a.ed. Edit. Interamericana. México, 1991. 821 p.
- HUBBARD** "Cómo orientar en Planificación Familiar".
Edit. Pax-México México, 1986. 191 p
- HYDE, Henry Van Zile** "Educación Médica y Planificación Familiar".
Edit Pax-México México, 1973. 437 p.
- IMSS - UNAM:** "Programa de Orientación Integral para el Estudiante Universitario".
Orientación Escolar. Integración Universitaria.
Bachillerato - Cuarto año. México
- LESHAN** "Los adolescentes y la revolución sexual".
Edit. Pax-México. México, 1975. 279 p.
- MARTÍNEZ / NOVOA** "La salud del niño y del adolescente".
Edit. Salvat. México, 1981. 995 p
- McCARY, James Leslie** "Sexualidad Humana".
Edit. El Manual Moderno México, 1980. 360 p
- MENDOZA Aréstegui, Irma** "Ginecoobstetricia. Guías".
Edit. El Manual Moderno México, 1992. 335 p.
- MÉXICO.** "Adiciones y Reformas a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1990-1992)". Edición coordinada y supervisada por la Dirección General de Gobernación de México. México: Talleres Gráficos de la Nación. Enero de 1992
- MÉXICO.** Secretaría de Salud. "Ley General de Salud". Edit. Porrúa. México. 1989
- MÉXICO.** Secretaría de Gobernación. "Directorio de Organizaciones Civiles. Desarrollo Politico".
Talleres Gráficos de México. México, 1994. 146 p
- MÉXICO.** Secretaría de Salud / Conasupo. "Curso de Orientación Sexual y salud Reproductiva".
México, 1992. 146 p.
- MÉXICO.** Secretaría de Salud. "SIDA y ETS. ¿Un riesgo para todos?". Los retos de la transición.
Editores Grupo Fogra, S.A de C.V. México, 1992. 85 p.
- MILLER, et al.** "Atención de pacientes con SIDA".
Edit. El Manual Moderno, México, 1988. 247 p.

- MILLER.** "Viviendo con SIDA y VIH".
Edit. El Manual Moderno. México, 1989. 142 p.
- MONDRAGÓN Castro, Héctor.** "Ginecología Básica Ilustrada".
Edit. Trillas. México, 1988. 478 p.
- MONROY de Velasco** "Memoria de la 1a Reunión Internacional de Adolescentes y Jóvenes".
CORA. México, 1986. 207 p.
- MONROY de Velasco** "Salud Sexualidad y Adolescencia"
CORA. Edit Pax-México. México, 1990. 301 p.
- MORRISON y PRICE.** "Nuestra sexualidad".
Edit. Pax-México. México, 1986. 192 p.
- OCEANO UNO** "Diccionario Enciclopédico Ilustrado".
Barcelona, España. 1990.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.** "La salud del adolescente y el joven de las Américas". Publicación científica No. 552.
Editores Matilde Maddaleno.
Washington D.C. U. S. A. 572 p.
- PITCHARD, et al.** "Obstetricia de Williams".
3a.ed. Edit. Salvat. México, 1994. 900 p.
- ROPER, Nancy.** "Diccionario de Enfermería".
16a.ed. Edit. Interamericana - Mc Graw Hill.
México, 1991. 449 p.
- RUIZ Velasco** "Métodos de Planificación Familiar".
3a. ed. Escuela de Medicina UNAM.
México. 1988. 247 p.
- RUBIO Auriolos, DÍAZ Martínez.** "Problemas de la Sexualidad. Las Disfunciones Sexuales"
Antología de la Sexualidad Humana. Tomo III.
CONAPO, México. 1994. p. 203 - 243.

- RUBIO Auriolos, VELASCO T.** "Problemas de la Sexualidad, Parafilias".
Antología de la Sexualidad Humana. Tomo III.
CONAPO, México. 1994. p. 247 - 275.
- RUSSELL, Ramón de Alvarez.** "Texto de Ginecología".
Edit. La Prensa Médica Mexicana, S.A.
México. 1984. 587 p.
- TATÁRINOV.** "Anatomía y Fisiología Humanas".
3a ed. Edit. Limusa. México, 1994. 360 p.
- TIEFER, Leonore** "Sexualidad Humana, Sentimientos y Funciones".
Edit. Harla, México, 1980. 128 p.
- TÓRTORA, Gerard.** "Principios de Anatomía y Fisiología".
5a. ed. Edit Harla México, 1989. 993 p.
- ULLOA, Aguirre et al** "La Pubertad". Antología de la Sexualidad Humana, Tomo II.
Edit. Porrúa / CONAPO. México. 1994. pp 515-535.