



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

768  
321.

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES  
FACULTAD DE PSICOLOGIA

"QUE CONOCIMIENTO TIENEN LOS ADOLESCENTES  
DEL SEXO FEMENINO Y MASCULINO DEL C.C.H. PLANTEL  
SUR, SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS Y ENFERMEDADES  
DE TRANSMISION SEXUAL"

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA.

P R E S E N T A:

MARTHA MEDRANO ORTIZ DE ZARATE

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

México, D. F.

1997



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A mis padres Miguel y Virginia**

Por saber serlo y formarme como lo que soy personal y profesionalmente, sembraron en mí sus mejores semillas y comienzan a dar fruto. Gracias.

### **A Jorge**

Por todo el trabajo que nos ha implicado ser pareja, por tu ayuda, comparto este logro contigo. Gracias amor.

### **A mi tesoro Jorge Miguel**

Con mucho amor, hijo.

### **A mis hermanos**

Virginia, Paulina, Isabel, Miguel, María Elena, Eduardo, Rafael y Carlos.

### **A mis sobrinos**

Roberto, Aranza y Rafael

**A mis cuñados, cuñadas y amigos de corazón. Gracias.**

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>2</b>
<b>ADOLESCENCIA</b>	<b>4</b>
Aspectos físicos y biológicos	4
Aspectos sociales	6
Aspectos psicológicos	10
<b>MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS</b>	<b>22</b>
Antecedentes históricos	22
Métodos anticonceptivos naturales	29
Métodos anticonceptivos de barrera	33
Métodos anticonceptivos químicos	36
Métodos anticonceptivos quirúrgicos	38
<b>ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	<b>40</b>
Datos históricos	40
Enfermedades de transmisión sexual de origen bacteriano	46
Enfermedades de transmisión sexual de origen viral	55
Enfermedades de transmisión sexual producidas por protozoarios	63
Enfermedades de transmisión sexual transmitidas por hongos	64
Enfermedades de transmisión sexual producidas por insectos o ectoparasitos	66
<b>METODOLOGÍA</b>	<b>68</b>
Planteamiento del problema	68
Hipótesis	68
Variables	69
Indicadores de conocimiento	70
Sujetos	71
Selección y tipo de muestra	71
Escenario	71
criterios de selección, exclusión y eliminación	71
Tipo de estudio	72
Diseño	72
Instrumento	72
Procedimiento	73
Análisis de resultados	74
Análisis estadístico	74
<b>RESULTADOS</b>	<b>76</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>93</b>

<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>96</b>
<b>LIMITACIONES</b>	<b>97</b>
<b>SUGERENCIAS</b>	<b>98</b>
<b>APÉNDICE</b>	<b>99</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>121</b>

## RESUMEN.

Con el presente estudio se exploró y comparó el grado de conocimientos que tienen los adolescentes del Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Sur, en cuanto a métodos anticonceptivos, en su utilización y efectividad; también se exploró los conocimientos que tienen sobre enfermedades de transmisión sexual, en cuanto a los síntomas y sus formas de transmisión o contagio. Esta comparación se hizo en ciento cincuenta estudiantes, setenta y cinco de sexo femenino y setenta y cinco de sexo masculino, con un rango de edad entre los quince y dieciocho años.

Para esta investigación se elaboró un primer instrumento (cuestionario) en base a dos temas de sexualidad, uno sobre métodos anticonceptivos donde se incluyeron dieciséis tipos diferentes de éstos, se formularon cuatro preguntas, dos referidas a uso y dos a efectividad; para el segundo tema, enfermedades de transmisión sexual, que incluye once tipos diferentes de ellas, se plantearon también cuatro preguntas, dos sobre síntomas y dos sobre formas de transmisión. Cada reactivo tiene cuatro alternativas de respuesta, una verdadera, dos falsas y una de no sé.

El instrumento, fue calificado por diez expertos en el tema, y se validó cada uno de los reactivos por el método de interjueces, dando como resultado que se descartaron las preguntas 4, 5, 11, 15, 32, 36, 40, 43, 49, 50, 58, 60, 61, 64, 66, 70 y 95 del cuestionario original; con aquellas que no fueron excluidas se integró el cuestionario definitivo, el cual quedó constituido por ciento treinta y nueve preguntas. Con el instrumento ya validado, se procedió a su aplicación. Se acudió al Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Sur, donde se localizó a los estudiantes y se les pidió que cooperaran para una investigación sobre los conocimientos que tenían sobre métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual. Una vez concluida la aplicación se procedió a su tratamiento estadístico, en cual derivó dos tipos de análisis de resultados, uno descriptivo y otro inferencial.

El análisis descriptivo detalla las variables respecto a características, frecuencias, gráficas, porcentajes, medias, moda y mediana. El inferencial nos proporcionó las diferencias entre los dos grupos, el femenino y masculino por medio de la prueba T y por medio de la correlación de Pearson, se obtuvo correspondencia de la variación de un grupo respecto al otro.

Encontrándose que en los adolescentes tanto hombres como mujeres no tienen conocimientos sobre métodos anticonceptivos respecto a utilización y efectividad, y enfermedades de transmisión sexual en lo que se refiere a síntomas y formas de contagio.

En el capítulo 1 se habla sobre los adolescentes, tratando los aspectos físicos y biológicos, sociales y psicológicos. El capítulo 2 describe los métodos anticonceptivos. En el capítulo 3 se toca lo referente a las enfermedades de transmisión sexual. El capítulo 4 corresponde a la metodología y finalmente en el capítulo 5 se dan a conocer los resultados encontrados en la presente investigación.

## INTRODUCCIÓN.

La adolescencia es un período caracterizado por cambios físicos y psicológicos en el crecimiento de el individuo, los niños que se aproximan a la pubertad y los que han entrado en ella, deben enfrentar estos cambios, experiencias físicas y emocionales para los cuales, no han sido usualmente preparados<sup>1</sup>. Estos cambios se manifiestan cuando empieza el crecimiento acelerado de ciertas partes del cuerpo y comienzan a funcionar los órganos de la reproducción. Las transformaciones en el cuerpo de los púberes, son un aviso de que el período de madurez reproductiva se está aproximando, y trae consigo el inicio de actividades consideradas auténticamente sexuales<sup>2</sup>.

Durante esta etapa, nace el impulso sexual hacia el sexo opuesto, este se conoce como apetito sexual, deseo sexual o libido. Es una emoción, por lo tanto busca expresarse, algunas veces en forma inadecuada, ya sea por falta de información, ignorancia, información distorsionada o por uso erróneo o inconsciente, lo que lleva a sufrir consecuencias socialmente no aceptables y experiencias peligrosas y traumatizantes.

En la mayoría de los casos, el adolescente tiene que enfrentar los cambios y situaciones nuevas, que influyen en su evolución sexual, sin el apoyo familiar, ya que la información en aspectos sexuales es negada o si se les da, casi siempre es con base en normas tradicionales, que se contradicen con la realidad, o con experiencias erróneas y con actitudes negativas con respecto a la sexualidad, la que es considerada como algo sucio, indecente y tolerado solo en el matrimonio<sup>3</sup>.

La práctica de la sexualidad en etapas tempranas sin estar preparado, puede dar origen a problemas, como un embarazo no deseado o un embarazo que puede poner en peligro la vida de la adolescente y malformaciones en la criatura, debido a la inmadurez física de la madre, o por otro lado, adquirir enfermedades de transmisión sexual, que pueden provocar un desequilibrio emocional y físico en el adolescente. Las parejas de adolescentes que tienen o han tenido relaciones sexuales, no siempre toman medidas adecuadas, pudiendo surgir un embarazo no deseado, que puede llevar a la joven al aborto, arriesgando con ello su salud e incluso la vida. Muchas veces un embarazo no deseado lleva a los jóvenes a formar un matrimonio, que por la misma inmadurez de la pareja, tendrá pocas posibilidades de éxito, o bien, tiene como resultado una madre soltera<sup>4</sup>.

Tratar aspectos sexuales dentro de la familia y la sociedad, es difícil, pero resulta aún más prohibitivo hablar abiertamente de enfermedades de transmisión sexual, ya que están ligadas a un tabú mayor de tipo moralista. El contagio de una enfermedad de

---

<sup>1</sup> Prosperación Familiar Neolonesa, A. C. Guía básica de educación sexual, pp. 67 - 93.

<sup>2</sup> Prosperación Familiar Neolonesa, A. C. Guía básica de educación sexual, pp. 96 - 110.

<sup>3</sup> Consejo Nacional de Población, Familia y sexualidad, pp. 17 - 89.

<sup>4</sup> Prosperación Familiar Neolonesa, A. C. Guía básica de educación sexual, pp. 139 - 142.

transmisión sexual, denuncia prácticamente que hubo alguna forma de actividad sexual en el adolescente.

El contagio de una enfermedad de transmisión sexual en el adolescente, que después tiene relaciones sexuales con su pareja habitual, obliga a implementar tratamiento en ambos. Esto en ocasiones resulta difícil y amenazante para la integridad de la pareja. Tanto el hombre, como la mujer, se resisten a pedir ayuda profesional, debido a los sentimientos de culpa y vergüenza que experimentan, aunado al hecho, de que los síntomas de alguna de las enfermedades avanzan simulando su desaparición, permaneciendo la enfermedad y la posibilidad de contagio, dificultando de manera importante el control epidemiológico. La vergüenza, la ansiedad, el sentimiento de culpa y la falta de información o ignorancia, hacen que gran parte de los adolescentes, rehuyan el enfrentamiento con la realidad, como consecuencia, se nieguen a buscar el tratamiento adecuado para erradicar la enfermedad, lo que los convierte en grandes focos de infección, y también les limita pensar en la magnitud del problema<sup>5</sup>.

El capítulo uno habla sobre los adolescentes abordando el tema en tres aspectos físicos y biológicos, sociales y psicológicos. El capítulo dos describe los métodos anticonceptivos. El capítulo tres toca lo referente a las enfermedades de transmisión sexual. El capítulo cuatro corresponde a la metodología y finalmente el capítulo cinco da a conocer los resultados encontrados en la investigación.

---

<sup>5</sup> Prostopernación Familiar Neolonesa, A. C. Guía básica de educación sexual. pp. 173 - 192.



## ADOLESCENCIA.

La palabra adolescencia deriva de la voz latina "adolescere", que significa "crecer o desarrollarse hacia la madurez". Sociológicamente la adolescencia es el período de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma. Psicológicamente es una situación marginal, en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones; aquellas que, dentro de una sociedad dada, distinguen la conducta infantil, del comportamiento adulto.<sup>3</sup>

La adolescencia se considera como un período de transición hacia la edad adulta, en la que el joven se ve afectado por rápidos y profundos cambios. En esta etapa de la vida el joven alcanza la plenitud de su desarrollo físico o biológico y psicológico, logra también su independencia y autonomía. Estos cambios plantean difíciles exigencias de adaptación, no sólo para el joven, sino también para los padres y la sociedad, estos pueden ser a menudo fuentes de tensión y de conflictos.<sup>4</sup>

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

### Aspectos físicos y biológicos.

La adolescencia tiene un principio biológico que es la pubertad y un final que no podemos delimitar con precisión, por ser eminentemente social y psicológico. La pubertad es el principio de la maduración sexual, la que se ha caracterizado por importantes cambios en el organismo tendientes al pleno desarrollo biológico del sistema reproductor, el cual alcanza su plenitud y donde aparecen los caracteres sexuales secundarios.

Los cambios físicos propios de la pubertad se inician con un aumento en el complejo sistema endocrino por medio de la hipófisis que manda mensajes químicos contenidos en las hormonas hipofisarias llamadas gonadotropinas, que estimulan las glándulas sexuales - ovarios o testículos - para la maduración de óvulos y espermatozoides.

Las hormonas sexuales femeninas, que son estrógenos y progesterona y la masculina que es la testosterona, al iniciarse la pubertad ingresan en gran cantidad al torrente circulatorio y son responsables de la mayoría de los cambios que ocurren en la pubertad. Pero la hipófisis no es autónoma, las células que se encuentran en una parte del cerebro llamado hipotálamo controlan la liberación de gonadotropinas. El hipotálamo a su vez está influenciado por la corteza cerebral, y ésta, por todo el medio ambiente: el frío, el calor, la luz y sobre todo las emociones, que modifican e influyen el eje hipotalámico gonadal.

<sup>3</sup> Mussen, R. E., Teorías de la adolescencia, pp. 10.

<sup>4</sup> Hurlock, E., Psicología de la adolescencia, pp. 19.

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

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

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

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

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

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

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

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

En resumen, el término de pubertad se designa a una serie de cambios biológicos tanto en la esfera del crecimiento físico, como el de la maduración sexual; en ella los órganos sexuales alcanzan su plenitud y aparecen los caracteres sexuales secundarios.

Se puede afirmar que la pubertad es el componente biológico de la adolescencia y puede terminar antes o después de la misma.

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

#### **Aspectos sociales.**

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

El proceso de socialización de la persona se inicia en la infancia temprana, con la relación que se establece entre el niño y su inmediata familia; poco a poco va ampliándose el ámbito de sus interacciones sociales a otros familiares, compañeros del colegio, profesores y vecinos hasta que, en la adolescencia, establece contacto con la comunidad en su más amplio sentido. Este proceso se caracteriza fundamentalmente, por una creciente independencia en relación con los padres y por una consolidación de las relaciones de amistad y de grupo. En el plano de las relaciones familiares la

<sup>d</sup> Harrison, T. R. Principios de medicina interna Vol. I, pp. 710 - 717

adolescencia trae grandes cambios, que a veces pueden ser traumáticos. A diferencia del niño, que disfruta la compañía de sus padres y participa gustoso en las actividades de la familia, el joven empieza a apartarse del medio familiar y comienza a integrarse al mundo de los adolescentes para buscar cada vez más su independencia. El adolescente a esa edad prefiere hacer sus diligencias sólo o acompañado de sus amigos, pero no de sus padres, quiere escoger su ropa, tomar sus decisiones y elegir actividades sin interferencia de ellos, a medida que alcanza el proceso de emancipación, los padres pierden parte de la influencia que tenían en su hijo, en cambio los amigos y los medios de comunicación llegan a tener una mayor influencia en su conducta. A partir de la adolescencia, el influjo y control de los padres deja de basarse en su autoridad y pasa a depender en mayor medida del afecto y del ejemplo<sup>9</sup>.

#### **La amistad en el adolescente.**

La amistad en el adolescente encierra nexos de afinidad y sentimientos profundos, es más sincera, más íntima y menos dependiente de los factores que determinan la aceptación social, la característica fundamental de la amistad entre los jóvenes es la existencia de una relación personal y de un compromiso afectivo. Existen dos factores importantes en la amistad de los adolescentes:

- A) La necesidad de comprensión. Los jóvenes con un "yo" cambiante e inseguro se enfrentan a grandes retos y se siente invalidado por sentimientos, no siempre placenteros, busca relacionarse con alguien que le proporcione una sensación de seguridad, que lo escuche, lo comprenda y simpatice con él, el amigo de la misma edad que está pasando por experiencias similares, constituye un confidente ideal para compartir inquietudes y sentimientos, sin riesgo de ser juzgado o rechazado.
- B) La solidaridad. Al tiempo que el joven busca ayuda y comprensión esta especialmente dispuesto a interesarse en los asuntos de los demás, desea ayudarles a resolver sus problemas, es capaz de identificarse con el que sufre y sacrificarse por él. Estas experiencias de altruismo y solidaridad le proporcionan tan honda satisfacción que contrarrestan eficazmente la angustia e inseguridad propios de la edad y despiertan sanos sentimientos de autovaloración y confianza en sí mismos.

Si tomamos en cuenta que en esta fase del desarrollo se debilitan los lazos familiares, es evidente la razón por la cual el grupo de amigos pasa a desempeñar un papel importante en la vida del joven.

#### **Las funciones del grupo.**

Entre las funciones del grupo de adolescentes hemos de destacar, el apoyo en la consolidación de la propia identidad, la aceptación social, la diferenciación de los demás y el apoyo en el proceso de emancipación.

---

<sup>9</sup> Hurlock, E. Psicología de la adolescencia. pp 125.

Consolidación de la propia identidad. A medida que se va desarrollando el proceso de estructuración del "yo", el joven va definiendo mejor su propia identidad, sin embargo, esto se lleva a cabo en forma lenta, y el joven pasa por una angustiosa etapa en la que la imagen de sí mismo es vaga y confusa, a eso se le suma el hecho de que el muchacho ya no se siente a gusto en el mundo de los niños, pero aún no pertenece a la de los adultos, necesita por lo tanto un mundo propio, un contexto social que le ayude a consolidar su propia identidad. El grupo de adolescentes satisface esta necesidad debido a que simultáneamente le ofrece aceptación social y le facilita la tarea de diferenciarse de los demás.

La aceptación social. Las tensiones y conflictos propios de la edad se traducen en patrones de conducta que dificultan la interacción del joven con personas de otras edades y lo colocan en una situación de aislamiento. El grupo de amigos le ofrece un contexto en el que se siente aceptado y comprendido y en consecuencia favorece sus sentimientos de autovaloración.

La diferenciación de los demás. Uno de los pasos indispensables en el proceso de estructuración de la propia identidad, es la diferenciación entre el "yo" y los demás. También aquí el grupo desempeña una importante función con la creación de un mundo propio con los adolescentes y el establecimiento de los propios elementos culturales como son la moda, el lenguaje, la música y el vestido, estos elementos le permiten al joven identificar claramente su mundo, diferenciándolo del de los adultos, y desarrollar su sentimiento de pertenencia a él, con el consiguiente beneficio en la consolidación de su identidad.

Apoyo en el proceso de emancipación. En la adolescencia el muchacho se siente impulsado a abandonar el ambiente seguro del hogar y a enfrentarse a un mundo lleno de desconcertantes realidades, cuando aún se siente inseguro y confuso. El grupo de amigos les brinda a sus integrantes el apoyo necesario para llevar a feliz término su proceso de emancipación<sup>10</sup>.

### **Influencia del grupo en el comportamiento individual.**

Dadas las condiciones psicológicas propias de la edad, en las que predominan los sentimientos de inseguridad, el joven se siente fuertemente impulsado a adaptarse a las opiniones y patrones de conducta del grupo. Esto se traduce en un gran deseo de seguir a la mayoría y en un temor de ser considerado "diferente", si el grupo aprueba sus ideales nobles, el joven se sentirá animado a cultivarlos, si sus amigos estudian y se esfuerzan por lograr un mejor rendimiento académico también seguirá su ejemplo, pero lo contrario también es cierto, si el grupo desapruueba sus ideales, el muchacho terminará por abandonarlos, si los demás trasnochaban y beben, se drogan o tienen relaciones sexuales, hará lo mismo, en síntesis el joven terminará imitando los comportamientos indeseables de su grupo por la dificultad para actuar de una manera diferente a la de sus compañeros.

---

<sup>10</sup> Hurlock, E. Psicología de la adolescencia, pp 128.

## **Desarrollo intelectual.**

La transformación física del muchacho a veces opaca los logros, no menos importantes de su desarrollo intelectual. La adolescencia es el período de la vida en la cuál la capacidad de adquirir y de utilizar conocimientos llega a su máxima eficacia. El nivel de funcionamiento intelectual alcanzado al final de la adolescencia y al comienzo de la vida adulta y el grado en que esta capacidad se ejercite determina, en buena parte el futuro de la actividad intelectual de la persona. La inteligencia es una facultad cuyo desarrollo depende de su ejercicio, por lo tanto el estudio y la actividad académica son indispensables para lograr el máximo desarrollo de las facultades mentales

Piaget e Inhelder (1980), nos dicen que el crecimiento mental es indisoluble del crecimiento físico, especialmente de la maduración de los sistemas nervioso y endócrino que prosigue hasta al rededor de los 16 años, el rango de edad de 15 a 18 años es la edad en la que el individuo se inserta a la sociedad adulta, es considerada la adolescencia para estos autores período de operaciones concretas y pensamiento formal, estas se encuentran en lo real, el pensamiento formal alcanza las transformaciones posibles, solo asimila lo real, donde los valores afectivos, las ideas de justicia social y estéticos pueden permanecer en las fronteras de la realidad o abrirse a todas las posibilidades individuales y sociales<sup>11</sup>.

Característica de la inteligencia del adolescente. En esta fase de su desarrollo, el joven supera la etapa de las operaciones mentales concretas y alcanza la de las formales; esto significa que adquiere nuevas capacidades entre las cuales destacaremos.

- A) La capacidad de tomar su propio pensamiento como objeto de reflexión, y de razonar acerca del mismo
- B) La de considerar simultáneamente varias alternativas de solución a un mismo problema. Por ejemplo, al pensar en las posibles combinaciones de objetos o elementos no se limita a las que espontáneamente se le ocurren, sino que en forma lógica pueden agotar todas las posibles combinaciones.
- C) La de distinguir lo falso de lo verdadero y de confrontar objetivamente las hipótesis con la realidad.
- D) La de pensar en cuestiones abstractas, es decir, independientes de la realidad inmediata.

Consecuencias del desarrollo intelectual del adolescente. Entre éstas, mencionaremos el despertar de la consciencia del "yo", la reflexión trascendental, la inconformidad con la realidad, y el espíritu crítico.

- La consciencia del "yo" Gracias a su recién adquirida capacidad de reflexionar, acerca de sí mismo, el joven empieza a tomar consciencia de su yo, es decir de su individualidad. A diferencia del niño cuyos intereses están primordialmente

<sup>11</sup> Miuiss, R. E., Teorías de la adolescencia, pp. 117

orientados al descubrimiento del mundo exterior, el adolescente enfoca sus inquietudes hacia sí mismo y se maravilla descubriendo sus propios sentimientos y vivencias, adquiere una clara consciencia de su propia identidad y busca consolidar su personalidad, y hacerla reconocer por los demás. Al mismo tiempo va desarrollando poco a poco la capacidad de entenderse a sí mismo y de analizar y de comprender el mundo que le rodea.

- La reflexión trascendental. Al llegar a la adolescencia el hombre se plantea por primera vez los interrogantes fundamentales de la vida, además de buscar su propia identidad le inquietan otros interrogantes de tipo filosófico que lo llevan a pensar a cerca de, el sentido, la finalidad y la dirección de la existencia.
- La inconformidad con la realidad. Como resultado de su capacidad de confrontar los ideales y las hipótesis con la realidad, el joven experimenta el despertar de sus preocupaciones sociales y desarrolla sentimientos de inconformidad que, en algunos casos, son fuente de angustia.
- El espíritu crítico. Finalmente, y como resultado de lo anterior, los adolescentes suelen desarrollar un agudo espíritu crítico que los lleva a oponerse a las opiniones de los adultos y a adoptar, algunas veces posiciones rebeldes y extremistas.

#### **Aspectos psicológicos.**

En el período de la adolescencia se dan cambios en todas las áreas del individuo, el área emocional no queda fuera de este contexto, sin embargo, nos percatamos de la transición del adolescente por medio del aumento de la emotividad, algunas de las causas que lo provocan según Hurlock (1994) son:

- Adaptación a nuevos ambientes.
- Expectativas sociales de un comportamiento más maduro.
- Aspiraciones carentes de realismo.
- Ajustes sociales relacionados con el sexo opuesto
- Problemas escolares.
- Problemas vocacionales.
- Obstáculos para hacer lo que quiere.
- Relaciones Familiares desfavorables.

Observamos que durante la transición de la infancia a la edad adulta el adolescente tiene que hacer muchos ajustes en función a las actividades propias de su edad. Esto está aunado a las expectativas sociales las cuales tienen que versar en un comportamiento más maduro o al menos es la presión que ejerce la sociedad sobre él, lo cual le puede provocar ansiedad.

En esta etapa comúnmente encontramos que el adolescente tiene aspiraciones que están fuera de la realidad, las cuales al cabo del tiempo se da cuenta que no puede cumplir, lo que le provoca sentimientos de inadecuación. Igualmente encontramos que

se comienza a relacionar con personas del sexo opuesto lo que conlleva a que tenga ajustes de tipo social.

Dentro del ámbito escolar encuentra el adolescente que puede tener éxito en este momento y a futuro, esto también le acarrea conflictos en cuanto a la elección vocacional, ya que esto implica que es lo que va a hacer después de estudiar, que perspectivas se tienen en la vida y el tipo de trabajo que desearía realizar a futuro.

Es muy común que los intereses que tiene el adolescente para esta etapa no puedan ser cumplidos ya que se encuentra con obstáculos muy grandes que lo limitan en cuanto a la economía o en cuanto a la familia en permisos u oportunidades para realizar actividades que los otros adolescentes sí pueden. Llevar a cabo toda esta situación va a provocar situaciones familiares poco favorables, por la búsqueda de independencia de la familia, sin embargo, se tiene que someter a la disciplina paterna, la cual le puede resultar sumamente estricta, y provocará sentimientos de incompreensión, lo que causará constantes fricciones familiares que aumentan la tensión emocional.

En el periodo de la adolescencia existen algunas pautas emocionales comunes, estas van a ser provocadas por los cambios en la forma de respuesta emocional, las cuales tienden a ser desagradables, sin embargo, existen emociones placenteras aunque son menos frecuentes e intensas que las anteriores.

Los factores sociales tienen mucha importancia en relación a las emociones desagradables, ya que según la clase de estímulo que la provoque y la forma en que se expresa la emoción muchas veces no es aceptado por la sociedad, por salirse de los patrones comúnmente aceptados, como son el miedo y la preocupación.

### **Situación emocional del adolescente.**

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

### **Sensibilidad e introversión.**

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



## **El despertar de la psicosexualidad.**

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

En el muchacho, el despertar de lo sexual se caracteriza por una mayor inclinación a la experiencia física del sexo, y por una disociación entre el deseo sexual y la dimensión afectiva del amor. Por este motivo, el joven se siente fuertemente atraído por todo lo relacionado con el sexo, piensa en el desnudo femenino y experimenta el deseo de tener experiencias sexuales, aunque éstas no estén relacionadas con sus sentimientos de amor. El objeto de su deseo sexual puede ser cualquier mujer, aún cuando este enamorado de una muchacha en particular.

En la joven, por el contrario, el despertar de la psicosexualidad se presenta con características diferentes, ya que ésta tiende a sublimar el impulso sexual y a expresarlo en forma sentimental. Así pues, sus deseos no se refieren únicamente a la experiencia física del amor, sino que incluyen su dimensión afectiva y se traducen en un anhelo de ternura, afecto y comprensión, y a diferencia de los jóvenes abarcan también el sueño de un hogar y de unos hijos. Cuando la muchacha experimenta deseos sexuales, propiamente dichos, éstos suelen estar directamente relacionados con sus sentimientos y se dirigen a la persona amada.

## **Conflictos emocionales del adolescente.**

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

### **Ambivalencia ante la emancipación.**

El adolescente se encuentra en una situación de ambivalencia y conflicto, debido a que está al mismo tiempo sujeto a dos fuerzas, una que lo impulsa hacia la emancipación y otra que se lo impide. En la primera se encuentra su deseo de independencia y las presiones sociales que empiezan a exigirle responsabilidades propias del adulto y lo alejan del proteccionismo de la infancia. Entre los obstáculos que se le presentan por lograr su autonomía está la prolongación de la educación y, por consiguiente también,

de la convivencia con los padres y de la dependencia económica, la inconsistencia de la sociedad tratando al joven como niño y a veces como adulto, las discrepancias entre los padres respecto al grado de autonomía que se le puede conceder y, finalmente, la ambivalencia personal, o sea, experimentar al mismo tiempo un deseo y un temor a la independencia. Este conflicto entre ser autónomo y los obstáculos que se oponen a ello, son fuente de angustia, por lo que en casos extremos, pueden llevar al joven a adoptar una conducta rebelde y agresiva.

#### Inconsistencia en la autovaloración

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

#### La sexualidad del adolescente.

El ser humano es un ser sexual desde su nacimiento hasta su muerte, por lo tanto la sexualidad es una característica inherente al hombre y tiene características biopsicosociales que le permiten comprender y vivir el mundo, a través del ser como hombres o como mujeres.

Así mismo, la sexualidad forma parte de la personalidad e identidad del ser humano y es una de sus necesidades, la cual se expresa por medio del cuerpo. También es parte del deseo de satisfacción personal y estimula el interés por establecer relaciones interpersonales significativas con otros<sup>12</sup>.

La parte biológica de la sexualidad es el sexo biológico, entendiéndose este como el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que diferencia a los seres vivos en femenino y masculino, que al complementarse tienen por sí mismos la potencialidad para la reproducción.

En lo referente al aspecto psicológico de la sexualidad, el ser humano se define a sí mismo como hombre o como mujer, opta por uno de los roles preestablecidos por la sociedad en la que está inmerso.

La sexualidad recibe influencias sociales, así como económicas y culturales que hacen que el sexo biológico se manifieste de diversas formas, por lo que podemos decir que la sexualidad es modelada por factores externos que son impuestos por la sociedad.

---

<sup>12</sup> Licea Jiménez, G. Adolescencia, sexualidad y SIDA, pp. 13

El proceso de socialización se da por medio de la cultura, a través de ciertos valores, normas e instituciones que influyen en la conducta sexual de los individuos, la cual está condicionada por el contexto social e histórico en el que se viva.

Como herederos de una cultura occidental podemos situarnos en los períodos que señala Foucault en Historia de la sexualidad, quien expresa durante el siglo XVII nacimiento de las grandes prohibiciones, valoración de la sexualidad adulta y matrimonial únicamente, imperativos de descendencia, evitación obligatoria del cuerpo, silencios y pudores imperativos del lenguaje<sup>13</sup>. A fines del siglo XVIII, la sexualidad escapa de la institución eclesíástica y se convierte en asunto del estado, un asunto en el cual todo el cuerpo social, y casi cada uno de sus individuos, era instado a vigilarse<sup>14</sup>. La innovación tecnológica en el campo de la medicina, y sobre las perversiones sexuales y sobre la investigación en el campo de la herencia es lo que distingue la mitad del siglo XIX. En el siglo XX los mecanismos de represión se aflojan y se toleran de forma relativa las relaciones prenupciales o extramaritales y los tabúes de la infancia son "superados" o más bien mitificados.

Lo anterior, influye en el guión sexual que da la pauta de como organizar la vida sexual de los miembros de la sociedad a que pertenecen. El contenido del guión es reflejo de la ideología social, siendo este introyectado en forma individual y paulatina desde el momento del nacimiento<sup>15</sup>. Por lo que podemos inferir, que la conducta sexual es socialmente aprendida y no biológicamente determinada.

La socialización permite al individuo estructurar su identidad, es decir, una forma individualizada de ser, sentir y pensar, que lo hace único y original dentro de su grupo<sup>16</sup>. La información genética y el medio ambiente le permiten al ser humano diferenciarse a pesar de los guiones preestablecidos, por lo cual, la percepción y la forma de relacionarse con el mundo es individualizada y particular.

Los guiones preestablecidos por la sociedad están diferenciados para los varones y para las mujeres, por lo tanto, la identidad del ser humano tiene connotaciones sexuales. Los aspectos básicos de la identidad sexual son tres:

- La "identidad de género", que se refiere a la conciencia de pertenecer a un sexo determinado, es sentirse hombre o mujer. Esta entidad psicológica se forma a través de los mensajes verbales que se reciben del ambiente, y está ligado a la imagen corporal.
- El "rol del género" es todo lo que una persona hace o dice para indicar a otros y a sí misma a qué sexo pertenece. Este rol de género debe ubicarse en el contexto histórico y social donde se desarrolle el individuo. El cambio del rol de género se ha

<sup>13</sup> Licea Jiménez, G. Adolescencia, sexualidad y SIDA, pp. 14.

<sup>14</sup> Licea Jiménez, G. Adolescencia, sexualidad y SIDA, pp. 14.

<sup>15</sup> Consejo Nacional de Población. Sociedad y sexualidad, pp. 38.

<sup>16</sup> Consejo Nacional de Población. Sociedad y sexualidad, pp. 40.

modificado, sobre todo por la incorporación de la mujer al mercado de trabajo; pero éste no afecta ni altera la identidad de género del individuo

- La 'orientación sexual' se refiere a la atracción, gusto o preferencia del sujeto para elegir pareja en la relación coital, en la afectiva y en la fantasía. Este componente de la identidad sexual está establecido socialmente para que el individuo tenga una orientación heterosexual, a partir de la sobrevaloración de la reproducción de la especie en las relaciones coitales. La importancia que la sociedad otorga a las relaciones heterosexuales es la causa de la marginación y estigmatización de otro tipo de orientaciones sexuales.

En conclusión, podemos afirmar que el ser humano nace con un sexo determinado biológicamente, y que su socialización se inicia en el momento en que se establece el primer contacto con la sociedad, a través de la familia. Esta socialización facilita la estructuración de la identidad sexual, que brinda la posibilidad de manifestar la sexualidad en forma particular<sup>17</sup>.

En cuanto a la sexualidad de los jóvenes, el modelo que se toma está basado en análisis hechos en adolescentes de países industrializados. Esto se debe a la falta de investigaciones empíricas en adolescentes mexicanos. Sin embargo algunos elementos descritos pueden adaptarse a la realidad de ciertos sectores de nuestra sociedad. Dicho ejemplo clasifica en cuatro etapas la sexualidad:<sup>18</sup>

1.- 'Etapa de aislamiento'; se inicia con la pubertad y con los cambios inherentes a ésta. El impulso sexual y sus características transforman el modo de pensar de los jóvenes. Los adolescentes no tienen la personalidad para dirigir y canalizar adecuadamente este impulso, por lo cual, van creando conductas adaptativas para solucionar esta etapa. Durante este período, se desarrolla la reflexión y la crítica necesaria para el proceso adolescente. El impulso sexual y el pensamiento formal le dan al joven una nueva forma de percepción del medio ambiente y de sí mismo.

En este período, en las mujeres, aparece la menstruación, la cual en nuestro país es un hecho importante por estar ligado a la procreación. A la adolescente se le considera una 'señorita', pero por lo regular no recibe la información adecuada, por considerarse este proceso como una "enfermedad", la cual debe mantenerse en secreto.

En los varones, comienzan las eyaculaciones, que se ven más ligadas al placer que a la procreación; cuando la sociedad no aprueba ese placer como algo desligado de la procreación, las conductas asociadas con la eyaculación del adolescente (masturbación, fantasías y sueños eróticos), son objeto de represión y desaprobación<sup>19</sup>.

El adolescente aún no tiene los canales para liberar la tensión sexual, situación por la cual cualquier estímulo puede tomar carácter sexual: un enojo puede producir una erección, o la angustia puede disminuirse a través de la masturbación.

<sup>17</sup> Consejo Nacional de Población. Sociedad y sexualidad. pp. 44.

<sup>18</sup> Consejo Nacional de Población. Individuo y sexualidad. pp. 125.

<sup>19</sup> Consejo Nacional de Población. Individuo y sexualidad. pp. 129.

En nuestra sociedad, por lo general, la masturbación es sancionada directa o indirectamente, por lo que el adolescente experimenta sentimientos de culpa por las fantasías sexuales que acompañan a la masturbación. Algunas veces, por la prohibición social, el adolescente reprime esta conducta y la sublima mediante actividades que puede compartir con sus compañeros.

En la adolescencia, el impulso sexual está en etapa de organización y de búsqueda del objeto sexual, esta búsqueda se vive con mucha fantasía y le sirve para liberarlo de la tensión sexual.

En la mujer, la masturbación física no tiene tanta importancia como en el varón, por varias razones: por un lado debido a su estructura genital puede obtener gratificación sexual prolongada sin llegar al orgasmo. Así mismo, sus fantasías, sueños y proyectos a futuro la liberan de la tensión sexual. Es importante destacar que a la mujer no se le enseña a recibir cualquier tipo de satisfacción sexual antes del matrimonio.

2.- Etapa de orientación incierta de la sexualidad. En este período, los adolescentes buscan identificarse con personas ajenas a la familia, para romper con las ligas emocionales infantiles y poder establecer, posteriormente, relaciones de tipo adulto. En este proceso es muy importante el grupo de amigos con quienes el adolescente se siente identificado, y que ayudan a trascender la inseguridad y el conflicto que significan "dejar" a los padres.

Para Erikson (1992) el problema central de la adolescencia es establecer un sentido de identidad, trata de saber ¿quién es él?, ¿es un niño o un adulto?, ¿qué lugar ocupa en la sociedad?. Para el sentido de identidad es importante la imagen, y la del adolescente es perturbadora y difícil la asimilación de su nueva imagen, por los cambios tan drásticos que ha tenido en tan poco tiempo. La crisis de identidad implica una gran necesidad de confianza en sí mismo y en los demás, el adolescente buscará más ardientemente hombres e ideas en quienes tener fe, lo cual significa también hombres e ideas a cuyo servicio valga la pena de mostrarse digno de confianza.<sup>20</sup>

La crisis de identidad tiene dos aspectos: el psicológico y el social. El psicológico es parcialmente consciente y parcialmente inconsciente. El aspecto social de la crisis de identidad debe de entenderse dentro de la dimensión social, en la cual el individuo debe encontrarse a sí mismo. A lo largo de su vida, el adolescente primero se sostiene en los modelos familiares, después en los del grupo y por último en los comunitarios.

Erikson (1972) expresa que "La juventud, en particular, depende de la coherencia ideológica del mundo, de la que se supone, debe hacerse cargo; y en consecuencia se da cuenta perfectamente de si el sistema es lo suficientemente fuerte, en su forma tradicional, como para ser "confirmado" por el proceso de identidad, o está suficientemente debilitado como para sugerir su renovación, reforma o revocación"<sup>21</sup>.

<sup>20</sup> Erikson, E. H. Identidad, juventud y crisis. pp 110 - 111.

<sup>21</sup> Erikson, E. H. Sociedad y adolescencia. pp 12 - 13.

3.- 'Etapa de apertura a la heterosexualidad' En esta etapa, surge el enamoramiento. Al principio de la relación, es posible, que la tensión sexual se canalice por medio de conversaciones filosóficas sobre el sexo, el matrimonio, los hijos, el amor libre. Estas discusiones van disminuyendo y la comunicación se vuelve más sexual, en este punto es donde pueden aparecer los juegos sexuales. En la fase final del proceso de experimentación heterosexual, puede darse la relación sexual coital.

El adolescente hace uso constante de mecanismos de defensa para controlar su impulso sexual. En sociedades donde se da un estado prolongado de la adolescencia, y se favorece el estudio, estos mecanismos pueden ser el ascetismo y la intelectualización. El primero prohíbe la expresión del impulso sexual, en el segundo se hace consciente este impulso y se controla.

4.- 'Etapa de consolidación' En este período se establecen las preferencias vocacionales, recreacionales y temáticas. La elección de pareja se consolida también.

#### **Opciones de conducta sexual en los adolescentes.**

En las sociedades modernas no existe un rito de iniciación sexual del ser humano, por lo cual, los jóvenes tienen por lo menos cuatro opciones para liberar su tensión sexual: la abstinencia, masturbación, relación sexual no marital y prostitución.

'Abstinencia' Es la ausencia de cualquier contacto sexual. La ventaja principal de esta conducta es que los adolescentes se sienten dentro de las normas establecidas socialmente. La desventaja es que dicha prohibición de la sexualidad en la adolescencia puede prolongarse a la vida adulta, y causar una disfunción sexual.

'Masturbación' La masturbación es la estimulación de los órganos genitales para producir placer. Puede ser automasturbación, masturbación en grupo, o en pareja. Esta opción, inicia al adolescente en la gratificación sexual y facilita el desarrollo psicosexual, ya que promueve la unión y delimitación de imágenes mentales que aproximan al sujeto con el deseo del coito.<sup>22</sup>

Sin embargo, la masturbación puede provocar culpa y hacer sentir al adolescente que está realizando una conducta inadecuada, por lo cual apresura la actividad, situación que puede causarle disfunciones sexuales en su vida adulta.

Las relaciones sexuales no maritales "son aquellas relaciones sexuales realizadas por personas de distinto sexo, sin estar casadas. A través de esta relación, se libera la tensión sexual y se permite experimentar la relación coital con el otro sexo. Lo anterior afirma la sexualidad, tanto masculina como femenina, y ayuda a la madurez emocional. La desventaja de esta actividad es que los adolescentes no siempre toman las medidas anticonceptivas adecuadas, lo cual los expone al riesgo de un embarazo no deseado (con todas las implicaciones sociales y emocionales) y de contagio de enfermedades de transmisión sexual.

---

<sup>22</sup> Consejo Nacional de Población. Individuo y sexualidad, pp. 146

Las relaciones sexuales entre los adolescentes se están presentando en edades más tempranas, debido a que en países industrializados o de primer mundo, la edad de matrimonio se ha desplazado a edades más tardías. Por esto, encontramos un período más prolongado en donde los adolescentes se exponen a embarazos no deseados y al riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual. Otros factores que propician las relaciones sexuales premaritales se encuentran en el ámbito económico, social y de conducta.

Prostitución es una conducta sexual en la cual, el dinero es el elemento intermediario para realizar el coito. Por este medio, se logra la gratificación sexual sin compromiso afectivo. Aunque se afirma que, para el adolescente que se inicia sexualmente, esta relación resulta frustrante y que puede originar disfunciones como la eyaculación precoz porque el organismo puede condicionarse al tipo de respuesta acelerada que se realiza en los prostibulos<sup>23</sup>, sin embargo, en realidad no existen investigaciones empíricas que lo demuestren.

La sexualidad no es un componente aislado de la existencia, como ha demostrado Sigmund Freud, empieza con la vida y termina con ella<sup>24</sup>.

Entonces creemos que efectivamente el niño y el adolescente tienen urgencia de conocimientos oportunos y progresivos, bien sea para satisfacer su legítima curiosidad y sus intereses concretos, bien para afrontar con el menos daño posible el choque con el ambiente, que solicita en sentido negativo o lo expone a experiencias turbadoras. Y precisamente en este punto se comprende la necesidad de un conjunto de motivaciones que fortifiquen su voluntad y orienten la conducta en determinadas direcciones<sup>25</sup>.

Para comprender la disfunción de la actividad sexual precoz y la repercusión de las técnicas anticonceptivas en la conciencia contemporánea se imponen tres condiciones:

- 1).- De tipo biológico. En los últimos 50 años, hemos asistido en los países europeos, a una progresiva anticipación del comienzo de la ovulación y de la espermatogénesis, que desplaza el umbral puberal hacia una edad cada vez más joven, en la que el sujeto todavía es incapaz de expresar autodisciplina y un vigilante sentido moral. Las razones del fenómeno hay que buscarlas en una compleja estimulación sensible - cerebroendocrina, nutritiva, cultural y ambiental, a la que está sujeta la juventud contemporánea.
- 2).- De carácter psicológico. Versa sobre el prolongado período adolescente, con crisis de identidad ajena al mismo, con el sentimiento de dependencia hacia la familia de origen, con la protesta contra el padre y lo que representa. El paso de la infancia a la vida adulta ha asumido, por lo mismo, en nuestra sociedad, un proceso cada vez más conflictivo por las laceraciones internas que provoca. En

<sup>23</sup> Consejo Nacional de Población. Individuo y sexualidad, pp. 148

<sup>24</sup> Galli, N. Educación sexual y cambio cultural, pp. 19.

<sup>25</sup> Galli, N. Educación sexual y cambio cultural, pp. 20.

esta situación, el deseo de seguridad propio de la infancia, satisfecho por la proximidad de los padres, revive en la búsqueda de la vida en pareja, en la cual la libertad de relación compensa el malestar sentido por los hijos hacia el mundo de los adultos

- 3).- De índole sociológica. Los adolescentes se ven forzados a retrasar su inserción en la producción, porque escasean los puestos de trabajo, porque se requieren conocimientos cada vez más profundos, porque la comunidad se resiste a confiarles responsabilidades precisas. La prolongada atadura a la familia y a la escuela durante muchos años, resulta contraproducente de cara a la búsqueda de la autonomía y maduración psicoafectiva de los adolescentes, los movimientos de rebelión de estos son comprensibles a la luz de la situación general en la que nos encontramos<sup>29</sup>

La actividad sexual actual de los adolescentes, tiene repercusiones como ya se dijo anteriormente a nivel social, y las razones del porque se da el inicio de la actividad sexual son variadas, es importante destacar que los embarazos en esta etapa pueden ser en forma accidental o intencional.

Los embarazos accidentales son los más frecuentes, pero no es propiamente accidental, puesto que hoy con la hipertrofia de publicidad erótica y de disfunción de la sexualidad, siempre existe un grado de consciencia frente a toda actividad sexual y la posibilidad del embarazo.

En esta categoría entran los tan frecuentes embarazos entre noviazgos prematuros, entre tiernos jovencitos que muchas veces no sólo son permitidos sino también alabados, por los padres con las consiguientes facilidades para los juegos sexuales íntimos de parejas que no tienen ninguna madurez y que no pueden nunca comprender la responsabilidad que entraña la relación sexual indiscriminada como fruto del impulso o del placer momentáneo o la curiosidad. Estos son los embarazos que dentro de ciertos medios sociales se "resuelven" con el intento de aborto o con el matrimonio apresurado con las consiguientes desventajas, unas veces los padres de los adolescentes se convierten en verdaderos padres de estos hijos - padres" desconcertados que carecen de todo medio y de toda responsabilidad para afrontar su papel frente al embarazo, frente a la estructuración adecuada de una familia y frente a la crianza y conducción de la futura descendencia.

También la ignorancia y el precario nivel socioeconómico suele ser la causa del embarazo entre adolescentes; estas muchachas son atraídas por los seductores" del barrio o bien halagadas con llegar a poseer comodidades o satisfacer las elementales necesidades físicas de que carecen con sus propios padres, se deciden por las relaciones sexuales indiscriminadamente o por hacer vida concubiniaria desde muy temprana edad.

En ocasiones menos frecuentes, el embarazo "accidental" puede surgir por conflictos individuales, generalmente de la muchacha adolescente con su padre o su madre.

<sup>29</sup> Galli, N. Educación sexual y cambio cultural, pp. 205 - 206.



Casos en que una tremenda presión y una falta de interrelación hace que las relaciones sexuales de la adolescente surjan como rebelión, como desafío, o como demostración de independencia, de expresión de propia validez, de necesidad de ser tomada en cuenta por sus padres o por el grupo de compañeros. A veces las desviaciones se continúan de una generación a otra, de madres que repiten embarazos de distintos padres que no pueden ser ejemplarizantes para sus hijas adolescentes; estas copian a sus madres y el embarazo les sirve a su vez para el alarde de reproche, de independencia y de sexualidad ante su madre.

El embarazo intencional. Lo realiza la adolescente cuando piensa decididamente que le va a colmar alguna necesidad psíquica; en este caso, lo que más desea es solamente el embarazo, y no la maternidad o el futuro hijo. Muchachas que no se sienten queridas o aceptadas por su familia, que se creen inhábiles, con fracasos escolares, recriminadas de inadecuada conducta; aprovechan el poder sexual para "venganza" o para demostrar su competencia o notoriedad, o la injusticia de las acusaciones. Algunos casos de estos pueden derivar en intentos de suicidio<sup>27</sup>.

Finalmente se puede señalar que la adolescencia es un fenómeno de la vida humana complejo que está matizado por factores biológicos y psicológicos que son propios de la edad del individuo; factores sociales y culturales ya que es en el contexto comunitario donde cada individuo habrá de encontrarse a sí mismo. Es por eso que el adolescente busca una definición de sí mismo y del mundo que lo rodea, definición que se da poco a poco en el proceso de transición de la vida adulta. La búsqueda de la identidad plantea conflictos familiares y generacionales, hay una rebeldía entre lo establecido se lucha por la independencia, así como por la aceptación con el grupo de amigos. Este periodo también se caracteriza por la búsqueda y comprensión de los valores. Existe un conflicto entre los valores propios y los de nuestros padres, amigos y maestros. En la adolescencia hay dos tipos de conflictos: uno es entre lo que tiene el adolescente y lo que quiere tener, y el otro es entre lo que es y lo que le gustaría ser.

El proceso de formación de la identidad puede ser relativamente fácil o complejo, breve o prolongado, satisfactorio o doloroso y puede ser un éxito o un fracaso, todo depende de las oportunidades que la cultura y la sociedad proporcionen al individuo para lograr su objetivo. Este sentido de la identidad no se desarrolla por completo en la adolescencia, se inicia en la infancia y atraviesa por todas las identificaciones parciales que un niño en desarrollo va formándose en relación con sus padres, compañeros, hermanos y adultos que lo rodean.

En toda esta formación la familia tiene un papel preponderante en el cuidado, la socialización y la transmisión de valores, es por lo que la familia constituye, por lo general, la organización mínima fundamental, tanto de pertenencia como de referencia para el ser humano; así mismo, es la base del reconocimiento social del individuo, ya que enseña la norma y pautas a seguir en la sociedad en la que vive el individuo. Fromm dice: "la familia opera, todo el tiempo y lugar, como el mejor instrumento de transmisión de las tradiciones y las convenciones a imprimir en sus hijos"<sup>28</sup>.

<sup>27</sup> Galli, N. Educación sexual y cambio cultural, pp. 178 - 179

<sup>28</sup> Licea Jiménez, G. Adolescencia, sexualidad y SIDA, pp. 32.

Por lo tanto, el comportamiento de la familia frente a la sexualidad es un reflejo de los valores que maneja la sociedad, los cuales parecen caracterizarse por los siguientes elementos : falta de comunicación, de información, clandestinidad, complicidad, insatisfacción en la vida sexual para la mujer, doble moral y morbosidad generalizada<sup>29</sup>.

Los valores y normas, en cuanto a la sexualidad, deben ser modificados y ventilados en espacios públicos, para lograr efectos en la sociedad, en la familia y en los individuos.

Los adultos debemos de entender que los adolescentes constituyen nuestro vínculo cultural con el futuro, nuestra garantía de la continuidad de nuestra especie, nuestro triunfo indirecto sobre la muerte y el fracaso. Por lo tanto, todas las acciones encaminadas a coadyuvar en el desarrollo integral de este sector de la población, redundará finalmente en la sociedad en su conjunto.

---

<sup>29</sup> Consejo Nacional de Población. Familia y sexualidad, pp. 97.

## MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

### Antecedentes históricos.

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

### Antiguo Egipto.

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

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

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

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

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

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

La Sociedad Alemana de Urología (Deutsche Gesellschaftur Urologic) publicó en el año de 1911, una leyenda sobre el "preservativo egipcio del siglo XXI" (1350 - 1200 a. C.)<sup>30</sup>.

### **La Biblia y las fuentes Talmúdicas.**

La Biblia en el pasaje del Génesis, capítulo 38, cita el coitus interruptus, que dice textualmente: "... El primogénito de Júdá, fue malo a los ojos de Yavé y Yavé lo mató. Entonces dijo Júdá a Onán "Entra a la mujer de tu hermano, y tómalas, como cuñado que eres, para suscitar prole a tu hermano" Pero Onán sabiendo que la prole no sería suya, cuando entraba a la mujer de su hermano, se derramaba en tierra para no dar prole a su hermano. Era malo a los ojos de Yavé, lo que hacía Onán y le mató también a él..."<sup>31</sup>.

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

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

### **Imperio Griego y Romano.**

En el libro de Aristóteles "Historia Animalium", obra científica escrita en el siglo IV a. C., se encontró la primera referencia griega de anticoncepción. Aristóteles decía que algunos impiden la concepción untando en la parte de la matriz donde cae el semen con aceite de cerdo, o con unguento de plomo o con incienso mezclado con aceite de olivo. El autor creía que la suavidad de la mezcla impedía la concepción; actualmente se sabe que el aceite reduce la movilidad de los espermatozoides<sup>32</sup>.

En los siglos IV y V a. C., en la escuela de Hipócrates conocían diferentes métodos, como una substancia llamada "Misy" la cual era disuelta en agua y cuando la bebían las mujeres, impedían la concepción durante un año.

Pensaban que para que se diera la reproducción era necesario una fusión de elementos femeninos y masculinos, y hacían recomendaciones de retirar de la vagina el semen o expulsarlo con movimientos corporales.

<sup>30</sup> Federación Internacional de Planificación Familiar - Historia de los anticonceptivos.

<sup>31</sup> Biblia - Génesis, Capítulo 38, versículos 14 y 15.

<sup>32</sup> Federación Internacional de Planificación Familiar - Historia de los anticonceptivos.

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

Discorides en el siglo I d. C. poseía conocimientos sobre algunos métodos anticonceptivos que tuvieron influencia en Europa y el mundo Islámico.

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

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

#### **India.**

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

#### **China.**

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

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

#### **Islamismo.**

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

Ibn Sina o Avicena (980 - 1027 d. C.) considerado el científico más famoso del Islam, en su obra "Canorr", propone varias recetas anticonceptivas, como el periodo favorable

para la concepción, aunque no especifica cuando ocurre el coitus interruptus; supositorios y saltar de 7 a 9 veces la mujer después de haber eyaculado el hombre, son algunas de sus recomendaciones<sup>33</sup>.

La Religión Islámica como la Judía, prohíben el coito durante el periodo de menstruación de la mujer hasta nuestros días; en lo referente al aborto, este no es prohibido, ya que no se considera al feto como ser humano.

### **Europa Medieval, Renacentista, y Revolución Industrial.**

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

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

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

Durante la época medieval, el desarrollo de la medicina estuvo sumamente ligado al marco de la Iglesia Católica, donde se prohibía la anticoncepción, por lo cual es entendible el estancamiento que sufrió la anticoncepción durante este periodo; no obstante en el siglo XVI, Gabriel Falopio, anatomista italiano, hace la primera descripción del condón, que era una vaina hecha de lino, cortada de tal forma que fuera parecida al prepucio, existiendo también los realizados con el intestino seco del cordero. Este invento se realizó para prevenir infecciones contra la sífilis y para evitar el embarazo; se usó en forma general en los burdeles hasta el siglo XVIII. Este método fue fabricado en serie a mediados del siglo XIX, gracias a al vulcanización<sup>34</sup>.

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

En 1797, Jeremy Bentham, defendió el uso de la esponja para reducir la tasa de nacimientos de las clases pobres. En 1798, Thomas Malthus, causó gran debate, en respuesta a su obra "Ensayo a cerca de la población", donde sostiene la teoría de que la población tiende a multiplicarse más rápidamente, que los medios de subsistencia, y que, el único medio de adaptar el crecimiento demográfico, a la cantidad de alimentos disponibles, es el vicio y la miseria. Es irónico que el movimiento de control de los nacimientos haya sido llamado "Malthusianismo", porque Malthus era un partidario demasiado devoto de la moralidad tradicional, ya que repudiaba, los controles

<sup>33</sup> Federación Internacional de Planificación Familiar.

<sup>34</sup> Peel, J. y Poots, M. Técnica y control de la natalidad

artificiales de cualquier clase y solo aconsejaba la contención moral, por lo que no es capaz de ofrecer un método que permita gozar del placer sexual, sin pasar penalidades<sup>35</sup>.

A finales del siglo XVIII y principios del XIX, se inician varios movimientos en favor del control de la natalidad, lo cual trajo consigo la "Campaña para educar e informar a las masas". Esto dio pie a que surgiera la idea, de que si se limitaba la familia durante un periodo largo de tiempo, las ventajas económicas y sociales serían enormes. También a principios del siglo XIX se desarrollaron ideas excéntricas para resolver el problema de la pobreza. En 1801, William Godwin, dijo que el infanticidio, era mucho más humano que condenar a un recién nacido a una vida de vicio y miseria. El alemán C. A. Weinhold, seguidor de Malthus, ideó infabular a los varones, que consistía en estirar la piel del prepucio, hacia adelante, más allá del glande, perforando dos orificios en ella, uno arriba y otro abajo, insertando un anillo cuyos extremos se cerraban y soldaban, las víctimas eran comúnmente trabajadores solteros entre los 14 y 30 años, que no tuvieran medios suficientes para sostener una familia.

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

#### **Holanda.**

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

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

#### **Inglaterra.**

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

---

<sup>35</sup> Federación Internacional de Planificación Familiar. Historia de los anticonceptivos

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

### **Japón.**

En 1827 se publicó en Japón, un libro erótico que menciona "El Kyotai", que es un objeto que impide que el semen entre a la vagina, evitando la concepción

### **Estados Unidos de Norteamérica.**

Humphrey Noyes, fundó la comunidad Oneida en Nueva York, teniendo como base el sistema de posiciones comunales, donde cada hombre de la comunidad era dueño de todas y cada una de las mujeres. El método anticonceptivo practicado era la continencia del varón, que consistía en el coito normal sin eyacuación del varón, retornando el pene a su estado de flaccidez dentro de la vagina; tiempo después la comunidad desapareció. Noyes era partidario de la fertilidad controlada, de los derechos sexuales de las mujeres y de la reproducción humana científica.

En los Estados Unidos, se originó un movimiento en favor del control de la natalidad, el cual estaba dirigido por Charles Knowlton y Robert Dale Owen, considerados los padres del control de los nacimientos; este último nacido en Escocia en 1801, emigrando a los Estados Unidos a los 24 años, donde publicó 3 artículos y un folleto titulado "Fisiología Moral", que trata de los argumentos sociales y eugenésicos para la planificación familiar, recomendando el coitus interruptus, el condón y la esponja, con ciertas reservas esta última. Charles Knowlton fue la primera persona en los Estados Unidos en defender el control de los nacimientos: en 1832 apareció su libro "Frutos de la Filosofía" en el que enfatizaba el lavado vaginal y los métodos químicos. Todo este movimiento recibió mucho apoyo por parte de los médicos, sin embargo se prohibió legalmente el uso del correo para informar sobre el control de nacimientos.

El diafragma fue inventado en Alemania durante la década de 1870, su uso fue difundido en Europa hacia 1900, no se hizo popular en Estados Unidos hasta la década de 1920, cuando fue dado a conocer en gran parte por los esfuerzos de Margaret Sanger y sus colegas, tuvo aumento mayor en las décadas de 1940 y 1950<sup>36</sup>.

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

<sup>36</sup> Masters, W. H., Johnson, V. E. y Kolodny, R. Eros. Los mundos de la sexualidad, pp 274



Por el trabajo realizado por Margaret Sanger a nivel internacional, se fundaron las dos organizaciones, la "Unión Internacional para el estudio Científico de la Población" y la "Federación Internacional de Planificación de la Familia", esto impulsó a que se realizara un mayor número de investigaciones para mejorar este campo.

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

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

En 1953 se ratifica la primera Constitución de la Federación Internacional de Planificación Familiar. En la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas del año de 1966, se aprobó en forma unánime, el derecho básico de los individuos de decidir libre y responsablemente acerca del número y espaciamiento de los hijos<sup>37</sup>. Por lo cual, este derecho es de relativa reciente inserción en el catálogo de los derechos humanos.

La Primera Conferencia Mundial de Población, celebrada en 1974, tuvo la asistencia de representantes del 98 % de la población de la tierra, discutiéndose los problemas político - demográficos que se presentaban. El mayor logro de la Conferencia fue la aprobación unánime (con excepción del Vaticano), del Plan de Acción Mundial sobre Población, donde se refiere a una serie de recomendaciones entre las que se encuentra fecundidad y familia<sup>38</sup>.

Chojiro Kunii, director ejecutivo de la Organización Japonesa para la Cooperación Internacional en planificación familiar, citado por Soto y Garduño<sup>39</sup>, señaló en 1984, en el artículo "Un enfoque humanista a la planificación familiar", que se debe dar especial importancia al aspecto humano y propone la integración de la planificación familiar con metas de salud, mencionando dos aspectos importantes relacionados con el problema poblacional, el primero cuantitativo (tasa de nacimientos, tasa de incremento natural, etc.) y el segundo aspecto, el cualitativo (calidad de la vida del individuo). El aspecto cuantitativo concierne principalmente a las metas de desarrollo social y económico, mientras que el cualitativo se relaciona con el individuo.

<sup>37</sup> Secretaría de Salud.

<sup>38</sup> Secretaría de Salud.

<sup>39</sup> Soto Ramírez, A. y Garduño Martínez, J. Estudio exploratorio sobre planificación familiar en obreros del sexo masculino, pp.

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

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

En 1984 se celebró la Segunda Conferencia Internacional de Población en México, otorgado esto por la Organización de las Naciones Unidas, en la que se reafirmó la necesidad de una normatividad nacional en tres campos críticos como políticas integrales de población y desarrollo, problemas ampliados de planificación familiar y salud y mejoras en la condición jurídico - social de la mujer.

En abril de 1990, Erik Gregerse, médico danés mostró ante la comunidad presente del Primer Congreso de la Sociedad Europea de Anticoncepción, un preservativo para las mujeres, el cual era resultado de cuatro años de trabajo junto con su compatriota el físico Lassey Hassete, al cual llamaron condón femenino, a partir de entonces se ha puesto en fase de experimentación, encontrándose resultados que parecen ser muy satisfactorios; el plástico utilizado el poliuretano, no es poroso, las bacterias y los virus no pasan a través de él, es de una resistencia superior al látex

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

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

A continuación se describen los métodos anticonceptivos, que se conocen hasta el momento dividiéndolos en naturales, de barrera, químicos y quirúrgicos.

### **Métodos anticonceptivos naturales.**

Primeramente hablaremos de los métodos naturales, se les llama así porque no se hace uso de nada ajeno al cuerpo para evitar la concepción, dentro de estos se encuentran: el ritmo, temperatura basal, moco cervical o Billings y coito interrumpido.

## Ritmo. Ogino y Knaus.

Se refiere a la abstinencia sexual programada, la cual tiene como objetivo evitar las relaciones sexuales durante los días fértiles. En este método se hace uso exclusivo del calendario, por ejemplo en un ciclo menstrual de 28 días, el primer día de menstruación se cuenta como el primer día del ciclo el periodo de sangrado dura de 5 a 7 días, se ha observado que en la mitad del periodo, es decir, al rededor del día 14 se da la ovulación, es cuando el óvulo sale del ovario hacia el útero, el óvulo tiene un promedio de vida de 48 horas, y el espermatozoide tiene un promedio de vida de 72 horas, por lo cual Ogino recomienda que la mujer se abstenga de tener relaciones sexuales tres días antes y tres días después de la ovulación, es decir, del día 11 al día 17 del ciclo y posteriormente puede tener relaciones sexuales ya que solo se abstuvo en el periodo fértil.

Ogino - Knaus. En 1928 Ogino constató que la ovulación ocurría entre el día 12 y 16 antes de la próxima regla, basándose en su observación personal en el curso de 83 laparatomías.

Para un ciclo de 28 días, el periodo de fertilidad está comprendido entre los días 10 y 17 del ciclo.

Knaus, en 1956, se basaba en el mismo principio, pero siendo mucho más restrictivo. Según este autor, el periodo fértil va desde tres días antes y uno después de la ovulación, siendo 5 días por ciclo

El fundamento de éste método esta basado en los siguientes principios :

- 1).- Se produce una sola ovulación por ciclo, y por un solo ovario, teniendo este hecho una relación temporal más o menos constante, con la aparición de la próxima menstruación.
- 2).- Vida limitada en el tiempo del óvulo, el cual se cifra entre 24 y 36 horas. En este periodo de tiempo deberá el óvulo ser fecundado por el espermatozoide, el cual también tiene una vida temporal limitada a 48 horas. Se deduce que tiene que existir un periodo de abstinencia mínimo de tres días por ciclo, 48 horas previas a la ovulación y 24 horas después de esta.

El cálculo de este periodo de seguridad esta basado en .

Ogino. El periodo fértil es el que va desde el día 18 al 11 antes de la fecha esperada de la próxima menstruación. Así el primer día inseguro se calcula restando 18 del número de días del ciclo más corto; por ejemplo  $25 - 18 = 7$ .

El último día inseguro se calculara restando 11 al número de días del ciclo más largo; por ejemplo  $31 - 11 = 20$ .

En este supuesto caso, en que el ciclo más corto ha sido de 25 días y el más largo de 31 días, el período fértil o "Inseguro" estará situado entre los días 7 al 20 del ciclo.

Hay que tener en cuenta que para la obtención de los días fértiles, según este método, hay que anotar las fechas de las 12 últimas menstruaciones y continuar haciéndolo mientras se utilice este método.

Knaus. Realiza el cálculo de forma más restrictiva; así resta 17 al número de días del ciclo más corto, por ejemplo, según el caso anterior,  $25 - 17 = 8$ . De la misma forma resta 13 al número de días del ciclo más largo; así  $31 - 13 = 18$ .

Así pues el período fértil sería comprendido entre los días 8 al 18 del ciclo<sup>40</sup>.

La efectividad de este método anticonceptivo en la práctica se ha visto que es del 70%<sup>41</sup>. Esta depende de que las mujeres que lo utilicen sean regulares en cuanto a su ciclo menstrual se refiere.

### **Temperatura basal.**

En el período de ovulación la temperatura basal del cuerpo aumenta indicando así que ha ocurrido ésta en un ciclo dado. La mujer debe de tomarse la temperatura después de despertar cada mañana, a la misma hora, en boca, ano o vagina, no axilar por ser poco aproximativa, antes de levantarse o hacer algún movimiento brusco, apuntar en una tabla la temperatura diaria, permitiéndole así darse cuenta cuando hay un leve descenso en la temperatura y posteriormente esta aumentará más arriba de su nivel promedio, lo cual nos indica que se ha llevado a cabo la ovulación, por lo cual se debe evitar tener contacto sexual, coito, durante este período.

La base de este método es la oscilación que experimenta la temperatura basal a lo largo del ciclo y su relación para detectar la ovulación.

En 1868, Squire señaló las dos fases térmicas que tenían lugar a lo largo del ciclo, puntualizándolo correctamente Vandervelde en 1904.

En 1938, Palmer y colaboradores, estudian diversas gráficas de la temperatura basal, demostrando su valor para determinar la fecha de la ovulación. Estas fases térmicas en un mismo ciclo son debidas a la acción de la progesterona que eleva la temperatura de 2 a 4 °C durante la segunda fase del ciclo ovárico, fase postovulatoria o de cuerpo amarillo.

En 1947, en Francia, Ferin utiliza por primera vez el registro de la temperatura basal como método anticonceptivo.

<sup>40</sup> Dexeus, T. B. y colaboradores. Anticoncepción, pp. 19 - 20.

<sup>41</sup> Federación Internacional de Planificación Familiar. Guía de métodos anticonceptivos modernos.

La temperatura basal de un ciclo normal en fase menstrual y postmenstrual es una curva hipotérmica (inferior a 37 °C). En fase intermenstrual se produce el ascenso térmico con descenso previo o sin él. El ascenso térmico podrá ser rápido o lento. La ovulación se presenta inmediatamente antes o al mismo tiempo que se eleva el nivel de temperatura. Normalmente este ascenso se produce a las 48 horas de la ovulación. Si la hipertermia se mantiene más de 2 - 4 días implica la existencia de un cuerpo amarillo activo, es decir existe embarazo.

La curva de temperatura se realizará durante dos ciclos como mínimo. Si la curva es típica, la mujer podrá tomar la temperatura a partir del 8º - 10º día del ciclo y dejar de tomarla después del 3er. día de ascenso térmico<sup>42</sup>.

La efectividad de este método anticonceptivo es del 70% en la práctica, dependiendo ésta de que la mujer siga al pie de la letra las instrucciones para su uso<sup>43</sup>.

### **Moco cervical o Billings.**

Este método está basado en la sensación y apariencia del moco cervical, el cual es producido en el cuello del útero o cervix, al observarlo y sentirlo la mujer puede saber cuando es el periodo fértil y el periodo infértil de su ciclo. Los diferentes tipos mucosos impiden o facilitan el movimiento de los espermatozoides a través del sistema reproductor. Durante el periodo infértil el moco es pegajoso, espeso y forma una barrera para el paso de los espermatozoides. En el periodo fértil el moco es filamentososo, es decir, que si se le estira forma una especie de hilos o cuerdas delgadas, su apariencia es como de clara de huevo crudo y produce una sensación de humedad incompleta, lo que permite que los espermatozoides se movilicen con mayor facilidad. Para poder saber cual es la apariencia que tiene el moco, es necesario que la mujer introduzca sus dedos limpios hasta el cervix o lo más cercano a este que se pueda, para extraer el moco y al analizarlo poder identificar el periodo en el que se encuentra dentro del ciclo menstrual.

Este método de detección de la ovulación fue desarrollado por John y Lyn Billings, se basa en la observación de los cambios del moco cervical, dependiendo del nivel estrogénico, producido por el desarrollo folicular, el cuello uterino secreta un moco transparente, filante y lubricante que tiene las características de la clara de huevo crudo, propiedad que alcanza su máxima expresión preovulatoriamente.

Según Dexeus y colaboradores, se pueden definir cuatro fases cíclicas de la secreción vaginal influidas a su vez por la actividad cervical :

- 1).- Después de la menstruación hay un número variable de días sin secreción vaginal. Se denominan "días secos".
- 2).- Aparición de los primeros días de moco, aparición progresiva de secreción turbia, pegajosa de duración variable.

<sup>42</sup> Dexeus, T. B. y colaboradores. Anticoncepción, pp. 21 - 22.

<sup>43</sup> Federación Internacional de Planificación Familiar. Guía de métodos anticonceptivos modernos.

- 3).- Días de síntomas máximos, con moco claro, viscoso - clara de huevo- y cuantioso, que dura 1 - 2 días y es el aviso de la inmediata ovulación.
- 4).- Después de la ovulación, el moco se torna espeso, pegajoso, opaco y menos cuantioso. Su duración es variable y poco después no se observa ninguna pérdida vaginal.

Hipotéticamente, la ovulación tendrá lugar, entre las 9 horas antes y 48 horas después del momento de la máxima secreción vaginal. Este punto máximo guarda relación con el pico de aparición de la hormona luteinizante

Por lo tanto, todos los días que precedan al día de máxima secreción de moco, más 72 horas después serán los días fértiles de la mujer<sup>44</sup>.

Este método anticonceptivo tiene dentro de la práctica una efectividad del 70%<sup>45</sup>, dependiendo esta del uso adecuado del método, ya que la mujer debe conocer muy bien los cambios que se producen durante la ovulación

#### **Coito Interrumpido.**

Este método consiste en que durante el coito antes de que el hombre eyacule, retire el pene de la vagina y de los genitales externos de la mujer, evitando de esta manera que los espermatozoides entren al cuerpo de la mujer, anulando así la posibilidad de un embarazo.

En cuanto a efectividad se refiere se ha encontrado en la práctica que es del 70%<sup>46</sup> en este método anticonceptivo. Esta efectividad depende de la fuerza de voluntad para llevarlo a cabo, así como de la capacidad del varón para percibirse de la sensación que se produce cuando la eyaculación esta próxima.

Variante del coito interrumpido. Coitus obstructus o eyaculación retrógrada.

Este método se describió en un texto Ming de 1598 y consiste en presionar fuertemente en un punto situado entre el escroto y el ano cuando la eyaculación está próxima, inspirar aire fuertemente, rechinar los dientes y soltar el aire. Si esto se hace correctamente, el semen se depositaba retrógradamente en la vejiga urinaria<sup>47</sup>.

#### **Métodos anticonceptivos de barrera.**

En segundo lugar encontramos los métodos de barrera, los cuales van a impedir la unión del óvulo con el espermatozoide, por lo cual, dentro de esta clasificación

<sup>44</sup> Dexeis T. B. y colaboradores. Anticoncepción pp 24.

<sup>45</sup> Federación Internacional de Planificación Familiar. Guía de métodos anticonceptivos modernos.

<sup>46</sup> Federación Internacional de Planificación Familiar. Guía de métodos anticonceptivos modernos.

<sup>47</sup> Dexeis T. B. y colaboradores. Anticoncepción pp 17.

encontramos el preservativo o condón masculino, condón femenino, diafragma, cremas, jaleas, espumas y óvulos.

### **Preservativo o Condón masculino.**

Es una funda de hule látex que se coloca sobre el pene en estado de erección, para impedir así la entrada del semen a la vagina. El condón es cilíndrico con un anillo de hule en el extremo abierto. Se empacan listos para su uso, ya que vienen enrollados para que al estar el pene en estado de erección se coloque la punta del preservativo en el glande y se desenrolle el preservativo sobre el pene. Algunas veces vienen con una pequeña cantidad de lubricante para facilitar su empleo. De igual forma pueden tener un reserborio en la punta, para que el semen sea depositado en éste. Después de la eyaculación, debe tenerse cuidado para que el preservativo no se zafe del pene antes de retirarse de la vagina, debe sujetarse de la base del pene, mientras se retira de éste el condón, se utiliza solo una vez y se desecha. Actualmente en el mercado de consumo existen preservativos que contienen un espermaticida especial contra el virus del SIDA, este se llama nonoxynol-9, W. Masters, V. Johnson y R. Kolodny expresan que en un experimento reciente se ha confirmado que los preservativos de látex que contienen nonoxynol-9 bloquean de forma eficaz la transmisión del SIDA<sup>48</sup>

El preservativo usado como único método anticonceptivo tiene una efectividad de 85%<sup>49</sup> en la práctica, dependiendo esta de la buena revisión para su uso, la colocación, así como el retiro del mismo.

### **Condón femenino.**

Es una bolsa de poliuretano de 17.5 cm de largo por 7.0 cm de ancho, con uno de los extremos cerrado, parecido a un condón masculino pero más ancho y más largo, que se introduce en la vagina. Cuenta con dos anillos flexibles de poliuretano, el mayor de 7.5 cm de diámetro, se encuentra en la entrada del condón (es más delgado y más flexible), y al colocárselo sobresale en la región vulvar, con lo que se ofrece una mayor protección al evitar así el contacto directo de la vulva con el escroto y la base del pene; el más pequeño de los anillos mide 6.0 cm de diámetro (es más grueso), esta en el fondo de la bolsa, es decir en la parte cerrada y tiene movilidad, se introduce en la vagina, es de una sola medida y su función es favorecer la inserción en la vagina y el anclaje interno detrás del pubis. El condón femenino viene lubricado por ambas caras y su colocación no tiene que ser realizada por personal de salud ya que no es especial ni complicado, sino que es sencillo y puede hacerlo cualquier mujer.

La efectividad del condón femenino es entre el 85% y el 87%, en razón de que aunque ya es aprobado su uso en países europeos y en Estados Unidos, aún se encuentra en estudios de eficacia en nuestro país.

<sup>48</sup> Masters, W. H., Johnson, V. E. y Kolodny, R. Eros. Los mundos de la sexualidad, pp. 273

<sup>49</sup> Federación Internacional de Planificación Familiar. Guía de métodos anticonceptivos modernos.

## **Diafragma.**

Es una delgada cúpula de hule látex que se encuentra adherida a un anillo metálico flexible cubierto con el mismo hule. Se inserta por la vagina hasta el cuello del útero o cervix, para cubrir este e impedir el paso de los espermatozoides al canal cervical. Se recomienda que al rededor del anillo se coloque un espermaticida para mayor protección. Los diafragmas vienen en varios tamaños y deben de adaptarse de manera individual por el médico, quien debe de enseñar a la mujer a colocarlo para su uso.

El diafragma debe dejarse colocado durante al menos seis horas después del coito, se aconseja no dejar más de doce horas cada vez, con el fin de evitar el extremadamente bajo pero real síndrome de shock tóxico, enfermedad rara pero a veces fatal que está asociada con una proliferación excesiva de bacterias en la vagina y el cervix<sup>50</sup>.

La efectividad de diafragma como método anticonceptivo es de 75%<sup>51</sup> en la práctica, tomándose en cuenta la importancia de la colocación.

## **Espermaticidas.**

Los espermaticidas en general no importando el tipo de presentación que tengan: cremas, jaleas, espumas u óvulos, funcionan como anticonceptivos básicamente porque dañan la membrana celular del espermatozoide. El material inerte que contiene al espermaticida puede hacer una contribución menor a la eficacia anticonceptiva, al actuar como una barrera absorbente que impide el acceso de los espermatozoides supervivientes al área cervical. El principal ingrediente químico activo de la totalidad de los espermaticidas de Estados Unidos es el nonoxynol-9 o su pariente químico más cercano, el octoxynol-9.

## **Cremas.**

Las cremas vaginales se venden en tubos como de crema dental, y se asemejan a ésta en consistencia. El vehículo usado en la crema es generalmente jabón suave o una emulsión de aceite y agua, estas substancias se esparcen adhiriéndose muy bien a la membrana mucosa. La crema es colocada por un aplicador que es una pequeña jeringa de plástico transparente. La parte cilíndrica de la jeringa mide alrededor de ocho centímetros de largo, y para llenarse se coloca el extremo abierto sobre la salida del tubo haciendo presión, esto hace que la crema entre al cilindro, luego se inserta lo más adentro posible de la vagina y se oprime el pistón, posteriormente se retira la jeringa. Esto se debe realizar mínimo quince minutos antes de la penetración y se debe lavar seis horas después de esta, o según el fabricante, esto debe de hacerlo recostada sobre su espalda para que al disolverse no tienda a salirse al estar de pie.

Las cremas tienen una efectividad del 75%<sup>52</sup>, en cuanto a la práctica se refiere.

<sup>50</sup> Masters, W. H., Johnson, V. E. y Kolodny, R. Eros. Los mundos de la sexualidad, pp. 265

<sup>51</sup> Federación Internacional de Planificación Familiar. Guía de métodos anticonceptivos modernos

<sup>52</sup> Federación Internacional de Planificación Familiar. Guía de métodos anticonceptivos modernos.



### **Jaleas.**

Las jaleas son compuestos con una base de gelatina translúcida que vienen en tubos y su aplicación es muy parecida a la de las cremas. La capacidad de dispersión es rápida aunque no tanto como el de la espuma. La mujer debe introducirlo profundamente en la vagina 10 minutos antes de la relación sexual, o según el fabricante para que se disuelva, esto debe de hacerlo recostada sobre su espalda para que al disolverse no tienda a salirse al estar de pie.

La efectividad de este método anticonceptivo es del 75%<sup>53</sup> en la práctica, su efectividad puede aumentar si se usa junto con otro método, lo cual es muy recomendable.

### **Espumas.**

Las espumas vaginales en aerosol vienen en envases de varios tamaños como una solución espermaticida y butano (un hidrocarbónico orgánico inerte que actúa como gas en temperaturas normales). El aplicador es muy parecido al que se usa en los espermaticidas antes descritos y funciona de la misma forma. Las espumas en aerosol se expanden inmediatamente en la vagina, dando rápidamente su máxima protección. Esto debe de hacerlo recostada sobre su espalda para que al disolverse no tienda a salirse al estar de pie.

En cuanto a efectividad se refiere, las espumas tienen 75%<sup>54</sup>, dependiendo ésta del uso adecuado del método anticonceptivo.

### **Óvulos.**

Son productos químicos de consistencia sólida que se derriten rápidamente a la temperatura del cuerpo, al ser introducidos en la vagina. La mujer debe introducirlo profundamente en la vagina 10 minutos antes de la relación sexual, o según el fabricante para que se disuelva, esto debe de hacerlo recostada sobre su espalda para que al disolverse no tienda a salirse al estar de pie.

La efectividad de los óvulos como único método anticonceptivo es del 75%<sup>55</sup> en la práctica.

## **Métodos anticonceptivos químicos.**

Los métodos anticonceptivos químicos, son aquellos en los cuales se hace uso de hormonas similares a las que produce el cuerpo de la mujer, entre estos se encuentran las pastillas, inyecciones e implantes, además del dispositivo intrauterino.

---

<sup>53</sup> Federación Internacional de Planificación Familiar. Guía de métodos anticonceptivos modernos.

<sup>54</sup> Federación Internacional de Planificación Familiar. Guía de métodos anticonceptivos modernos.

<sup>55</sup> Federación Internacional de Planificación Familiar. Guía de métodos anticonceptivos modernos.

## **Pastilla Anticonceptiva o Píldora.**

Las píldoras anticonceptivas funcionan mediante diversos mecanismos sencillos. Las píldoras combinadas actúan sobre el hipotálamo y la glándula pituitaria para suprimir la descarga de hormonas, llamadas gonadotropinas, de mitad del ciclo que activan la ovulación. Además de bloquear la ovulación, el progestógeno de la píldora hace que el moco cervical se espese y dificulte la penetración de los espermatozoides, y también provoca cambios en el revestimiento del útero que impiden la implantación incluso en el caso de que algún óvulo fuese de alguna manera fertilizado. La minipíldora confía enteramente en estos efectos producidos por el progestógeno, ya que no contiene estrógeno<sup>56</sup>.

Impide el embarazo por el bloqueo de la producción cíclica de la hormona estimulante del folículo (FSH) y de la hormona luteinizante (LH), en la hipófisis lo que frena el proceso de la ovulación. Por otra parte el progestágeno inhibe la regeneración del revestimiento del útero, dificultando con ello la implantación del óvulo fecundado y además espesa el moco cervical con lo que disminuye la probabilidad de que el espermatozoide pueda alcanzar al óvulo. La píldora se toma a diario durante 21 días, desde el quinto día del ciclo menstrual. Otro tipo de píldoras contienen siete comprimidos inactivos, algunas veces es hierro, de diferente color por lo general, que se ingiere a diario para completar el ciclo, mientras que con el otro tipo la mujer debe de acordarse de reanudar el consumo al cabo de una semana.

La efectividad de las pastillas anticonceptivas es del 92%<sup>57</sup>, esta depende de la constancia en el uso, evitando el olvido.

## **Inyecciones.**

Son sustancias hormonales similares a las de las pastillas en forma de inyecciones que se aplican una vez al mes o cada dos o tres meses. Esta sustancia también debe de ser manejada e indicada por el médico.

La efectividad de este método anticonceptivo en la práctica es del 99%<sup>58</sup>, dependiendo este del uso constante.

## **Implantes.**

El norplant está constituido por seis cápsulas de silastic, de las cuales cada una contiene levonorgestel, el cual provoca anovulación en al rededor de 40% de los meses de uso, también modifica el moco cervical haciéndolo impenetrable para los espermatozoides, y como este es un método novedoso que actualmente todavía se encuentra en estudio, se cree que produce otras alteraciones en la fisiología reproductiva que explican el efecto anticonceptivo. Los implantes se colocan debajo de la piel del brazo o antebrazo por medio de una aguja gruesa (trocar), que se introduce

<sup>56</sup> Masters, V. H., Johnson, V. E. y Kolodny, R. Eros. Los mundos de la sexualidad. pp. 251

<sup>57</sup> Federación Internacional de Planificación Familiar. Guía de métodos anticonceptivos modernos.

<sup>58</sup> Federación Internacional de Planificación Familiar. Guía de métodos anticonceptivos modernos.

a través de una incisión de tres a cuatro milímetros con bisturí o directamente puncionando con la punta del trocar. Los seis implantes se colocan formando un abanico desde el mismo punto de entrada del trocar. La extracción se realiza a través de una incisión del mismo tamaño y en el mismo lugar que fue la colocación. Aunque los implantes de norplant colocados bajo la piel proporcionan anticoncepción durante cinco años es posible interrumpir su uso en cualquier momento.

La efectividad de los implantes es del 99.7%<sup>59</sup>

### **Dispositivo Intrauterino DIU.**

Es un pequeño aparato de plástico inerte, algunas veces con hilos de cobre, que son los más usados en la actualidad, se insertan en la cavidad del útero, impidiendo la fertilización y la implantación del óvulo fecundado en el útero. Esta acción espermicida se cree que es básicamente resultado de que los glóbulos blancos liberados dentro del útero envuelven o dañan al espermatozoide antes de que llegue al óvulo. Las reacciones químicas causadas por las enzimas en las trompas de falopio también crean un medio ambiente hostil para los espermatozoides. Además los DIU que contienen progesterona espesan el moco cervical, y de esta forma hacen que a los espermatozoides les resulte más difícil nadar hacia el óvulo, la progesterona afecta también al recubrimiento del útero, por lo que la implantación se hace improbable. Los DIU de cobre parecen actuar sobre el recubrimiento del útero para provocar cambios bioquímicos<sup>60</sup>, el cobre actúa también en el pH, formando un medio poco propicio para que sobrevivan los espermatozoides. La colocación del DIU se realiza por el médico, quien previamente mide el útero, esto se lleva a cabo durante la menstruación, ya que el cervix se encuentra dilatado, lo que permite la entrada del tubo con el que se inserta el dispositivo, y al mismo tiempo se estará seguro de que no hay embarazo en ese momento. Es importante que el médico haga revisiones periódicas cada seis meses o cada año para verificar que el DIU se encuentre en buen lugar, para que no se encarne o tenga algún otro problema.

El DIU tiene una efectividad del 95%<sup>61</sup> en cuanto a la práctica se refiere, dependiendo esta de la revisión periódica que lleve a cabo la mujer introduciendo sus dedos limpios para alcanzar a sentir los hilos que cuelgan del DIU. La revisión periódica también debe realizarla el médico.

### **Métodos anticonceptivos quirúrgicos.**

Los métodos anticonceptivos quirúrgicos son los llamados métodos irreversibles y se realizan por un cirujano, estos son la vasectomía y la salpingoclasia.

### **Vasectomía.**

<sup>59</sup> Federación Internacional de Planificación Familiar. Guía de métodos anticonceptivos modernos.

<sup>60</sup> Masters, W. H., Johnson, V. E. y Kolodny, R. Eros. Los mundos de la sexualidad, pp. 258

<sup>61</sup> Federación Internacional de Planificación Familiar. Guía de métodos anticonceptivos modernos.

Es el corte y amarre o ligadura de los conductos deferentes, que son el canal por el cual pasan los espermatozoides. El objetivo de la vasectomía es impedir que los espermatozoides que se producen en el testículo tengan salida al exterior, es decir hacia la uretra. Esta es una operación sencilla que se hace en el consultorio médico y tiene una duración aproximada de veinte minutos y no requiere hospitalización.

La vasectomía tiene una efectividad del 99.5%<sup>62</sup> en la práctica, dependiendo ésta de seguir las instrucciones postoperatorias.

### **Salpingoclasia.**

Es una operación donde a base de diferentes técnicas se realiza un corte y amarre o ligadura de las trompas de Falopio o tubas uterinas, evitando así el paso del óvulo que es expulsado del ovario hacia el útero, de igual forma se evita el paso de los espermatozoides por las trompas de Falopio. La salpingoclasia requiere de una pequeña incisión en el abdomen de la mujer para lograr cortar y/o ligar las trompas, esta operación requiere hospitalización.

La efectividad de la salpingoclasia en la práctica es del 99%<sup>63</sup>

<sup>62</sup> Federación Internacional de Planificación Familiar. Guía de métodos anticonceptivos modernos.

<sup>63</sup> Federación Internacional de Planificación Familiar. Guía de métodos anticonceptivos modernos.

## ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

### Datos históricos.

De todas las enfermedades de transmisión sexual existen 3 que se consideran más antiguas, porque a través de la historia se han encontrado y mencionado sus síntomas en libros muy antiguos como el de la Biblia. 3,000 a.C. Estas son la gonorrea, la sífilis y el chancro, sin embargo sus orígenes son oscuros, inclusive hasta el año de 1793 se considero que la gonorrea y la sífilis eran una misma enfermedad. De otras enfermedades de este tipo se tiene solo la información desde el momento en que fueron descubiertos los gérmenes que las producen, pero se cree que pudieron haber aparecido desde tiempos inmemoriales, inclusive se dice que las enfermedades de transmisión sexual aparecieron desde que el ser humano practica el acto sexual.

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

### Gonorrea.

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

Este nombre fue utilizado por vez primera por el celebre médico Galeno (cerca de 130 a 200 años d.C.) que mencionaba la secreción producida por esa infección como un escurrimiento involuntario. Ya antes había sido mencionada en los escritos de Platón, Aristóteles e Hipócrates y con anterioridad se menciona en el viejo testamento cuando Moisés hablo de su contagiosidad. Que dice "...Hablad a los hijos de Israel y decidles: cualquier hombre que padece flujo en su carne será inmundo, esta es la ley de su inmundicia en el flujo, ya sea por destilar su carne el flujo, ya sea por retenerlo, es inmundo. Quien tocare su lecho lavará sus vestidos, se bañará en agua y será impuro hasta la tarde. Quien se sentare sobre un objeto sobre el que se sentó el que padece flujo, lavará sus vestidos, se bañará en agua y será impuro hasta la tarde. Quien tocare la carne del enfermo, lavará sus vestidos, se bañará en agua y será impuro hasta la tarde. Si el enfermo escupe sobre un hombre puro, este lavará sus vestidos, se bañará en agua y será impuro hasta la tarde. El carro en que viaje el enfermo será impuro. Quien tocare algo que haya estado debajo del enfermo será impuro hasta la tarde. Y quien lo transportare lavará sus vestidos, se bañará en agua y será impuro hasta la tarde..."(Levíticos, 15)<sup>64</sup>.

En el siglo XVI, Paracelso (1493-1541) creía que la gonorrea era el síntoma inicial de la sífilis. Esa creencia persistió hasta 1831, cuando Philippe Ricord estableció de manera definitiva la distinción entre gonorrea y sífilis, además de haber dividido el proceso infeccioso de esta última en varias etapas<sup>65</sup>.

<sup>64</sup> Biblia. Levíticos 15.

<sup>65</sup> Masters, W. H., Johnson, V. E. y Kolodny, R. La sexualidad humana.

En 1879 Albert Neisser descubrió la bacteria causante de la gonorrea, a la que se le dio su nombre (neisseria gonorrhoeae).

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

### Sífilis.

Origen del término sífilis. El nombre de esta enfermedad deriva del nombre del poema pastoral de Fracastoro de Verona ilustre médico y humanista del siglo XVI denominado "syphilis sive de morbo Gálico" en donde se habla de un pastor llamado Syphilus que por haber ofendido a Apolo fue castigado por este con una gran dolencia (precisamente la sífilis) que le provocó ulceraciones, del nombre de este pastor, Sifilo, deriva la denominación de sífilis que recibe la enfermedad.

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

A partir de Italia, la grave pandemia sífilítica de 1495 se difunde en poco tiempo por toda Europa, y todos los pueblos del continente rivalizan en culpar a sus vecinos de la

difusión de la enfermedad. Así, mientras los italianos la denominaban morbo Gálico o céltico y mal francés (aún hoy día en el lenguaje popular de ciertas regiones de Italia, se denomina a los "sifilíticos" con la palabra "afrancesado"), los franceses denominaron a la sífilis "mal italiano" porque se difundió por toda Europa a partir de dicha nación.

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

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

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

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

En 1507, Américo Vespucio el gran navegante que dio el nombre al nuevo continente descubrió, afirmaba que las mujeres indígenas americanas eran tan libidinosas, que para avivar los deseos carnales del hombre europeo con los que mantenían relaciones, provocaban la picadura de un insecto en el miembro viril del hombre, que además de producir los efectos afrodisíacos deseados, corrompía los humores internos del europeo y le originaba la enfermedad. Esta teoría estaba de acuerdo con la teoría hipocrática imperante en la época que afirmaba que las diversas enfermedades eran la expresión clínica externa de las corrupciones y contaminaciones humorales internas.

Estas teorías que en la actualidad parecen ridículas no lo eran en aquel tiempo, cuando no se conocían esos seres extremadamente pequeños llamados microbios, visibles únicamente mediante el microscopio, se mantuvieron más o menos con crédito hasta que se empezó a creer en la existencia de microbios, y de la posibilidad de que el origen de la enfermedad se debiera a la transmisión de un determinado microbio del individuo enfermo al sano. Pero hasta el año de 1905, después de haberse descubierto muchos microbios entre los cuales cabe citar el de Koch en 1872, lo lograron el zoólogo Shaudinn y el médico sifilográfico Hoffman, ambos de la escuela médica vienesa, descubren el germen responsable de la sífilis que recibió el nombre de "spirocheta pallida", spiroqueta porque es largo, delgado y flexuoso como un hilillo retorcido sobre sí mismo con 6 - 12 curvas en espiral que no se deforman, se denomina pallida porque se ve poco coloreado a la observación microscópica. Posteriormente el germen recibió también el nombre más adecuado de "treponema pallidum", sus características son las siguientes: cuerpo alargado de unas 5 - 12 micras, es decir, milésimas de milímetro, de una anchura no superior a un tercio de micra, enrollado en 6 - 12 espirales indeformables dotado, cuando se examina en vivo de vivos movimientos de progresión, de lateralidad y de ondulación; puede observarse con el microscopio previa coloración y con el ultramicroscopio con la coloración en fresco; no se sabe si se multiplica por gemación, por división longitudinal o transversal o por reproducción sexual gamética; vive bien y se reproduce en determinados cultivos a temperatura de 37 grados y en ambiente privado de aire (el germen, por lo tanto, es anaerobio)<sup>66</sup>

### Herpes genital.

La palabra herpes del griego "arrastrarse" fue utilizada por Herodoto 100 años a.C., para describir las vesículas causadas por la fiebre. Las manifestaciones clínicas del herpes genital son conocidas desde el tiempo de Hipócrates, cuatro siglos antes de Cristo, sin embargo hasta principios de la década de los 60' se descubrió que es causada por un virus y que es capaz de producir lesiones muchas veces graves, en 1960 se comprueba que esa infección era transmitida por contactos sexuales y se demostró que las HSV podían dividirse mediante pruebas de neutralización, en 2 tipos antigenicos HSV I y HSV II y que existía una relación entre el tipo antigenico y el sitio de la obtención del virus.

Hoy en día se acepta la existencia de 2 tipos de virus del herpes I y II cada uno de ellos con características biológicas y epidemiológicas diferentes.

<sup>66</sup> Segatore, L. y Poli, G. Diccionario Médico pp. 1114 - 1117.



El tipo I ataca generalmente a las áreas no genitales, provocando lesiones en la boca y en los ojos, el tipo II ataca los órganos genitales y es transmitido hasta donde se ha podido demostrar, por medio del contacto sexual<sup>67</sup>

### **Síndrome de inmuno deficiencia adquirida (SIDA).**

Existe una enfermedad nueva y mortal que tiene preocupado al mundo entero porque se desconoce a ciencia cierta sus orígenes y sobre todo su tratamiento, hasta el momento todo intento por controlarla y combatirla ha resultado ineficaz, por lo que es y será la causante de muchas muertes a nivel mundial.

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

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

El aislamiento del VIH-1 ocurrió a mediados de los años 70, en el África central y en los Estados Unidos, a excepción del caso de un joven de 16 años que murió de SIDA en este último país en el año de 1969, y a principios de los 80's en América Latina.

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

Posiblemente el VIH paso de dicho continente a los Estados Unidos y a la región del Caribe transportado por alguno de los soldados pertenecientes a las tropas del ejército de las naciones unidas, cuando entraron a poner orden después de haber finalizado la segunda guerra mundial.

A continuación se hará una diferenciación entre bacterias, virus, hongos, protozoarios e insectos, así como la descripción de las enfermedades de transmisión sexual que son causadas por estos.

### **Bacterias.**

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

---

<sup>67</sup> Masters, W. H., Johnson, V. E. y Kolodny, R. La sexualidad humana

contaminadas o personas infectadas o ser infectado por la picadura de un mosquito o chinche, o entrar en la piel a través de un arañazo o una herida<sup>68</sup>.

En el lenguaje común y corriente se consideran "microbios" a todos los seres infinitamente pequeños que nos rodean y provocan enfermedades. De hecho el microbio es, propiamente hablando, una bacteria, un organismo muy pequeño, unicelular y sin núcleo, pero visible en un microscopio óptico.

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

Los microbios propiamente dichos o bacterias son organismos unicelulares de la familia vegetal, son los seres vivientes más pequeños dotados de procesos metabólicos, las bacterias más pequeñas apenas son visibles en un microscopio corriente<sup>69</sup>.

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

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

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

Los bacilos tienen forma de bastoncito, también hay bacterias en espiral (espirilos) en forma de coma (vibrios), la variedad de formas y grupos refleja una diversidad en la capacidad inofensiva o perjudicial<sup>70</sup>.

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

<sup>68</sup> Cooley, D. G. Guía Médica Familiar. Volumen I.

<sup>69</sup> Ratel, J., Richard, J. y Saglier, P. Diccionario de salud mental. pp. 289 - 290.

<sup>70</sup> Cooley, D. G. Guía médica familiar. Volumen I.

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

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

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

La lucha contra los microbios patógenos comprende medidas preventivas, especialmente la higiene y el aislamiento de los enfermos, medidas generales antisépticas y medidas particularmente apropiadas a la naturaleza del germen, como la prescripción de antibióticos para un tratamiento sintomático<sup>1</sup>.

## **Enfermedades de transmisión sexual de origen bacteriano.**

### **Gonorrea.**

#### Definición

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

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

---

<sup>1</sup> Retel, J., Richard, J. y Saglier, P. Diccionario de salud mental pp 289 - 290.

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

### Etiología.

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

### Formas de transmisión.

El único huésped natural de la neisseria gonorrhoeae es el ser humano.

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

### Manifestaciones y/o síntomas

La gama clínica de infección gonocócica depende del sitio de introducción voluntaria o accidental (inoculación), duración de la enfermedad, virulencia de la sepa infectante y presencia o ausencia de diseminación sistemática del microorganismo, todavía no se conoce bien cual sea la influencia que puede tener el volumen de inoculo (sustancia que se introduce), las variaciones de susceptibilidad del huésped y la infección simultánea con chlamydia trachomatis y otros microorganismos patógenos genitales.

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

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

En los homosexuales puede producir dolor anorectal, prurito o comezón, tenesmo (deseo continuo, doloroso e ineficaz de orinar o defecar) y una exudación

mucopurulenta y sanguinolenta, y si practican la felación con otros varones que sufren infección gonococica adquieren infección faríngea, este tipo de infección puede causar amigdalitis exudativa.

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

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

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

## **Sífilis.**

### Definición.

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

### Etiología.

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

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

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

### Formas de transmisión

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

### Manifestaciones y/o síntomas

Comúnmente la evolución de la sífilis se divide en 4 fases

**Sífilis primaria.** El chancro primario se inicia en forma de papula (elevación eruptiva pequeña, sólida y circunscrita de la piel) única indolora, que rápidamente sufre erosión y casi siempre se indura, presentando consistencia cartilaginosa característica por palpación de los bordes y la base de la úlcera.

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

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

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

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

**Sífilis latente.** En el periodo latente no hay síntomas y puede durar varios años. No obstante las pruebas serológicas de sangre serán positivas.

**Sífilis terciaria o tardía y neurosífilis.** La sífilis terciaria puede ocurrir desde los 5 años después del inicio de la infección no tratada. La morbilidad y mortalidad principal de la sífilis se origina con manifestaciones de enfermedad en piel, huesos, sistema nervioso central y viseras, particularmente el corazón y grandes vasos sanguíneos.

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

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

### **Chancroide o chancro blando.**

#### Definición.

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

#### Etiología.

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

La obtención del Haemophilus Ducrey de las úlceras confirma la causa microbiana del chancroide.

#### Formas de transmisión.

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

#### Manifestaciones y/o síntomas

El periodo de incubación es de 3 a 10 días después de los cuales aparece una pequeña pápulas que se úlceras en un plazo de 2 a 3 días, la úlcera clásica del chancroide es superficial y su tamaño varía desde algunos milímetros a varios centímetros de diámetro, sus bordes son rasgados y socavados, la base de la úlcera esta cubierta por un exudado necrótico, a diferencia de la sífilis la úlcera de chancroide en el varón es dolorosa y no indurada. Las áreas de localización más frecuente en el hombre es la superficie interna del prepucio, el orificio del prepucio y el frenillo del

hombre, los labios, la horquilla y la región perianal en la mujer. Son raras las úlceras extragenitales.

### **Granuloma inguinal.**

#### Definición.

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

#### Etiología.

La donovanosis fue descrita inicialmente en la india por Mc. Leod en el año de 1882, fue en 1905 cuando Donovan describió los corpúsculos (cuerpo o masas intracelulares pequeñas), que se consideran causa de la enfermedad. Es producida por las bacterias calymmato bacteriam granulomatis, mide 1.5 por 0.7 micras. Antigenicamente guardan relación con especies klebsiella, pero no reproducen la misma enfermedad cuando son inocuados por vía intradermica al ser humano. Todavía no se sabe si estas bacterias son causa de la enfermedad. Los estudios con microscopio electrónico confirman su semejanza morfológica con bacterias gram negativa.

#### Formas de transmisión.

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

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

#### Manifestaciones y/o síntomas.

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



En la mujer es más común en los labios. En ella muchas veces las lesiones se originan en la horquilla y progresan en dirección anterior en forma de v o a lo largo de la vulva.

Puede haber lesiones extragenitales que afecta cara, cuello, boca y otros sitios.

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

### **Infecciones por chlamydia.**

#### Definición.

El genero chlamydia contiene 2 especies, psittaci y trachomatis.

La primera esta distribuida en toda la naturaleza y produce infecciones genitales, conjuntivales, intestinales y respiratorias en muchos mamíferos y aves.

Chlamydia trachomatis es patógeno, exclusivo del ser humano y fue descubierto como causa de tracoma en la década de 1940. A partir de entonces es uno de los principales agentes infecciosos de transmisión sexual y perinatal.

#### Etiología

Las chlamydias son parásitos intracelulares obligados que originalmente se consideraban como virus grandes. Sin embargo, contienen DNA y RNA, tienen pared celular y ribosomas semejantes a los de las bacteria gram negativas, y su acción puede ser inhibida con antimicrobios como las tetraciclina. Por lo tanto las chlamydeas se clasifican como bacterias que pertenecen a su propio orden (chlamydiales) y genero (chlamydia).

#### Formas de transmisión

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

#### Manifestaciones v/o síntomas

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

La frecuencia de infecciones genitales por chlamydias trachomatis alcanza máximo entre los 16 y 25 años de edad

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

Las chlamydias trichomatis son la causa principal de las siguientes enfermedades:

- Epididimitis
  - Proctitis
  - Cervicitis mucopurulenta
  - Enfermedad inflamatoria pélvica
  - Síndrome uretral en mujeres
  - Síndrome de Reitter
- 
- La epididimitis en varones sexualmente activos presenta de secreción uretral acompañada de dolor escrotal unilateral y edema de hipersensibilidad.
  - La proctitis, inflamación del recto puede presentarse en homosexuales y hetrosexuales.
  - La cervicitis mucopurulenta (inflamación del cervix), este tipo se acompaña de secreción mucopurulenta amarillenta proveniente del epitelio cilíndrico endocervical.
  - La enfermedad inflamatoria pélvica es el resultado de la diseminación ascendente de un vaso o conducto de chlamydias trichomatis a partir de la parte inferior del aparato genital; inicialmente existe cervicitis mucopurulenta y más tarde hay inflamación del endometrio e inflamación de la trompa de Falopio, esto se demuestra por un examen endoscópico de la cavidad peritoneal.
  - El síndrome uretral en mujeres se presenta con dolor, emisiones anormales y pus en la orina
  - El síndrome de Reitter incluye conjuntivitis, uretritis, artritis y lesiones cutáneas características.
  - Las chlamydias trichomatis de cualquier inmunotipo genital de la d á la k o inmunotipo de linfogranuloma venéreo I2' causa proctitis en homosexuales y mujeres heterosexuales que practican el coito anal.
  - La infección durante el embarazo causa parto pretermino e inflamación del endometrio post - parto.
  - En el recién nacido, la conjuntivitis por chlamydia suele tener un periodo de incubación más prolongado que el de la conjuntivitis gonococcica (de 5 a 14 días, en comparación con uno a tres días).

## **Linfogranuloma venéreo.**

### Definición

El linfogranuloma venéreo (lgv) es una infección de transmisión sexual causada por chlamydias trachomatis de serovares 11, 12, ó 13 la mayor parte de los casos es producida por l2.

### Etiología

El linfogranuloma venéreo lo causa un organismo de la familia de las chlamydia, la trachomatis de serovares por lo regular serovares 12.

### Formas de transmisión

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

### Manifestaciones y/o síntomas

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

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

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

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

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

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

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

### **Enfermedades de transmisión sexual de origen viral.**

La palabra latina "virus" significa "líquido o veneno viscoso".

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

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

Cuando el virus encaja y se ha pegado a una célula susceptible, se producen acontecimientos que pueden calificarse de asombrosos. El virus practica un agujero a través de la pared de la célula y su ácido nucleico penetra en la célula y se apodera de su mecanismo químico, "robando" la energía de la célula y obligándola a fabricar proteína y ácido nucleico para la producción de progenie viral. Es posible que vivamos tranquilamente con muchos virus que no causan ningún daño aparente, pero si invaden suficientes virus malignos a las suficientes células vulnerables, enfermamos de diversos modos.

## **Verrugas vírales o condiloma acumulado**

### Definición

Las verrugas son tumores epiteliales causados por la infección de la piel o de las mucosas con virus de papiloma.

### Etiología

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

Epidemiología - La frecuencia de las verrugas venéreas o condilomas acumulados han aumentado notablemente en los últimos 10 a 15 años y constituyen una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes en los Estados Unidos.

### Formas de transmisión

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

### Manifestaciones y/o síntomas

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

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

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

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

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

### **Herpes simple.**

#### Definición

Al hablar de herpes nos estamos refiriendo a una familia, especialmente a una formada por dos: herpes simple I y herpes simple II.

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

El virus del herpes pertenece al grupo herpes virácea, que comprende al tipo I y al tipo II; varicela zoster (variola); herpes zoster; citomegalovirus, y el virus de Epstein Barr de la mononucleosis.

#### Etiología

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

### Formas de transmisión.

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

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

### Manifestaciones y/o síntomas.

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

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

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

La recurrencia de las infecciones por HSV se explica por el fenómeno de latencia del cual existen dos teorías que ayudan a explicar la recurrencia de las infecciones. La

"teoría estática" que postula que el virus inactivo, latente es "conectado" o "encendido" de alguna manera para iniciar alguna infección activa. Las partículas virales se transportan entonces hacia abajo de la raíz nerviosa hasta la piel, donde se multiplican y se originan una lesión. La teoría dinámica" sostiene que los mecanismos inmunitarios locales del huésped suprimen en forma continua la replicación viral, un proceso denominado autoreproducción hace que ocurran lesiones cuando algo suprime esta respuesta inmunitaria local no se sabe lo que en realidad desencadena las recurrencias del herpes genital. Sin embargo de los pacientes estudiados en quienes se han identificado factores precipitantes, casi todos citaron stress emocional; otros afirmaron que las recurrencias se relacionaban con la menstruación, exposición a la luz solar, fiebre o traumatismos locales, el coito como ejemplo de estos últimos.

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

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

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

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

### **Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (S.I.D.A.)**

#### Definición

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

Se ha atribuido como posible factor etiológico el síndrome de inmunodeficiencia adquirida al virus asociado con la linfadenopatía, virus linfotrópico tipo III.

El virus ataca principalmente un tipo de glóbulos blancos, los linfocitos T. Los glóbulos blancos son células que existen en la sangre y están encargadas de la defensa de



nuestro organismo contra diferentes agentes causales de infección como son bacterias, hongos, etc. Estos linfocitos T al ser atacados por el virus del S.I.D.A., mueren rápidamente sin defensas, siendo por ello presa fácil de los microorganismos que existen en el medio ambiente, por lo cual existe una deficiencia de la inmunidad que le da el nombre al virus causal.

Existen grupos humanos con factores de riesgo para contraer el S.I.D.A.: los homosexuales y los bisexuales promiscuos, los drogadictos que utilizan la vía intravenosa, los hemofílicos, pacientes transfundidos, personas que tienen relaciones heterosexuales con pacientes que padecen S I D A , hijos de padres drogadictos que utilizan la vía intravenosa, hijos de padres con S I D A .

### Etiología.

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

En México el 1er. caso de SIDA se diagnosticó en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubiran" en 1983.

### Formas de transmisión.

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

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

Coito rectal. Implica mayor riesgo de transmisión, debido al epitelio rectal que es el tejido que tapiza la porción final del intestino grueso, y esta constituido por una sola capa de células de forma cilíndrica; la irrigación sanguínea es muy rica en esta región y

además esta rodeada de tejido linfóide (tejido rico en células del sistema inmunológico). Durante el coito rectal este epitelio sufre con frecuencia laceraciones, permitiendo el contacto del contenido en el semen allí depositado, con el torrente circulatorio y con las células que poseen el receptor CD4. Por otro lado, el penetrador puede tener lesiones en el pene (aunque estas sean imperceptibles), que al ponerse en contacto con la sangre proveniente de las lesiones rectales del compañero(a) permiten la entrada del virus a la circulación sanguínea

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

Coito vaginal. Esta práctica es poco menos efectiva en la transmisión del S.I.D.A.. La naturaleza del epitelio vaginal está constituida por varias capas de células de forma aplanada, lo cual hace mucho más resistente a la fricción mecánica a que se somete durante el coito, pero el riesgo de contagio aumenta durante el período menstrual 1) por los cambios hormonales, 2) por la mayor accesibilidad al torrente circulatorio, y 3) por la presencia de sangre que es uno de los fluidos corporales con mayor número de partículas virales

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

Sexo oral. La participación de la boca en las relaciones sexuales implica contacto con la mucosa oral con el pene o con mucosas rectal o vaginal e intercambio de saliva y de las secreciones de estas mucosas (fellatio, cunilingus y anilingus), la forma en que esto ocurriría sería al ponerse en contacto la mucosa oral, que sufre con frecuencia lesiones imperceptibles para quien las padece, con semen o secreciones vaginales que contengan el virus, permitiendo la entrada al torrente circulatorio.

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

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

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

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

Recepción de sangre y sus productos, utilización de agujas y jeringas inadecuadamente esterilizadas como en casos de drogadicción intravenosa, automedicación, escarificación y punción ocupacional.

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

- Transmisión transplacentaria
- Durante el parto, al existir contacto de la sangre materna con el niño, además el virus ha sido aislado de las secreciones cervicales y vaginales, por lo que se plantea la posibilidad de que la transmisión ocurra durante el parto.
- Transmisión post - parto, por medio de la leche materna pero el riesgo es muy bajo comparado a los anteriores.

#### Manifestaciones y/o síntomas

Una vez que el individuo se ha expuesto al contagio del virus de inmunodeficiencia humana, este entra en sus células, se multiplica dentro de ellas y las destruye, es decir, se infecta, lo cual provoca la enfermedad conocida como S.I.D.A. y puede ser adquirida por transmisión sanguínea, transmisión perinatal y transmisión sexual.

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

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

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

Signo y síntomas que permiten sospechar el diagnostico de S.I.D.A.:

- Fiebre persistente.
- Pérdida inexplicable de peso.
- Fatiga intensa.
- Crecimiento de ganglios linfáticos.

- Tos seca de varias semanas de aparición.
- Alteraciones diversas en la piel, destacando manchas violáceas (sarcoma de Kaposi).
- Presencia de manchas blancas en la cavidad oral.
- Diarrea profusa y de larga evolución.
- Letargo, depresión y demencia.

### **Enfermedades de transmisión sexual producidas por protozoarios.**

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

#### **Trichomonas vaginalis.**

##### Definición.

Trichomonas vaginalis. Es un microorganismo protozoario. De este grupo, es el único que habita las vías urogenitales del ser humano. Al contrario de las infecciones por gardnerella y candida, que pueden adquirirse sin contacto sexual, si bien, a menudo se transmiten por esta vía, la vaginitis por tricomonas es la única que puede describirse como enfermedad de transmisión sexual.

No es comensal normal, ni microorganismo oportunista. Su presencia significa que ha ocurrido infección.

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

##### Etiología.

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

### Formas de transmisión

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

### Manifestaciones y/o síntomas

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

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

## **Enfermedades de transmisión sexual transmitidas por hongos.**

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

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

### **Candidiasis (moniliasis).**

#### Definición.

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

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

## Etiología

La candidiasis es producida por un hongo llamado candida albicans que contribuye a la mayor parte de infecciones clínicas vaginales por levaduras. Quizá origina 60 a 80% de los casos de vaginitis.

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

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

## Formas de transmisión

La candida se transmite por contacto sexual al penetrar en la vagina de la mujer a través del pene de su compañero previamente infectado, también puede ocurrir lo contrario, y entonces el hombre empezara a notar picores después de realizar el acto sexual con una persona infectada. La candida albicans puede transmitirse también al recién nacido y su manifestación frecuente es el algodoncillo (candidiasis bucal).

## Manifestaciones y/o síntomas

La vulvovaginitis es la manifestación clínica más frecuentes de la infección por candida y suele ser aguda. También puede hacerse crónica y recurrir con frecuencia, los síntomas y signos pueden incluir:

Comezón vulvar, enrojecimiento vulvar, vaginal y del cuello uterino; secreción vaginal que varía desde escasa a material espeso, blanco, parecido a coágulos; posible dolor externo a la micción conforme la orina pasa por los genitales externos inflamados; dolor al coito, infección más intensa justo antes de la menstruación, conforme se establece el flujo menstrual, los síntomas disminuyen.

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

## **Enfermedades de transmisión sexual producidas por insectos o ectoparasitos.**

Existen dos infestaciones por ectoparasitos que dependen del hombre huésped para su sostenimiento, al contrario de los endoparasitos que viven dentro del cuerpo del huésped, estos infestan el exterior del cuerpo humano, esto son la sarna y la pediculosis.

La sarna se observó por vez primera en 1834, el descubrimiento fue un avance dermatológico sensacional, puesto que en ese momento contribuía hasta un 60% de las enfermedades cutáneas, esta es una infestación de la piel por *Sarcoptes scabiei*, los hábitos de excavación de este parásito originan típicamente un exantema con comezón que sigue a una distribución o patrón característico. Los hábitos excavadores de la hembra evitan que sea observada. Conforme penetra bajo la piel, deposita huevos extendiendo su túnel unos dos mm al día, la larva madura para cópular, y para continuar el ciclo sale del túnel a la superficie. La otra infestación por ectoparasitos es la pediculosis del pubis que se expone a continuación.

### **Pediculosis del pubis (piojos)**

#### Definición.

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

- Pediculosis humanis variedad capitis, infesta la cabeza.
- Pediculosis humanis variedad corporis, infesta el cuerpo y ropas.
- Pediculosis humanis variedad phthirus pubis, infesta los genitales y en ocasiones otras regiones peludas del cuerpo, es conocida también como ladilla.

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

#### Etiología.

La pediculosis del pubis se origina por *phthirus pubis* que es un parásito que tiene seis patas, cuatro de las cuales terminan en tenazas parecidas a las de los cangrejos que producen comezón persistente y después lesiones nodulares elevadas, las infecciones

pueden complicarse por el rascado y es posible que origine infecciones bacterianas secundarias que requieran pronta atención médica.

#### Formas de transmisión.

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

#### Manifestaciones y/o síntomas.

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



## METODOLOGÍA.

### Planteamiento del problema.

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

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

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

### Hipótesis.

H1. El adolescente del C.C.H. plantel Sur, tiene conocimientos sobre métodos anticonceptivos, en cuanto a uso y efectividad.

H0. El adolescente del C.C.H. plantel Sur, no tiene conocimientos sobre métodos anticonceptivos, en cuanto a uso y efectividad.

H1. El adolescente del C.C.H. plantel Sur, tiene conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual, en cuanto a síntomas y formas de transmisión.

H0. El adolescente del C.C.H. plantel Sur, no tiene conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual, en cuanto a síntomas y formas de transmisión.

H1. Existen diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos de métodos anticonceptivos, en cuanto a uso y efectividad, entre jóvenes de sexo femenino y masculino del C C H. plantel Sur.

H0. No existen diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos de métodos anticonceptivos, en cuanto a uso y efectividad, entre jóvenes de sexo femenino y masculino del C C H. plantel Sur.

H1. Existen diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos de enfermedades de transmisión sexual, en cuanto a síntomas y formas de transmisión, entre jóvenes de sexo femenino y masculino del C C H. plantel Sur.

H0. No existen diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos de enfermedades de transmisión sexual, en cuanto a síntomas y formas de transmisión, entre jóvenes de sexo femenino y masculino del C C H. plantel Sur.

#### Variables.

Variable Independiente

Sexo

Variable Dependiente.

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

**Definición Conceptual de Sexo.** Se entendió por sexo, el conjunto de características anatómicas y fisiológicas, que en la especie humana, diferencian a la mujer del varón y que al complementarse, tienen en si la potencialidad de la reproducción<sup>72</sup>.

**Definición Conceptual de Conocimiento de Métodos Anticonceptivos y Conocimiento de Enfermedades de Transmisión Sexual**

Grado de conocimiento que tienen los adolescentes, en cuanto a uso y efectividad de los recursos, y procedimientos que se utilizan con el fin de evitar la unión del óvulo o gameto femenino con el espermatozoide o gameto masculino, permitiendo la cópula entre la pareja y evitando el embarazo. Entendiéndose por uso la forma de saber utilizar el(los) método(s) anticonceptivo(s), y por efectividad el grado de eficiencia que se logra al utilizar(se) el(los) método(s).

Grado de conocimiento que tienen los adolescentes, en cuanto a síntomas y formas de transmisión de enfermedades que se contraen a través del contacto sexual. Entendiéndose por síntomas el saber identificar toda(s) señal(es) o manifestación(es) de una enfermedad de transmisión sexual, y por formas de transmisión el saber la(s)

<sup>72</sup> Consejo Nacional de Población. La educación de la sexualidad humana.

manera(s) o forma(s) en que puede ser contraída o transmitida una enfermedad de transmisión sexual.

**Definición Operacional de Sexo** Clasificación de los adolescentes en femenino y masculino.

**Definición Operacional de Conocimiento de Métodos Anticonceptivos y Conocimiento de Enfermedades de Transmisión Sexual**

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

Respuesta correcta sobre síntomas y formas de transmisión de enfermedades de transmisión sexual, en el cuestionario. Entendiéndose por síntomas el saber identificar toda(s) señal(es) o manifestación(es) de una enfermedad de transmisión sexual, y por formas de transmisión el saber la(s) manera(s) en que puede ser contraída o transmitida una enfermedad de transmisión sexual.

**Observación :**

Existen otras variables de tipo socio - económico que no se manipulan en el presente trabajo.

### **Indicadores de conocimiento.**

**Métodos Anticonceptivos:**

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

**Enfermedades de Transmisión Sexual:**

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

### **Sujetos.**

Para la realización de esta investigación se contó con ciento cincuenta jóvenes solteros, que no vivían o que no hubieran vivido en pareja, setenta y cinco de sexo femenino y setenta y cinco de sexo masculino, que asistían al Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Sur, y que fluctúan entre los quince y dieciocho años de edad.

### **Selección y tipo de muestra.**

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

### **Escenario.**

Se realizó dentro del Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Sur, en los salones que se encontraban disponibles, biblioteca, jardines y espacios abiertos, pero siempre dentro de la escuela.

### **Criterios de selección, exclusión y eliminación.**

#### **Criterio de Selección.**

- a) Jóvenes de sexo femenino y masculino que fluctuaban entre quince a dieciocho años.
- b) Que estuvieran debidamente inscritos en el C.C.H. plantel Sur.
- c) Que estuvieran dispuestos a colaborar por su propia voluntad en la investigación.
- d) Que no estuvieran casados y que no vivieran en pareja.

#### **Criterios de Exclusión.**

- a) Se excluyeron aquellos jóvenes que no entraron en el rango de edad establecido.
- b) Los jóvenes que no estuvieran debidamente inscritos en el C.C.H. plantel Sur.
- c) Aquellos jóvenes que aunque reunieran los requisitos, se encontraran viviendo en pareja.

### Criterios de Eliminación.

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

### Tipo de estudio.

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

### Diseño.

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

	<u>VARIABLE INDEPENDIENTE</u>	<u>VARIABLE DEPENDIENTE</u>
<u>SEXO</u>	Femenino (Grupo 1) Masculino (Grupo 2)	Conocimientos de Métodos Anticonceptivos y Enfermedades de Transmisión Sexual.

### Instrumento.

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

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

- |                              |                                     |
|------------------------------|-------------------------------------|
| 1.- NORTPLANT                | 9.- ESPUMAS                         |
| 2.- CONDON                   | 10.- CREMAS                         |
| 3.- RITMO                    | 11.- OVULOS VAGINALES               |
| 4.- TEMPERATURA CORPORAL     | 12.- INYECCIONES                    |
| 5.- MOCO CERVICAL O BILLINGS | 13.- PASTILLAS                      |
| 6.- COITO INTERRUMPIDO       | 14 - DIU (Dispositivo IntraUterino) |
| 7.- DIAFRAGMA                | 15 - VASECTOMIA                     |
| 8.- JALEAS                   | 16.- LIGADURA DE TROMPAS            |

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

- |                            |   |
|----------------------------|---|
| 1.- SIFILIS                | 7.- TRICOMONIASIS                                   |
| 2.- GONORREA               | 8.- LADILLA Y SARNA                                 |
| 3.- HERPES GENITAL         | 9 - SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida) |
| 4.- CHANCRO BLANDO         | 10.- CHLAMYDIA                                      |
| 5.- GRANULOMA INGUINAL     | 11.- CANDIDIASIS O MONILIA                          |
| 6.- LINFOGRANULOMA VENEREO |   |

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

Cada reactivo tenía una respuesta verdadera, dos respuestas falsas y una de no sé.

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

#### **Procedimiento.**

Se aplico el cuestionario de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual, a dos grupos de estudiantes, uno del sexo femenino y otro del sexo masculino del C. C. H. plantel Sur.

Para ello, se acudió al Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Sur, donde se localizo a los estudiantes, y se les pidió que contesten un cuestionario, diciéndoles:

"Estamos haciendo una investigación acerca de los conocimientos que tienen los adolescentes del C.C.H. plantel Sur, sobre dos temas de sexualidad, como son métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual, para esto, deseamos que lea y conteste un cuestionario". "Gracias de antemano por tu colaboración".

#### Instrucciones del Cuestionario

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

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

Ejemplo:

Los órganos genitales masculinos externos son

- a( ) Próstata y Uretra.
  - b( ) Pene y Escroto.
  - c( ) Próstata y Epidídimo.
  - d( ) No sé
- Ver Apéndice

#### Análisis de resultados.

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

- a) Descriptivo. Este análisis proporciono las variables en cuanto a características, frecuencia, gráficas, porcentajes, medias, etc.
- b) Inferencial. Este análisis nos dio las diferencias de conocimientos en los dos grupos, femenino y masculino, por medio de la prueba T, y se utilizó la correlación de Pearson para ver hasta que punto están correlacionadas, es decir, hasta que punto una variación en una corresponde con una variación en otra.

#### Análisis estadístico.

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

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

Prueba T.

Frecuencias.

Medidas de Tendencia Central.

Dispersión.

Gráficas.

Correlación de Pearson.



## RESULTADOS.

Los resultados encontrados en el presente trabajo se obtuvieron a través del paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales (SPSS), (Nie, Hull, Steinbrenner, 1980.) versión No. 4. Los mismos serán presentados en dos partes, descriptivo e inferencial constando cada uno de ellos con los siguientes puntos.

### A) Descriptivo.

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

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

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

### Inferencial.

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

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

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

### A) Descriptivo.

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

TABLA 1 DISTRIBUCIÓN POR SEXO

SEXO	FRECUENCIA	%
FEMENINO	75	50
MASCULINO	75	50

En lo referente a la escolaridad, se manejaron sujetos de tercer y quinto semestre; en general fueron 38.0% (57) adolescentes de tercer semestre y 62.0% (93) del quinto. En cuanto a los hombres se trabajó el 42.6% (32) de tercer semestre y 57.3% (43) de quinto; en las mujeres el 34.7% (26) fueron de tercer semestre y el 65.3% (49) de quinto. Como se puede observar la gran mayoría de los sujetos fueron de quinto semestre, tanto en lo general como en las muestras de hombres y mujeres (ver tabla 2).

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

SEMESTRE	GENERAL		HOMBRES		MUJERES	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
3	57	38.0	32	42.6	26	34.7
5	93	62.0	43	57.3	49	65.3

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

TABLA 3. EDAD POR GENERO.

EDAD AÑOS	GENERAL		HOMBRES		MUJERES	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
16	21	14.0	10	13.3	11	14.7
17	96	64.0	48	64.0	48	64.0
18	33	22.0	17	22.7	16	21.3

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

#### Uso.

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

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

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

En lo que se refiere a las mujeres encontramos que el porcentaje de respuestas correctas en el ritmo es de 63.3%, comparado con el de hombres este es más alto, quedando los dos en un promedio medio; la temperatura corporal es de 28.4%, la cual es parecida al de los hombres y quedando en un promedio bajo de conocimientos; el moco cervical o Billings es de 26.7%, el cual es parecido al de hombres e igualmente bajo en promedio; el preservativo tiene un promedio un poco más bajo al de los hombres, ya que es de 71.7%, sin embargo estos porcentajes caen dentro del promedio alto en cuanto a conocimientos se refiere; el porcentaje del dispositivo intrauterino es de 65.8%, siendo este más alto en comparación al obtenido en los hombres; el diafragma tiene un porcentaje de 27.2%, este es muy similar al de los hombres; el coito interrumpido tiene el 59.3% de respuestas correctas, siendo estas sensiblemente más bajo que el porcentaje en los hombres; el porcentaje del óvulo es

## ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

del 53.3%, el cual es un poco más alto que en los hombres; la espuma tiene un porcentaje muy bajo, aún más que el de hombres ya que es de 16.9%; las cremas tienen el 39.3% de respuestas correctas, el cual es más bajo que en los hombres; las jaleas tienen el 41.3%, siendo este porcentaje exactamente igual en los dos grupos comparados; las pastillas tienen el 80.4% de respuestas correctas, lo cual es mucho más alto que el de los hombres; las inyecciones tienen el 25.8%, siendo este muy similar al de los hombres en cuanto a respuestas correctas se refiere; el norplant tiene el 4.7%, siendo un poco más bajo al del hombre y siguiendo el patrón que en los datos generales se presenta, finalmente la vasectomía fue el único método quirúrgico que se evaluó en este rubro, el cual tiene un porcentaje de 85.3%, el cual es sensiblemente más alto que en el de hombres (Ver tabla 4)

### Efectividad.

En las preguntas referentes a ritmo dentro de este rubro encontramos un 22.0% de respuestas correctas; la temperatura basal tiene un porcentaje del 14.0%; el moco cervical o Billings cuenta con el 18.3% de respuestas correctas; el preservativo tiene un porcentaje mucho más alto en relación a los anteriores, siendo este de 39.0%; el dispositivo intrauterino cuenta con el 36.5% de respuestas correctas; el diafragma tiene un porcentaje de 32.0%; el coito interrumpido tiene 34.7% de respuestas correctas; los óvulos vaginales cuentan con un porcentaje de 46.3% de respuestas correctas; las espumas tienen el 30.0%; las cremas el 26.7%; las jaleas el 34.7%; las pastillas tienen un porcentaje mucho más alto que los anteriores, ya que es de 62.0%; las inyecciones tienen el 23.0% de respuestas correctas; el norplant tiene un porcentaje de respuestas correctas mucho más bajo a los anteriores, ya que es de 7.7%; a diferencia del anterior la vasectomía tiene un porcentaje alto, de 52.9% y finalmente la salpingoclasia tiene un 18.0% de respuestas correctas.

En lo referente al sexo encontramos en los hombres los siguientes resultados. En cuanto al ritmo se refiere tienen el 26.7% de respuestas correctas; en la temperatura corporal cuentan con el 14.0% de respuestas correctas; el moco cervical o Billings tiene 18.0%; el preservativo o condón tiene un porcentaje mucho más alto de 42.7%; el dispositivo intrauterino cuenta con el 32.0%; el diafragma tiene el 33.3% de respuestas correctas; el coito interrumpido es de 36.0% en cuanto a respuestas correctas se refiere; los óvulos vaginales tienen un porcentaje de 40.7%; las espumas tienen 28.4%; las cremas 28.0%; las jaleas 34.0%; las pastillas tienen un porcentaje más alto, de 57.3%; las inyecciones cuentan con el 22.7% de respuestas correctas; el norplant tiene 11.3%; la vasectomía tiene un porcentaje de 51.6% y la salpingoclasia tiene 17.3% de respuestas correctas.

En los resultados de las mujeres encontramos que en cuanto al ritmo tiene 17.3%, siendo este más bajo que en los hombres; en la temperatura corporal tiene el mismo porcentaje que en los hombres, el cual es de 14.0%; el moco cervical o Billings tiene 18.7% de respuestas correctas, siendo este porcentaje muy parecido al de los hombres; el preservativo o condón tiene 35.3%, lo cual es más bajo que la cantidad de respuestas correctas, aunque los dos resultados caen dentro de un promedio de conocimientos medios; el dispositivo intrauterino tiene 41.0% de respuestas correctas,

siendo este resultado sensiblemente más alto que el de los hombres; en cuanto al diafragma se refiere, este porcentaje es muy parecido al del grupo de hombres ya que este es de 30.7%, el coito interrumpido tiene 33.3%. este resultado es parecido al del grupo de hombres; los ovulos vaginales tienen un porcentaje sensiblemente más alto al del grupo de hombres, ya que es de 52.0%, las espumas tienen 31.6%. lo cual es similar al resultado de los hombres; igualmente el porcentaje de las cremas es similar al de hombres, es de 25.3%; las jaleas tienen porcentaje muy similar en los dos grupos, en el de mujeres es de 35.3%; igual que en lo general, encontramos que entre grupos sigue siendo de los más altos el porcentaje de las pastillas, el cual es de 66.7%; las inyecciones tienen porcentajes similares entre los grupos, en las mujeres es de 23.3%; el porcentaje de norplant es más bajo que el de hombres, ya que es de 4.0%; la vasectomía al igual que en lo general y el grupo de hombres es alta en las mujeres, es de 54.2%, y finalmente la salpingoclasia tiene un porcentaje muy similar al de los hombres, ya que es de 18.7% (Ver tabla 5)

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

#### Formas de transmisión.

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

#### Síntomas.

En lo que respecta a los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual encontramos que la única enfermedad con un alto porcentaje de respuestas correctas es el SIDA, en general tiene 74.0%, en los hombres tiene 69.3% y en las mujeres este dato es sensiblemente más alto que en los varones, ya que es de 78.7%. Todas las demás enfermedades tienen porcentajes por debajo del promedio bajo, es decir, por debajo del 40.0% de respuestas correctas, siendo el más bajo la tricomoniasis con 10.4% en lo general, en el grupo de hombres es de 10.2% y en el de mujeres es muy similar, de 10.7%. (Ver tabla 7)

TABLA 4. CONOCIMIENTOS DEL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (PORCENTAJES)

Método anticonceptivo	Reactivo	Central			Hombres			Mujeres					
		Correcto	y	Incorrecto	Correcto	x	Incorrecto	Correcto	z	Incorrecto			
Ritmo	45	58.0%	57.0%	47.0%	43.0%	52.0%	50.7%	46.0%	49.3%	64.0%	63.3%	36.0%	36.7%
Temperatura corporal	53	56.0%	24.7%	73.3%	75.8%	18.7%	20.0%	81.3%	80.0%	34.7%	28.4%	65.3%	71.6%
	56	27.0%		78.0%		18.7%		81.3%		25.3%		74.7%	
	58	24.0%		76.0%		22.7%		77.3%		25.3%		74.7%	
Moco cervical/bidings	46	26.7%	24.3%	73.3%	75.7%	25.3%	22.0%	74.7%	76.0%	28.0%	26.7%	72.0%	73.3%
	47	22.0%		78.0%		18.7%		81.3%		25.3%		74.7%	
Preservativo condón	4	84.0%	75.6%	16.0%	24.2%	93.3%	89.0%	6.7%	20.0%	74.7%	71.7%	25.3%	28.3%
	60	47.3%		52.7%		53.3%		46.7%		41.3%		58.7%	
	61	96.0%		4.0%		93.3%		6.7%		98.7%		1.3%	
	62	76.0%		24.0%		89.0%		29.0%		72.0%		28.0%	
Dispositivo intrauterino	7	46.7%	58.0%	51.3%	42.0%	48.0%	50.7%	52.9%	49.8	49.3%	65.8%	50.7%	34.2%
	74	81.3%		18.7%		74.7%		25.3%		88.0%		12.0%	
	10	44.0%		56.0%		28.9%		72.0%		60.0%		40.0%	
Diáfragma	74	42.7%	29.1%	57.3%	72.9%	46.7%	39.0%	53.3%	69.1%	38.7%	27.2%	61.3%	72.6%
	75	34.7%		65.3%		36.7%		63.3%		30.7%		69.3%	
	76	5.3%		94.7%		6.7%		93.3%		4.6%		95.4%	
	80	23.7%		79.3%		21.3%		78.7%		29.0%		71.0%	
	83	42.0%		58.0%		41.3%		58.7%		42.7%		57.3%	
Codo interrumpido	42	67.3%	63.7%	32.7%	36.3%	74.7%	68.0%	25.3%	32.0%	60.0%	59.3%	40.0%	47.7%
	43	63.0%		40.0%		61.2%		38.7%		58.7%		41.3%	
Ovulos vaginales	2	74.0%	51.0%	26.0%	49.0%	72.0%	49.7%	28.0%	51.3%	76.0%	53.3%	24.0%	46.7%
	67	28.0%		72.0%		25.3%		74.7%		30.7%		69.3%	
Espumas	63	20.7%	20.4%	79.3%	79.1%	24.0%	24.0%	76.0%	76.0%	17.3%	16.9%	82.7%	83.1%
	64	13.3%		86.7%		16.6%		84.0%		10.7%		89.3%	
	65	27.3%		72.7%		32.0%		68.0%		22.7%		77.3%	
Gemas	41	61.3%	42.7%	38.7%	57.3%	65.3%	46.0%	31.7%	54.0%	57.3%	39.3%	42.7%	60.7%
	113	24.0%		76.0%		26.7%		73.3%		21.3%		78.7%	
	4	41.3%		58.7%		43.3%		56.7%		47.3%		52.7%	
Jornas	5	94.7%	74.7%	5.3%	25.6%	93.3%	66.0%	6.7%	32.0%	96.0%	80.4%	4.0%	19.6%
Pastillas	31	39.3%		60.7%		28.3%		71.7%		36.0%		64.0%	
	36	88.7%		11.3%		81.3%		18.7%		96.0%		4.0%	
	49	22.0%	26.0%	78.0%	74.0%	22.7%	26.2%	77.3%	73.8	21.3%	25.8%	74.2%	74.2%
Inyecciones	52	19.3%		80.7%		16.0%		84.0%		22.7%		77.3%	
	85	36.7%		63.3%		49.0%		60.0%		33.3%		66.7%	
Implant	78	5.3%	5.5%	94.7%	94.5%	9.3%	6.3%	90.7%	93.7%	1.3%	4.7%	98.7%	95.3%
	79	6.7%		93.3%		5.3%		94.7%		8.0%		92.0%	
	80	4.7%		95.3%		5.3%		94.7%		4.0%		96.0%	
	81	5.3%		94.7%		5.3%		94.7%		5.3%		94.7%	
Vasectomía	57	76.0%		24.0%		70.7%		29.3%		85.3%		14.7%	
Salpingoclasia													

TABLA 4A. CONOCIMIENTOS DEL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS (RESPUESTAS)

Metodo anticonceptivo	Reactivo	General		Hombres		Mujeres	
		Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto
Ritmo	45	87	63	39	36	46	27
	53	84	66	37	38	47	28
Temperatura corporal	48	40	110	14	61	26	49
	56	33	117	14	61	19	56
Moco cervical o Billings	58	36	114	17	58	19	56
	46	40	110	19	56	21	54
Preservativo o condon	47	33	117	14	61	19	56
	6	126	24	70	5	56	19
Dispositivo intrauterino	60	73	79	40	35	31	44
	61	144	6	70	5	74	1
Diafragma	57	113	31	60	15	51	21
	1	73	77	36	39	37	38
Coito interrumpido	37	122	26	56	19	66	9
	40	66	84	21	54	45	30
Diafragma	74	64	86	35	40	29	46
	75	52	96	29	40	23	52
Codo interrumpido	76	65	142	5	70	3	72
	82	31	119	16	59	15	60
Ovulos vaginales	83	67	87	31	44	32	43
	42	103	49	56	19	45	30
Espumas	43	68	68	45	29	44	31
	7	111	37	54	21	57	18
Cremas	67	42	106	19	56	23	52
	63	31	119	18	57	13	62
Pastillas	64	26	138	12	63	8	67
	65	41	109	24	51	17	58
Jeringas	41	92	58	49	26	43	37
	113	36	114	20	55	16	59
Pastillas	4	128	68	38	43	31	41
	5	142	9	70	5	72	3
Inyecciones	35	59	91	27	53	37	36
	36	113	17	61	11	72	3
Norplant	49	83	111	17	59	16	59
	50	29	121	12	63	17	58
Vasectomia	85	55	95	20	45	25	50
	78	8	142	7	68	7	74
Salpingoclasia	79	10	140	4	71	6	69
	80	7	143	4	71	3	72
Saponoclasia	81	8	142	4	71	4	71
	51	117	33	53	22	64	11

EFFECTIVIDAD

TAJIA 5 CONOCIMIENTOS DE LA EFECTIVIDAD DE METODOS ANTICONCEPTIVOS (PORCENTAJES)

Metodo anticonceptivo	Reactivo	General				Hombres				Mujeres			
		Correcto		Incorrecto		Correcto		Incorrecto		Correcto		Incorrecto	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ritmo	54	22.0%		78.0%		73.3%		26.7%		17.3%		82.7%	
Temperatura corporal	57	12.0%	14.0%	88.0%	86.0%	10.7%	14.0%	89.3%	86.0%	13.3%	14.0%	86.7%	86.0%
	106	16.0%		84.0%		17.3%		82.7%		14.7%		85.3%	
Moco cervical o Billings	59	20.7%	18.3%	79.3%	81.7%	24.0%	18.0%	76.0%	82.0%	17.3%	18.7%	82.7%	81.3%
	107	16.0%		84.0%		12.0%		88.0%		20.0%		80.0%	
Preservativo o condón	31	29.7%	39.0%	70.3%	61.0%	29.0%	42.7%	60.0%	57.3%	21.3%	35.3%	78.7%	64.7%
	101	57.3%		42.7%		45.3%		54.7%		49.3%		50.7%	
Dispositivo intrauterino	33	40.7%	36.3%	59.3%	63.5%	45.3%	32.0%	74.7%	68.0%	56.0%	41.0%	44.0%	56.0%
	38	34.7%		65.3%		30.7%		61.3%		39.7%		60.3%	
	35	29.7%		70.3%		64.0%		36.0%		77.3%		22.7%	
Ovulación	68	24.0%	32.0%	76.0%	68.0%	28.0%	33.3%	72.0%	66.7%	50.0%	30.7%	80.0%	69.3%
	69	52.0%		48.0%		52.0%		48.0%		52.0%		48.0%	
	84	20.0%		80.0%		20.0%		80.0%		20.0%		80.0%	
Condominio	43	14.7%	34.7%	85.3%	65.3%	17.3%	36.0%	82.7%	64.0%	12.0%	33.3%	88.0%	66.7%
	108	54.7%		45.3%		54.7%		45.3%		54.7%		45.3%	
Ondas vaginales	37	46.7%	46.3%	53.3%	53.7%	38.7%	49.7%	61.3%	59.3%	54.7%	52.0%	45.3%	48.0%
	103	46.0%		54.0%		42.7%		57.3%		49.3%		50.7%	
Espumas	34	24.0%	36.0%	76.0%	76.0%	22.7%	28.4%	77.3%	71.0%	25.3%	31.6%	74.7%	68.4%
	66	23.3%		76.7%		22.7%		77.3%		24.0%		76.0%	
	111	42.7%		57.3%		40.0%		60.0%		45.3%		54.7%	
Cremas	114	26.7%	73.3%			28.0%		72.0%		25.3%		74.7%	
Jaleas	110	26.0%	34.7%	74.0%	65.3%	27.7%	34.0%	77.3%	66.9%	29.3%	35.3%	70.7%	64.7%
	112	43.3%		56.7%		45.3%		54.7%		41.3%		58.7%	
Pastillas	102	62.0%		38.0%		57.3%		42.7%		66.7%		33.3%	
Inyecciones	72	13.3%	23.9%	86.7%	77.0%	13.3%	22.7%	86.7%	77.3%	13.3%	23.3%	86.7%	76.7%
	109	32.7%		67.3%		29.0%		71.0%		33.3%		66.7%	
Norplant	73	10.7%	7.7%	89.3%	92.3%	16.0%	11.3%	84.0%	88.7%	5.3%	4.0%	94.7%	96.0%
	77	4.7%		95.3%		6.7%		93.3%		2.7%		97.3%	
Vasectomía	3	66.0%	52.9%	34.0%	47.3%	61.3%	51.6%	38.7%	46.4%	76.7%	54.2%	29.3%	45.8%
	20	76.0%		24.0%		72.0%		28.0%		80.0%		20.0%	
	104	16.7%		83.3%		21.3%		78.7%		12.0%		88.0%	
Sabogoclasa	71	17.3%	18.0%	82.7%	82.0%	12.0%	17.3%	88.0%	82.7%	22.7%	18.7%	77.3%	81.3%
	105	18.7%		81.3%		22.7%		77.3%		14.7%		85.3%	



TABLA 5A. CONOCIMIENTOS DE LA EFECTIVIDAD DE METODOS ANTICONCEPTIVOS (RESPUESTAS)

EFECTIVIDAD

Metodo anticonceptivo	Reactivo	General		Hombres		Mujeres	
		Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto
Alamo	54	33	117	20	65	13	67
Temperatura corporal	57	18	132	8	67	10	65
	106	24	126	13	62	11	64
Moco cervical o Billings	55	31	119	18	57	13	62
	107	24	126	9	66	15	60
Preservativo o condon	31	31	119	15	60	16	59
	101	65	64	49	26	37	38
Dispositivo intrauterino	33	61	89	19	56	42	33
	39	52	98	29	46	23	52
	39	106	44	48	77	56	17
Disyuntiva	68	36	114	21	54	15	60
	69	78	72	3	36	39	36
	84	39	120	15	10	15	67
Coito interrumpido	44	72	128	13	67	9	66
	106	82	68	41	34	41	34
Ovulos vaginales	103	69	83	11	43	17	38
	111	64	85	16	45	14	41
Espumas	114	40	110	21	54	19	56
	115	39	111	17	58	22	53
	112	65	85	34	41	11	44
Pastillas	102	93	57	43	32	56	26
Inyecciones	72	20	130	10	63	10	65
	109	49	101	24	51	25	50
Murplan	73	16	134	12	63	4	71
	77	73	143	5	70	2	73
Vasectomia	3	93	51	16	29	53	22
	70	114	36	54	21	66	15
	104	25	125	16	59	9	66
Subyugoclasa	71	26	124	9	66	17	58
	105	28	122	17	58	11	64

TABLA 6. CONOCIMIENTOS DE LAS FORMAS DE TRANSMISION DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL (PORCENTAJES)  
FORMAS DE TRANSMISION

Enfermedades de transmisión sexual	Reactivo	General				Hombres				Mujeres			
		Correcto		Incorrecto		Correcto		Incorrecto		Correcto		Incorrecto	
		a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l
Sífilis	11	83.3%	55.0%	16.7%	45.0%	84.0%	56.7%	16.0%	43.3%	82.7%	53.3%	17.3%	46.7%
	36	26.7%		73.3%		29.3%		70.7%		24.0%		76.0%	
Gonoreya	24	51.3%	41.6%	48.7%	58.7%	54.7%	44.0%	45.3%	56.0%	48.0%	39.6%	52.0%	60.4%
	25	36.0%		64.0%		42.7%		57.3%		29.3%		70.7%	
	26	38.0%		62.0%		34.7%		65.3%		41.3%		58.7%	
Hepes genital	14	28.7%	28.0%	71.3%	72.0%	28.0%	27.3%	72.0%	72.7%	29.3%	28.7%	70.7%	71.3%
	30	27.3%		72.7%		26.7%		73.3%		28.0%		72.0%	
Chancre blando	55	35.3%	19.6%	64.7%	80.4%	38.7%	19.6%	61.3%	80.4%	32.0%	19.6%	68.0%	80.4%
	115	12.0%		88.0%		10.7%		89.3%		13.3%		86.7%	
	127	11.3%		88.7%		9.3%		90.7%		13.3%		86.7%	
Granuloma inguinal	116	10.7%	14.7%	89.3%	85.6%	12.0%	14.7%	88.0%	85.3%	9.3%	13.7%	90.7%	86.3%
	125	12.7%		87.3%		12.0%		88.0%		13.3%		86.7%	
	132	17.3%		82.7%		18.7%		81.3%		16.0%		84.0%	
	133	16.0%		84.0%		16.0%		84.0%		16.0%		84.0%	
Linfogranuloma venereo	87	18.7%		81.3%		21.3%		78.7%		16.0%		84.0%	
Escudamarias	9	19.3%	11.3%	80.7%	88.7%	22.7%	13.3%	77.3%	86.7%	16.0%	9.3%	84.0%	59.7%
Candidiasis o monilia	86	17.3%		82.7%		20.0%		80.0%		14.7%		85.3%	
	128	6.0%		94.0%		8.0%		92.0%		4.0%		96.0%	
	130	13.3%		86.7%		12.0%		88.0%		14.7%		85.3%	
	135	8.0%		92.0%		12.0%		88.0%		4.0%		96.0%	
	136	12.0%		88.0%		16.0%		84.0%		8.0%		92.0%	
	137	3.3%		96.7%		2.7%		97.3%		4.0%		96.0%	
Ladilla	56	18.0%	18.3%	82.0%	81.7%	21.3%	20.0%	78.7%	89.0%	14.7%	16.7%	83.3%	83.3%
	91	18.7%		81.3%		18.7%		81.3%		18.7%		81.3%	
SIDA	10	50.0%	83.0%	2.0%	17.0%	97.3%	84.0%	2.7%	16.0%	98.7%	82.0%	1.3%	18.0%
	119	68.0%		32.0%		70.7%		29.3%		65.3%		34.7%	
Clamidia	120	8.0%	11.7%	92.0%	88.3%	13.3%	16.0%	86.7%	84.0%	2.7%	7.3%	97.3%	92.7%
	124	15.3%		84.7%		18.7%		81.3%		12.0%		88.0%	
Uretritis inespecifica	122	6.7%		93.3%		10.7%		89.3%		2.7%		97.3%	
Condiloma	129	14.7%		85.3%		20.0%		80.0%		9.3%		90.7%	



## SITOMAS

TABLA 7. CONOCIMIENTOS DE SITOMAS DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL (PORCENTAJES)

Enfermedades de transmisión sexual	Reactivo	General				Hombres				Mujeres			
		Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto		
Sífilis	12	22,0%	29,3%	78,0%	71,7%	21,3%	26,0%	78,7%	74,0%	22,7%	30,7%	77,3%	69,3%
	100	34,7%		65,3%		30,7%		69,3%		38,7%		61,3%	
Gonorrea	9	35,3%	25,7%	64,7%	74,3%	37,3%	26,0%	62,7%	74,0%	33,3%	25,3%	66,7%	74,7%
	27	16,0%		84,0%		14,7%		85,3%		17,3%		82,7%	
Herpes genital	28	28,0%	36,3%	72,0%	63,7%	28,0%	35,3%	72,0%	64,7%	29,0%	37,3%	72,0%	62,7%
	29	44,7%		55,3%		42,7%		57,3%		46,7%		53,3%	
Chancro blando	93	18,0%	20,9%	82,0%	79,1%	25,3%	25,3%	74,7%	74,7%	10,7%	16,4%	83,3%	83,6%
	94	26,0%		74,0%		30,7%		69,3%		21,3%		78,7%	
	131	18,7%		81,3%		20,9%		79,1%		17,3%		82,7%	
Granuloma inguinal	98	5,3%	13,3%	94,7%	86,7%	8,0%	14,0%	92,0%	85,0%	2,7%	12,7%	97,3%	87,3%
	134	21,3%		78,7%		20,0%		80,0%		22,7%		77,3%	
Lenfomatoma venereo	95	11,3%	14,4%	86,7%	85,6%	12,0%	16,5%	88,0%	83,1%	10,7%	12,0%	89,3%	88,0%
	96	16,7%		83,3%		17,3%		82,7%		16,0%		84,0%	
	97	15,3%		84,7%		21,3%		78,7%		9,3%		90,7%	
Treponemiasis	88	7,3%	10,4%	92,7%	89,6%	8,3%	10,2%	91,7%	89,8%	5,3%	10,7%	94,7%	89,3%
	89	8,0%		92,0%		13,3%		86,7%		2,7%		97,3%	
	117	16,0%		84,0%		8,9%		91,1%		24,0%		76,0%	
Condiloma acuminado	57	12,0%	11,7%	88,9%	88,5%	19,7%	14,7%	80,3%	85,3%	13,3%	8,6%	86,7%	91,2%
	129	14,7%		85,3%		20,0%		80,0%		9,3%		90,7%	
	129	10,7%		89,3%		14,7%		85,3%		6,7%		93,3%	
	138	9,3%		90,7%		16,7%		83,3%		8,0%		92,0%	
	139	12,6%		87,4%		17,3%		82,7%		6,7%		93,3%	
Labaña	52	33,7%	26,0%	69,3%	74,0%	34,7%	28,7%	65,3%	71,3%	26,7%	23,3%	73,3%	76,7%
	15	21,3%		78,7%		22,7%		77,3%		20,0%		80,0%	
SIDA	11	83,3%	74,0%	16,7%	25,0%	77,3%	69,3%	30,7%	30,7%	89,3%	78,7%	10,7%	21,3%
	118	64,7%		35,3%		61,3%		38,7%		68,0%		32,0%	
Clamidia	16	19,3%	16,2%	80,7%	83,8%	21,3%	18,7%	78,7%	81,3%	17,3%	13,7%	82,7%	86,3%
	17	13,3%		86,7%		16,0%		84,0%		10,7%		89,3%	
	18	25,3%		74,7%		32,0%		68,0%		18,7%		81,3%	
	20	6,7%		93,3%		5,3%		94,7%		8,0%		92,0%	
Uretritis inespecifica	19	58,7%	32,1%	61,3%	67,9%	42,7%	34,7%	57,3%	65,3%	34,7%	29,0%	65,3%	70,4%
	21	44,7%		55,3%		49,3%		50,7%		40,0%		60,0%	
	22	49,7%		50,3%		44,0%		56,0%		37,3%		62,7%	
	23	18,7%		81,3%		21,3%		78,7%		16,0%		84,0%	
	121	18,0%		82,0%		16,0%		84,0%		20,0%		80,0%	
Condiloma													

## SINTOMAS

TABLA 7A. CONOCIMIENTOS DE SINTOMAS DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL (RESPUESTAS)

Enfermedades de Transmision sexual	Reactivo	General		Hombres		Mujeres	
		Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto
		12	33	111	16	35	17
100	52	98	23	52	29	46	
Gonoreya	9	53	97	28	47	25	50
	27	241	126	11	64	13	62
Herpes genital	28	42	108	21	54	21	54
	29	67	83	32	43	35	40
Chancro blando	93	27	123	19	56	8	67
	94	39	111	23	52	16	59
	131	26	122	15	60	13	62
Gratukoma inguinal	98	6	142	6	55	2	73
	134	30	118	15	60	17	58
Linfogranuloma venereo	95	17	133	9	60	8	67
	56	25	125	13	62	12	63
	97	23	127	16	59	7	68
Tricomoniasis	88	11	139	7	48	4	71
	89	12	138	10	65	2	73
	117	24	126	6	63	18	57
Candidiasis o monilia	52	18	132	8	67	10	65
	123	20	128	15	60	7	68
	129	16	134	11	64	5	70
	133	14	136	8	67	6	69
	139	16	132	13	62	5	70
Ladilla	92	46	104	26	49	20	55
	15	32	116	17	58	15	60
SIDA	13	12	25	58	17	67	8
	118	97	53	45	29	51	24
Clamidia	16	29	121	16	59	13	62
	17	20	130	12	63	8	67
	18	38	112	24	51	14	61
	20	10	140	4	71	0	69
Urethritis inespecifica	19	58	92	32	43	26	49
	21	67	83	37	38	30	45
	22	61	89	33	42	28	47
	23	28	122	16	59	12	63
	121	23	122	12	62	15	60
Condiloma							

## B) Inferencial.

### 1. Correlación general.

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

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

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

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

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

### Correlación hombres

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

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

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

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

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

#### Correlación mujeres

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

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

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

sexual, a mayor conocimiento de uso de métodos anticonceptivos, mayor conocimiento de formas de transmisión de enfermedades de transmisión sexual

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

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

TABLA 8 CORRELACIÓN GENERAL.

CORRELACION	EDAD	ESCOL	USOMA	EFECMA	SINETS
ESCOL	- .1096				
USOMA	- .2776 **	.1123			
EFECMA	- .2696 **	.0989	.6985 **		
SINETS	- .1291	.0881	.5655 **	.6295 **	
FORETS	- .1308	.0818	.5534 **	.5959 **	.8344 **

TABLA 9 CORRELACION HOMBRES

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

\* Significancia



TABLA 10. CORRELACIÓN MUJERES.

CORRELACIÓN	EDAD	ESCOL	USOMA	EFEOMA	SINETS
ESCOL	- 1988				
USOMA	- 2770 *	0949			
EFEOMA	- 3269 *	0668	6755 **		
SINETS	- 1267	1664	6408 **	6833 **	
FORETS	- 1417 *	1561	6072 **	6288 **	8706 **

## 2. Análisis de varianza

Con respecto al análisis de varianza se observa que para el caso de uso de métodos anticonceptivos no hubo diferencia por sexo [ $F=(1/146) 267$ ;  $p=60$ ] y por escolaridad [ $F=(1/146) 2.69$ ;  $p=10$ ]. De la misma forma en los casos de efectividad de métodos anticonceptivos no se encontraron diferencias por sexo [ $F=(1/146) 18$ ;  $p=67$ ], ni por escolaridad [ $F=(1/146) 1.99$ ;  $p=16$ ].

Por otro lado en el área de enfermedades de transmisión sexual no se observan diferencias en las formas de transmisión ni por sexo [ $F=(1/146) 1.93$ ;  $p=16$ ], ni por escolaridad [ $F=(1/146) 2.15$ ;  $p=14$ ]. Sin embargo en cuanto a los síntomas se encontró una diferencia marginal \* por sexo [ $F=(1/146) 3.46$ ;  $p=06$ ], a pesar de no ser significativa esta diferencia, se puede observar que los hombres presentan una media más alta (9.76) que las mujeres (8.24), con esto podemos inferir que en el caso de los hombres de bachillerato tienen más conocimientos de síntomas que las mujeres.

De igual manera que en las áreas anteriores en el caso de síntomas no se encontró diferencia por escolaridad [ $F=(1/146) 1.88$ ;  $p=17$ ]. Finalmente no se encontraron diferencias significativas en las variables de sexo por semestre (Ver tabla 11).

TABLA 11.

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

\* Diferencia marginal

## DISCUSIÓN.

La etapa de la adolescencia es tan importante para el ser humano como todas las demás etapas que conforman su desarrollo, sin embargo, la adolescencia es definitiva y determinante en lo que se refiere a la psicosexualidad, ya que es en esta etapa que manifiesta su preferencia para formar una pareja, lo que a futuro implicará la elección de un estilo de vida. Lo anterior lo lleva a cabo dentro de un proceso que comienza con la atracción con el sexo opuesto hasta llegar a la expresión de sus sentimientos. En esta etapa vive más intensamente todas sus experiencias y en lo que se refiere a la vida sexual, al compartirla con el otro sexo, el conjunto de sensaciones, pensamientos y fantasías se convierte en una totalidad bio-psico-social.

Los resultados encontrados en la investigación se considera que son representativos de las características propias del adolescente, ya que el tener la necesidad de formar parte de un grupo que tenga características específicas, reglas, estilo de vida, moda y lenguaje exclusivos - que son propios dentro del proceso de búsqueda de identidad como lo señala Erikson<sup>1</sup> - los hace tener una estima más elevada, se ven a sí mismos como "dueños del mundo", superdotados, omnipotentes, y todo esto no les permite considerar que dentro de la práctica de su sexualidad pueden "estar en riesgo" como: un embarazo no deseado, tener malas experiencias, el contagio de una enfermedad de transmisión sexual, porque el adolescente cree que a él no le puede pasar nada. Aunque tenga relaciones sexuales no le parece importante informarse sobre los métodos anticonceptivos, no lo cree necesario, como si no pudiera embarazar o embarazarse, y mucho menos considera la posibilidad de contagiarse de una enfermedad de transmisión sexual, eso no está contemplado para sí mismo, a otros u otras les puede pasar, pero a él o a ella no.

Si a lo anterior le agregamos que la sociedad mexicana transmite mensajes llenos de errores, mitos y tabúes sobre la sexualidad, nos percataremos entonces que al adolescente no le hemos dado las herramientas necesarias para adquirir la información y mucho menos, no les hemos dado la información sobre métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual.

Si como sociedad cuidáramos más el tipo de información y la forma de transmitirla, evitaríamos en su gran mayoría la posibilidad de que corrieran riesgos, si les brindáramos información verdadera, en forma más abierta sobre las consecuencias de ejercer su sexualidad junto con una actitud permisiva, sin llegar a confundir con el libertinaje, que implica agredir o agredirse, les proporcionamos esas herramientas con las que pueden ejercer mejor su sexualidad. Se considera que esta información debe ser proporcionada por diferentes formas de interacción a lo largo del ciclo vital, en etapas básicas, desde el nacimiento, los padres deben ir cambiando la ideología de nuestra sociedad, no cerrándonos a la información como hasta ahora se ha manejado, sino que con ellos comience el cambio, basándonos en valores sin ser puritanos y a nivel educativo, en las escuelas desde el jardín de niños y la educación básica en la primaria y secundaria, preparar mejor a los maestros para que transmitan la información tan natural como cualquier otro tema. Llevando a cabo lo anterior

<sup>1</sup> Erikson, E. H. Identidad, juventud y crisis pp 110 - 111.

evitaremos muchos de los problemas que tienen los adolescentes en la actualidad, ante una actitud tan valorativa del ejercicio de la sexualidad en nuestra sociedad. Es muy difícil que el adolescente acepte la información por parte de los adultos, porque considera que todo lo que venga de los adultos es antiguo, fuera de moda o simplemente no le dan importancia, o traduce esta información como un no quererles dar acceso a su propia sexualidad, una forma de hacerles llegar dicha información es por medio de jóvenes iguales a ellos, de esta manera los mismos adolescentes serían agentes de cambio en su propia familia. Si nuestra sociedad pudiera hacer esto, se evitarían consecuencias como problemas sociales de salud, específicamente uno de estos problemas es el embarazo causado por no tener conocimientos sobre métodos anticonceptivos, lo que provoca problemas graves a nivel personal, social y emocional en los y las adolescentes. Un embarazo a temprana edad implica riesgos físicos en la futura madre y problemas sociales y económicos ya que muchas de ellas cursan como madres solteras dado que el varón se desentiende de la responsabilidad de su ejercicio sexual, y si en algún momento lo anterior no sucede y se llega a formar la pareja por presión familiar y social, su convivencia estaría expuesta a la agresión constante de uno a otro, limitando cualquier tipo de desarrollo tanto en la pareja como en el hijo.

En el caso del varón nos enfrentamos a otro problema, la prostitución, si él decide tener contacto sexual con quien ejerce la prostitución, el riesgo oscila entre las enfermedades de transmisión sexual, así como, en considerar que en las relaciones sexuales debe de haber un mediador como lo es el dinero, lo que provoca que sean despersonalizadas, pudiéramos pensar que el varón se queda acostumbrado a expresar su sexualidad exclusivamente en forma física para satisfacer una necesidad sin darle importancia al aspecto emocional, erótico y tierno que debe existir en una relación sexual.

La educación de la sexualidad debe tener como objetivo, según Lejeune ( ), preparar al ser humano para decidir, lo que creará una responsabilidad sexual en la que conforme se incrementa la información científica aprenderá a reflexionar sobre sí mismo y sus semejantes y a escuchar las opiniones de los demás; todo esto les ayudará a afrontar cualquier obstáculo que se le presente como la elección de una pareja para el contacto sexual y el uso adecuado de métodos anticonceptivos; ya que, al parecer los adolescentes no pueden hacer estas elecciones por una imposibilidad afectiva de tomar consciencia, es decir, de elegir; el elegir y el decidir lo podemos realizar mediante una desmitificación de la sexualidad.

El proceso de la educación sexual implica liberar al niño, al adolescente y al adulto de los prejuicios y tabúes, de la ignorancia y el miedo en relación con la sexualidad. La sexualidad esta basada en una escala de valores expresada por ciertas normas, asignación de roles y promoción de actitudes, estos mensajes son transmitidos constantemente por la familia, la escuela y los medios de comunicación y trasiende de una generación a otra.

Actualmente el objetivo principal en el proceso educativo es el que las personas aprendan criticando su realidad y sean capaces de estructurar sus conductas para

funcionar creativamente en ella y el camino a seguir es un esquema metodológico, donde es necesario que la persona comprenda, analice, sintetice y decida responsablemente.

Al tener la posibilidad de decidir, se adquiere la libertad, y la capacidad de elección esta basada en la habilidad de expresión que se adquiere en la infancia y la adolescencia, ya que se tiene un marco de aprendizaje basado en el desarrollo de las relaciones básicas familiares.

Una de las funciones más importantes de la familia debe ser el generar la creatividad en todos sus miembros, para que por medio de la educación general el proceso lleve a la persona a la autodeterminación y la responsabilidad, fomentando así la expresión y comunicación libre y comprometida, desarrollando un espíritu crítico de modo que le permita cuestionar aquellas actitudes y valores propios de nuestra sociedad, logrando así la comunicación interpersonal, la libertad y el compromiso responsable

Actualmente los medios de comunicación hacen uso de publicidad erótica, por lo que no podemos pensar que los adolescentes no tienen idea de las repercusiones que su conducta puede tener, sin confundir esto con la ignorancia y el precario nivel socioeconómico, así como necesidades psicológicas con la familia o la sociedad que en algunos casos tiene el adolescente específicamente.

En esta investigación se encontró que los adolescentes no tienen información sobre estos dos temas específicos de sexualidad, a excepción del SIDA, pero creemos que esto se debe a que los medios de comunicación se han encargado de hacer una buena difusión sobre el mismo, sin embargo, necesitamos como sociedad que nuestras familias dejen de expresarse sobre la sexualidad con falta de información, de comunicación, en la clandestinidad, en la complicidad, con insatisfacción en la mujer, con doble moral principalmente por parte del varón y morbosidad generalizada.

## CONCLUSIÓN.

La sexualidad es una parte integral del ser humano, negarla, es como negar nuestra condición como seres pensantes, el agredirla, llenándola de tabúes y mitos es como negarnos a sí mismos la oportunidad de ser personas con un desarrollo completo y pleno. No podemos permitir el seguir limitando un cambio en nuestra sociedad, no solo en la esfera sexual, sino en general, porque estos cambios nos ayudarían a tratar de evitar problemas sociales muy importantes como los niños con maltrato, la violencia familiar, la lucha de poder entre las parejas, el alcanzar la madurez, el pleno desarrollo personal tanto para el hombre como para la mujer, revalorizar los roles sociales pre-establecidos, permitirle al varón ejercer un lugar real no bajo el mito de ser, o el tener que ser, - identidad obtenida en la adolescencia, y a la mujer quitarle tanta responsabilidad, el que pueda tener un rol más determinado que le pueda brindar más seguridad en sí misma y a sus hijos y no jugar roles a medias. Tanto el hombre como la mujer tendríamos ganancias que en realidad nos hacen mucha falta como sociedad, es decir obtener una equidad entre géneros.

La enseñanza respecto a la sexualidad en nuestro país es muy limitada, esta investigación se llevó a cabo con estudiantes de nivel medio superior, los cuales se supone que ya tienen la formación "básica", sin embargo, en el área de sexualidad no tienen una formación que pudiéramos denominar como básica para ejercer su sexualidad, porque esta es negada.

Esto nos dice que es importante la creación de programas de educación de la sexualidad, que sean impartidos desde educación básica, con una actitud abierta, permisiva, hablarle a cada cosa por su nombre, así como hablar de la responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad y asumir sus consecuencias.

Actualmente existen programas para adolescentes realizados por instituciones que se dedican a ello como es CORA, MEXFAM, e IMIFAP, que imparten sus propios programas por gente joven capacitada para ello, esto implica un paso adelante, sin embargo, los problemas sociales de salud están avanzando más rápidamente por lo que sería conveniente trabajar con los niños.

## LIMITACIONES.

Los adolescentes de bachillerato del Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Sur de tercer y quinto semestre no pusieron objeción alguna para contestar el cuestionario, sin embargo, los estudiantes del primer semestre no quisieron cooperar, tal vez por el miedo al cambio de escuela y que el cuestionario no tenía relación con ninguna de las materias que ellos tomaban en ese semestre.

La evaluación del cuestionario por interjueces nos dejó ver que cada uno de los jueces aporta su propio criterio, esto provocó confusión al validar el instrumento debido a que estos se contraponen en algunos casos.

Los temas tratados en este trabajo angustian un poco a los mismos adolescentes, por falta de conocimiento, porque no se había de esto en casa, y porque no hay información disponible.

## SUGERENCIAS.

La información correcta sobre estos temas, métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual, así como todos los temas de sexualidad, deben tener mayor difusión, ya que programas como los elaborados por el personal docente del área de Psicología del Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Sur, no los consideran importantes o fundamentales en la educación de los adolescentes.

Se deben trabajar a nivel institucional, en escuelas, centros de salud y medios de comunicación los temas de sexualidad en el adolescente, ya que es muy pobre la información que ellos tienen.

Es necesaria la creación de un servicio exclusivo para adolescentes donde estos se sientan en confianza para poder expresarse y encontrar solución a sus problemas de salud. En este servicio deberá trabajar personal de salud sensibilizado a la problemática de los adolescentes y de igual forma sensibilizar a los profesionales para entender y apoyar la creación de estos servicios en todos los hospitales y clínicas de salud logrando así un trato adecuado hacia los adolescentes.

Así mismo, sería muy provechoso que se dieran cursos de sexualidad para los padres de los adolescentes, esto serviría tanto para ellos como para sus hijos, de esta manera se terminaría con el silencio sobre los aspectos de la sexualidad que son consecuencia del ejercicio inadecuado de su sexualidad, que coarta el proyecto de vida de los adolescentes y genera grandes problemas económicos y de salud en nuestra sociedad.

**APENDICE**  
**CUESTIONARIO**

**EDAD :** \_\_\_\_\_ **ESCOLARIDAD :** \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL :** \_\_\_\_\_ **SEXO :** \_\_\_\_\_

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

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



- 6.- El condón se coloca :
- a ( ) Cuando el pene esta erecto antes de la penetración.
  - b ( ) 15 min. antes de la penetración.
  - c ( ) Antes de que el pene se ponga erecto.
  - d ( ) No sé.
- 7.- Son los métodos anticonceptivos más eficaces para tener contacto sexual en forma esporádica :
- a ( ) Ritmo y Pastillas anticonceptivas
  - b ( ) Condón y óvulo.
  - c ( ) Norplant y Espumas.
  - d ( ) No sé.
- 8.- Cuando una persona ya terminó su tratamiento para curar la candidiasis :
- a ( ) Se hace inmune a esta y a todas las enfermedades sexualmente transmisibles.
  - b ( ) Si tiene contacto con una persona infectada de candidiasis o alguna enfermedad sexualmente transmisible vuelve a contagiarse.
  - c ( ) Es portador de candidiasis por siempre.
  - d ( ) No sé.
- 9.- Cuando una mujer tiene gonorrea :
- a ( ) Puede presentar síntomas.
  - b ( ) Se da cuenta inmediatamente que esta infectada.
  - c ( ) Presenta síntomas dos meses después del contacto infectante.
  - d ( ) No sé.
- 10.- El SIDA se transmite por :
- a ( ) Contacto sexual, transfusión sanguínea y de la madre al hijo durante el embarazo.
  - b ( ) El uso de ropa interior de una persona infectada y el saludo.
  - c ( ) Hacer uso de la tasa de baño que utilizó una persona infectada.
  - d ( ) No sé.
- 11.- La sífilis se puede transmitir por :
- a ( ) El coito y el contacto buco-genital.
  - b ( ) El saludo y el contacto buco-genital.
  - c ( ) El uso de toallas de personas infectadas.
  - d ( ) No sé.
- 12.- Es una enfermedad de transmisión sexual, en la cual su desarrollo se divide en tres etapas :
- a ( ) Sífilis.
  - b ( ) Gonorrea.
  - c ( ) Ladilla.
  - d ( ) No sé.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 20.- Cuando existe uretritis no específica por clamidia en el hombre y no es tratada por el médico puede propagarse a :
- a ( ) Vejiga.
  - b ( ) Testículos y glande.
  - c ( ) La zona anal.
  - d ( ) No sé.
- 21.- La infección genital no específica en la mujer, si no es tratada puede provocar que se presente :
- a ( ) SIDA.
  - b ( ) Enfermedad inflamatoria de la pelvis
  - c ( ) Condilomas.
  - d ( ) No sé.
- 22.- La infección genital no específica en la mujer puede provocar :
- a ( ) Evitar el coito permanentemente.
  - b ( ) Esterilidad.
  - c ( ) Problemas en el corazón
  - d ( ) No sé.
- 23.- La mujer que tenga una enfermedad inflamatoria de la pelvis puede tener obstruida la :
- a ( ) Trompa de Falopio.
  - b ( ) Matriz o útero.
  - c ( ) Vejiga.
  - d ( ) No sé.
- 24.- La gonorrea comunmente se transmite por :
- a ( ) Contacto buco-genital.
  - b ( ) Contacto genital.
  - c ( ) Contacto anal.
  - d ( ) No sé.
- 25.- La gonorrea avanzada en la mujer provoca :
- a ( ) Inflamación de la zona genital.
  - b ( ) Infección aguda de los conductos genitouterinos.
  - c ( ) Sangrado constante.
  - d ( ) No sé.
- 26.- La gonorrea puede transmitirse de madre a hijo en el embarazo por :
- a ( ) El paso de la sangre.
  - b ( ) Durante el parto.
  - c ( ) Medio de los alimentos.
  - d ( ) No sé.

- 27.- La gonorrea en la mujer puede llegar a provocar :
- a ( ) Inflamación en las trompas de Falopio.
  - b ( ) Prurito (comezón) en la uretra.
  - c ( ) Infección en todo el organismo.
  - d ( ) No sé.
- 28.- En la zona en que da ardor por causa del herpes genital aparecen :
- a ( ) Manchas rojas.
  - b ( ) Vesículas (ampollas).
  - c ( ) Ronchas blancas.
  - d ( ) No sé.
- 29.- La persona que ha tenido herpes genital :
- a ( ) Puede volver a padecerlo.
  - b ( ) Queda estéril.
  - c ( ) Ya no puede tener erecciones.
  - d ( ) No sé.
- 30.- El herpes genital se puede transmitir :
- a ( ) De madre a hijo durante el embarazo.
  - b ( ) Al tener contacto directo con vesículas (ampollas).
  - c ( ) Usando albercas donde estuvieron personas infectadas.
  - d ( ) No sé.
- 31.- El uso del condón como único método anticonceptivo en una relación sexual tiene una efectividad de :
- a ( ) 95 %.
  - b ( ) 85 %.
  - c ( ) 75 %.
  - d ( ) No sé.
- 32.- Usar el óvulo como único método anticonceptivo en una relación sexual tiene una efectividad de :
- a ( ) 75 %.
  - b ( ) 99 %.
  - c ( ) 55 %.
  - d ( ) No sé.
- 33.- El uso del DIU (Dispositivo Intrauterino), para evitar el embarazo tiene una efectividad de :
- a ( ) 95 %.
  - b ( ) 75 %.
  - c ( ) 85 %.
  - d ( ) No sé.

- 34.- El uso de la espuma como único método anticonceptivo durante el contacto sexual tiene una efectividad de :
- a ( ) 75 %.
  - b ( ) 95 %.
  - c ( ) 63 %.
  - d ( ) No sé.
- 35.- Las pastillas anticonceptivas se deben empezar a tomar :
- a ( ) Al quinto día después de comenzar a menstruar.
  - b ( ) En el momento de tener el contacto sexual.
  - c ( ) Al catorceavo día, cuando se da la ovulación.
  - d ( ) No sé.
- 36.- El objetivo de la pastilla anticonceptiva es :
- a ( ) Evitar la menstruación.
  - b ( ) Evitar la ovulación.
  - c ( ) Evita contraer una enfermedad sexualmente transmisible.
  - d ( ) No sé.
- 37.- El Dispositivo Intrauterino (DIU), debe ser colocado por :
- a ( ) Uno mismo.
  - b ( ) El médico.
  - c ( ) El farmacéutico.
  - d ( ) No sé.
- 38.- ¿Qué sucede con el Dispositivo Intrauterino (DIU), si aún usándolo la mujer se embaraza?
- a ( ) Queda afuera de la bolsa amniótica.
  - b ( ) Entorpece el desarrollo del niño.
  - c ( ) Se pega al niño.
  - d ( ) No sé.
- 39.- La efectividad del Dispositivo Intrauterino (DIU), depende de :
- a ( ) El tamaño del pene del compañero sexual.
  - b ( ) Que la mujer lo revise en forma periódica.
  - c ( ) Que la mujer lo sepa colocar.
  - d ( ) No sé.
- 40.- El uso del Dispositivo Intrauterino (DIU), es recomendado para :
- a ( ) Las mujeres que ya han tenido un embarazo.
  - b ( ) Todas las mujeres.
  - c ( ) Las mujeres mayores de 40 años.
  - d ( ) No sé.

41.- Las cremas como método anticonceptivo son usadas :

- a ( ) Antes del coito.
- b ( ) Inmediatamente después del coito.
- c ( ) Todas las mañanas.
- d ( ) No sé.

42.- El proceso que se sigue durante el coito interrumpido es :

- a ( ) Sacar el pene de la vagina después de la eyaculación.
- b ( ) Sacar el pene de la vagina antes de la eyaculación.
- c ( ) Lavar la vagina antes de la penetración.
- d ( ) No sé.

43.- El coito interrumpido o interruptus provoca :

- a ( ) Esterilidad.
- b ( ) Que se inhiba el deseo sexual.
- c ( ) Irritación en los genitales.
- d ( ) No sé.

44.- La efectividad del coito interrumpido o interruptus es de :

- a ( ) 70 %
- b ( ) 90 %
- c ( ) 50 %
- d ( ) No sé.

45.- Las mujeres que pueden hacer uso del método anticonceptivo del ritmo son :

- a ( ) Todas.
- b ( ) Las que tengan menstruaciones regulares.
- c ( ) Las que tengan menstruaciones irregulares.
- d ( ) No sé.

46.- El objetivo del método anticonceptivo del moco cervical o Billings es :

- a ( ) Evitar la eyaculación.
- b ( ) Evitar el contacto sexual en días fértiles.
- c ( ) Evitar el contacto sexual.
- d ( ) No sé.

47.- El método del moco cervical o Billings consiste en :

- a ( ) Introducir los dedos limpios y extraer el moco cercano al cervix y observar su elasticidad.
- b ( ) Introducir los dedos limpios y extraer el moco cercano al cervix y detectar si tiene buen o mal olor.
- c ( ) Introducir los dedos limpios y sentir la temperatura del cervix.
- d ( ) No sé.

48.- El método de la temperatura consiste en :

- a ( ) Tomar la temperatura los primeros días del mes para calcular los posibles días de ovulación.
- b ( ) Tomar la temperatura diariamente e identificar cuando aumenta ésta por la ovulación.
- c ( ) Tomar la temperatura los últimos días del mes para calcular los posibles días de ovulación.
- d ( ) No sé.

49.- Las inyecciones que evitan el embarazo son :

- a ( ) Sustancias químicas parecidas a las hormonas femeninas.
- b ( ) Sustancias químicas parecidas a las hormonas masculinas.
- c ( ) Sustancias químicas parecidas a las hormonas femeninas y masculinas.
- d ( ) No sé.

50.- Cada cuando se deben administrar las inyecciones anticonceptivas :

- a ( ) Cada uno, dos o tres meses.
- b ( ) Cada primer día del mes.
- c ( ) Cada quince días.
- d ( ) No sé.

51.- El método anticonceptivo de la vasectomía consiste en :

- a ( ) Cortar y/o amarrar los conductos por los que pasan los espermatozoides.
- b ( ) Cortar y/o amarrar los conductos por los que se da la eyaculación.
- c ( ) Cortar y/o amarrar los conductos por los que pasan los óvulos.
- d ( ) No sé.

52.- Los síntomas que puede presentar una mujer cuando tiene candidiasis son :

- a ( ) Papulas dolorosas tendientes a sangrar y comezón constante.
- b ( ) Escozor en la vulva y la vagina, así como secreción espesa, blanquesina y abundante.
- c ( ) Comezón constante en la zona genital y alta temperatura.
- d ( ) No sé.

53.- En el método anticonceptivo del ritmo o calendario se toma como el primer día :

- a ( ) El día primero de cada mes.
- b ( ) El primer día del sangrado menstrual.
- c ( ) El día catorce de cada mes.
- d ( ) No sé.

54.- El uso del calendario o ritmo como método anticonceptivo tiene una efectividad de :

- a ( ) 70 %.
- b ( ) 90 %.
- c ( ) 50 %.
- d ( ) No sé.

- 55.- El chancro blando puede ser adquirido por :
- a ( ) Únicamente por contacto sexual.
  - b ( ) Utilizar ropa de personas infectadas.
  - c ( ) Transfusiones sanguíneas.
  - d ( ) No sé.
- 56.- Cuando se sigue el método anticonceptivo de la temperatura ésta se debe tomar de la siguiente forma :
- a ( ) Todos los días antes de levantarse o hacer algún otro movimiento.
  - b ( ) Todos los días antes de bañarse.
  - c ( ) Todos los días antes de dormir.
  - d ( ) No sé.
- 57.- El método anticonceptivo de la temperatura tiene una efectividad de :
- a ( ) 90 %.
  - b ( ) 60 %.
  - c ( ) 75 %.
  - d ( ) No sé.
- 58.- En el método anticonceptivo de la temperatura se debe colocar el termómetro en:
- a ( ) Axila, boca o recto.
  - b ( ) Solo en axila.
  - c ( ) Boca y recto.
  - d ( ) No sé.
- 59.- El método anticonceptivo del moco cervical o Billings tiene una efectividad de :
- a ( ) 60 %.
  - b ( ) 70 %.
  - c ( ) 90 %.
  - d ( ) No sé.
- 60.- Para quitar el condón o preservativo después de su uso, debe ser de la siguiente forma :
- a ( ) Cuando el pene está todavía erecto y jalando el condón sujetándolo de los lados.
  - b ( ) Cuando el pene ya está flácido y jalando el condón sujetándolo de los lados.
  - c ( ) Cuando la mujer ya no está excitada.
  - d ( ) No sé.
- 61.- Los condones o preservativos se deben usar de la siguiente manera :
- a ( ) Después de la primera vez lavarlo y usarlo cada vez que se necesite.
  - b ( ) Se usa solamente una vez y se desecha.
  - c ( ) Se lava antes de usarlo y se desecha.
  - d ( ) No sé.



- 62.- Comunmente los condones o preservativos vienen enrollados para :
- a ( ) Que se transporten de una forma más práctica.
  - b ( ) Que al colocarlo se vaya desenrollando.
  - c ( ) Para que la mujer se lo introduzca fácilmente
  - d ( ) No sé.
- 63.- La espuma como método anticonceptivo es :
- a ( ) Una sustancia química.
  - b ( ) Una sustancia hormonal
  - c ( ) Una sustancia química y hormonal.
  - d ( ) No sé.
- 64.- La espuma como método anticonceptivo tiene la siguiente presentación :
- a ( ) Envasado bajo presión en una lata o botella con gas inerte que al ser liberado produce una espuma espesa
  - b ( ) Envasado en una lata o botella con un dispositivo que hace que funcione como spray.
  - c ( ) Envasado a alta presión.
  - d ( ) No sé.
- 65.- La espuma como método anticonceptivo debe ser usado de la siguiente forma :
- a ( ) Se inserta la espuma en el aplicador, el cual es colocado dentro de la vagina lo más profundo que se pueda y se vierte el contenido, quince minutos antes de la relación sexual.
  - b ( ) Se toma la espuma con los dedos, estos se introducen a la vagina y se embarra la espuma cinco minutos antes de la relación sexual.
  - c ( ) Se coloca el dispositivo del spray en la vagina y se presiona.
  - d ( ) No sé.
- 66.- El uso de la espuma como método anticonceptivo tiene una efectividad de :
- a ( ) 50 %.
  - b ( ) 70 %.
  - c ( ) 90 %.
  - d ( ) No sé.
- 67.- Los óvulos vaginales que son usados como método anticonceptivo, son :
- a ( ) Un producto químico de consistencia sólida, que se derrite rápidamente a la temperatura del cuerpo, al ser introducida en la vagina.
  - b ( ) Un producto químico de consistencia líquida, el cual es introducido a la vagina por medio de un aplicador especial.
  - c ( ) Un producto hormonal de consistencia sólida, que se derrite rápidamente a la temperatura del cuerpo, al ser introducido en la vagina.
  - d ( ) No sé.

68.- La efectividad del diafragma es de :

- a ( ) 99 %.
- b ( ) 75 %.
- c ( ) 85 %.
- d ( ) No sé.

69.- La efectividad del diafragma depende de :

- a ( ) El uso adecuado ( colocación y extracción).
- b ( ) Que el orificio por el que pasan los espermatozoides no sea mayor de un milímetro.
- c ( ) Qué la caducidad no este vencida.
- d ( ) No sé.

70.- La efectividad de la vasectomía es de :

- a ( ) 99 %.
- b ( ) 58 %.
- c ( ) 82 %.
- d ( ) No sé.

71.- La efectividad de la salpingoclasia es de :

- a ( ) 99 %.
- b ( ) 58 %.
- c ( ) 86 %.
- d ( ) No sé.

72.- La efectividad de las inyecciones anticonceptivas es de :

- a ( ) 99 %.
- b ( ) 75 %.
- c ( ) 89 %.
- d ( ) No sé.

73.- La efectividad del norplant es de :

- a ( ) 50 %.
- b ( ) 99 % o más.
- c ( ) 70 %.
- d ( ) No sé.

74.- El objetivo del diafragma es :

- a ( ) No permitir el paso del pene a la vagina.
- b ( ) Cubrir el cuello del útero.
- c ( ) Impedir la maduración del óvulo.
- d ( ) No sé.

75.- El diafragma se usa de la siguiente forma :

- a ( ) En el borde del diafragma se coloca crema o jalea anticonceptiva, se introduce éste hasta el fondo de la vagina, antes del contacto sexual.
- b ( ) Antes de la penetración se coloca en la entrada de la vagina.
- c ( ) En el borde del diafragma se coloca crema o jalea anticonceptiva, y se coloca en la punta del pene.
- d ( ) No sé.

76.- El diafragma se debe extraer :

- a ( ) Inmediatamente después de la relación sexual.
- b ( ) 24 horas después de la relación sexual.
- c ( ) 15 minutos después de la relación sexual.
- d ( ) No sé.

77.- El tiempo de efectividad del norplant es de :

- a ( ) 3 meses.
- b ( ) 5 años.
- c ( ) 24 hrs.
- d ( ) No sé.

78.- El norplant esta constituido por :

- a ( ) 30 mg. de hormonas.
- b ( ) 6 cápsulas de silastic.
- c ( ) 300 ml. de hormonas.
- d ( ) No sé.

79.- El norplant puede tener las siguientes presentaciones :

- a ( ) De 21 y 28 pastillas
- b ( ) De 2 y 6 cápsulas.
- c ( ) De 40 y 45 ml. de solución inyectable.
- d ( ) No sé.

80.- El norplant se usa de la siguiente forma :

- a ( ) Las cápsulas se colocan debajo de la piel del brazo o antebrazo por medio de un trocar, en una incisión de 3 a 4 mm., distribuyendo las 6 cápsulas en forma de abanico.
- b ( ) Las cápsulas se toman durante 28 días consecutivos, se dejan pasar 2 días, y se comienza a tomar nuevamente, para provocar regularidad en el ciclo menstrual.
- c ( ) La solución es inyectada el día primero de cada mes en el gluteo.
- d ( ) No sé.

81.- Para dejar de usar el norplant, se realiza lo siguiente :

- a ( ) Se realiza una incisión en el mismo lugar de la colocación, extrayéndose las cápsulas.
- b ( ) Después de terminado el ciclo de las cápsulas, ya no se ingieren las siguientes.
- c ( ) Se deja de inyectar, dejándose disolver la que se encuentre dentro del cuerpo.
- d ( ) No sé.

82.- Es un disco de hule látex en forma de cúpula montado en un resorte circular :

- a ( ) Condón.
- b ( ) Diafragma.
- c ( ) Norplant.
- d ( ) No sé.

83.- Cuando se utiliza este método, se le coloca una crema o jalea espermaticida sobre la superficie y al rededor del borde, antes de introducirlo :

- a ( ) Condón.
- b ( ) Diafragma.
- c ( ) Norplant.
- d ( ) No sé.

84.- El índice de efectividad del diafragma es de :

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

85.- La mujer que tenga problemas cardiacos, no conviene que haga uso de este método anticonceptivo :

- a ( ) Inyecciones.
- b ( ) Temperatura basal.
- c ( ) Salpingoclasia.
- d ( ) No sé.

86.- La enfermedad sexualmente transmisible, llamada candidiasis, es provocada por:

- a ( ) Hongo llamado candida albicans.
- b ( ) Bacterias llamadas candida albicans.
- c ( ) Insecto llamado candida albicans.
- d ( ) No sé.

87.- La tricomoniasis, enfermedad de transmisión sexual, es causada por :

- a ( ) Una bacteria llamada trichomonas vaginalis.
- b ( ) Un parásito llamado trichomonas vaginalis.
- c ( ) Un hongo llamado trichomonas vaginalis.
- d ( ) No sé.

88.- Las mujeres que padecen tricomoniasis, presentan los siguientes síntomas :

- a ( ) Secreción vaginal de color blancuzco o verdoso con olor a pescado, esta secreción puede ser abundante y estar acompañada por malestar y comezón en la vagina.
- b ( ) Sangrado abundante que no corresponde al sangrado menstrual, ya que es fuera de este período, presentándose dos o tres veces al mes.
- c ( ) Secreción vaginal transparente y excesiva comezón en la zona genital y la zona anal.
- d ( ) No sé.

89.- Los síntomas de tricomoniasis se presentan :

- a ( ) Inmediatamente después de tener el contacto infectante.
- b ( ) Entre siete y veintiun días después de tener el contacto infectante.
- c ( ) Entre cinco y diez días después de tener el contacto infectante.
- d ( ) No sé.

90.- Dentro de las enfermedades de transmisión sexual, encontramos las ladillas, que son

- a ( ) Insectos que pueden infectar el vello del pubis.
- b ( ) Hongos que pueden infectar el vello del pubis.
- c ( ) Bacterias que puedan infectar el vello del pubis.
- d ( ) No sé.

91.- Es una de las enfermedades de transmisión sexual que se puede transmitir por ropa de cama o toallas sucias :

- a ( ) Monilia.
- b ( ) Ladillas.
- c ( ) Herpes.
- d ( ) No se.

92.- Cuando una persona padece de ladillas, presenta los siguientes síntomas :

- a ( ) Tiene escozor, lo que provoca que se rasque.
- b ( ) Tiene secreciones de color verdoso.
- c ( ) Tiene hinchada la zona genital.
- d ( ) No sé.

93.- En la enfermedad de transmisión sexual llamada chancro blando, los síntomas se presentan :

- a ( ) De tres a siete días después del contacto infectante.
- b ( ) De ocho a quince días después del contacto infectante.
- c ( ) Inmediatamente después del contacto infectante.
- d ( ) No sé.

- 94.- Enfermedad que se caracteriza por la aparición de uno o varios granitos en la zona genital, que al reblandecerse y reventarse forman llagas de bordes dentados y base húmeda que sanaran fácilmente y son extremadamente dolorosos :
- a ( ) S.I.D.A.
  - b ( ) Chancro blando.
  - c ( ) Sífilis.
  - d ( ) No sé.
- 95.- Una persona que ha tenido contacto sexual con una persona infectada con linfogranuloma venéreo, presenta síntomas :
- a ( ) Después de siete a doce días del contacto.
  - b ( ) Después de quince a treinta días del contacto.
  - c ( ) Inmediatamente después del contacto infectante.
  - d ( ) No sé.
- 96.- Cuando una persona presenta una vesícula aislada, en el pene o en la vulva, y los nódulos linfáticos de la ingle, al inflamarse, endurecerse y adquirir la consistencia de un taco de goma, la piel que lo recubre, aparece reluciente y de un tono azulado-rojizo, diciéndose que padece de :
- a ( ) Chancro blando.
  - b ( ) Linfogranuloma venéreo.
  - c ( ) Gonorrea.
  - d ( ) No sé.
- 97.- Las llagas que tienen las personas que padecen esta enfermedad, se curan dejando cicatriz y los nódulos (pequeñas bolitas) desaparecen o revientan dejando salir por las grietas de la piel, una materia espesa y lechosa, llamada :
- a ( ) Chancro blando.
  - b ( ) Linfogranuloma venéreo.
  - c ( ) Ladilla.
  - d ( ) No sé.
- 98.- La enfermedad sexualmente transmisible denominada granuloma inguinal, provoca los siguientes síntomas :
- a ( ) Después del contacto infectante, aparecen unas pápulas de color rojo, que revientan y dan lugar a unas llagas irregulares.
  - b ( ) Después del contacto infectante aparecen manchas de color blanco al rededor de los genitales.
  - c ( ) Después del contacto infectante aparecen manchas rojas al rededor de los genitales.
  - d ( ) No sé.

- 99.- La sífilis es provocada por  
a ( ) Una bacteria llamada treponema pallidum.  
b ( ) Un parásito llamado treponema pallidum.  
c ( ) Un hongo llamado treponema pallidum.  
d ( ) No sé.
- 100.- Cuando una persona padece esta enfermedad, presenta un chancro que aparece en el lugar donde penetró un treponema :  
a ( ) Sífilis.  
b ( ) S.I.D.A.  
c ( ) Sarna.  
d ( ) No sé.
- 101.- Para que el uso del condón sea efectivo es necesario :  
a ( ) Fijarse en la fecha de caducidad y que exista aire bajo presión en el interior.  
b ( ) Fijarse en que la marca de condón sea conocida y que estén lubricados.  
c ( ) Fijarse en que el tamaño sea adecuado y que no este vencida la fecha de caducidad.  
d ( ) No sé.
- 102.- Cuando una mujer deja de tomar la píldora anticonceptiva por no tener ya contacto sexual, y decide seguir tomándolas nuevamente sin cuidado médico, puede provocar :  
a ( ) Que se reduzca la efectividad del método anticonceptivo.  
b ( ) Que libremente pueda automedicarse.  
c ( ) Que aumente el apetito sexual.  
d ( ) No sé.
- 103.- Para que el uso del óvulo sea efectivo como método anticonceptivo, es necesario :  
a ( ) Que se use un óvulo en cada contacto sexual.  
b ( ) Que el óvulo no se derrita rápidamente.  
c ( ) Que se use un óvulo y que la mujer no se levante entre cada contacto sexual.  
d ( ) No sé.
- 104.- Cuando se lleva a cabo la vasectomía y no se siguen las indicaciones post-operatorias esto provoca :  
a ( ) Que se de el riesgo de que se atrofien los conductos deferentes.  
b ( ) Que se de un embarazo no planeado.  
c ( ) Que se de el riesgo de que se provoque la impotencia.  
d ( ) No sé.
- 105.- La salpingooclasia puede ver reducida su efectividad si :  
a ( ) No se evita el coito durante dos meses.  
b ( ) No se realice bien la técnica.  
c ( ) Si se hace cada dos años.  
d ( ) No sé.

- 106.- La eficacia en el uso de la temperatura basal como método anticonceptivo, se ve disminuida a causa de :
- a ( ) Pequeñas infecciones que aumentan su temperatura, confundiendo esta con el aumento de la temperatura provocada por la ovulación.
  - b ( ) Mucha actividad física realizada antes de que comience el periodo menstrual.
  - c ( ) Mucha actividad sexual antes de la menstruación.
  - d ( ) No sé.
- 107.- La efectividad en el uso del moco cervical o Billings como método anticonceptivo radica en que :
- a ( ) La mujer conozca los cambios que se dan en su organismo a nivel cervical durante la ovulación.
  - b ( ) La mujer sea capaz de detectar en forma simple la diferencia de olores en las secreciones cervicales.
  - c ( ) El hombre conozca los cambios que se dan en su organismo a nivel cervical durante la espermatogénesis
  - d ( ) No sé.
- 108.- El coito interrumpido puede tener poca eficacia
- a ( ) Porque el líquido pre-eyaculatorio algunas veces contiene espermatozoides.
  - b ( ) Porque la mujer con la que se tiene el coito es virgen.
  - c ( ) Porque la posición en la que se lleva a cabo el acto sexual no es el adecuado.
  - d ( ) No sé.
- 109.- La eficacia de las inyecciones anticonceptivas radica en :
- a ( ) Que sean administradas exactamente el día primero del mes.
  - b ( ) Que sean prescritas por el médico.
  - c ( ) Que sean administradas después de terminado el ciclo menstrual.
  - d ( ) No sé.
- 110.- La efectividad de la jalea como método anticonceptivo es de :
- a ( ) 70 %.
  - b ( ) 90 %.
  - c ( ) 80 %.
  - d ( ) No sé.
- 111.- Para que el uso de la espuma espermaticida sea efectivo :
- a ( ) Se debe colocar la espuma en el fondo de la vagina.
  - b ( ) Se debe de embarrar perfectamente bien en los genitales externos.
  - c ( ) Se debe colocar un día antes de tener el coito.
  - d ( ) No sé.
- 112.- Las jaleas anticonceptivas son eficaces en la medida en que :
- a ( ) Su administración sea en el lugar y tiempo indicado.
  - b ( ) Su administración sea inmediatamente después del coito.
  - c ( ) Su administración sea un día antes del contacto sexual.
  - d ( ) No sé.



- 113.- El uso de las cremas anticonceptivas tiene como objetivo :
- a ( ) Imposibilitar al espermatozoide en cuanto a su movimiento.
  - b ( ) Posibilitar al espermatozoide un mayor tiempo de vida.
  - c ( ) Debilitar al espermatozoide para que no viva más de treinta segundos.
  - d ( ) No sé.
- 114.- La efectividad en el uso de la crema espermaticida radica en :
- a ( ) Administrarla según la cantidad de coitos que se tengan
  - b ( ) Administrar la cantidad indicada en el aplicador.
  - c ( ) Administrarla inmediatamente después del coito.
  - d ( ) No sé.
- 115.- El chancro blando es transmitido por :
- a ( ) El treponema pallidum.
  - b ( ) El bacilo de Ducrey.
  - c ( ) El candida albicans.
  - d ( ) No sé.
- 116.- El granuloma inguinal es transmitido por :
- a ( ) Una bacteria llamada Cuerpo de Donovan
  - b ( ) Un virus de inmunodeficiencia adquirida
  - c ( ) Un microbio llamado trichomonas vaginalis.
  - d ( ) No sé.
- 117.- En esta enfermedad el varón puede ser portador asintomático, es decir, transmite la enfermedad pero sin saber que la padece :
- a ( ) Herpes genital.
  - b ( ) Tricomoniasis.
  - c ( ) Gonorrea
  - d ( ) No sé.
- 118.- Algunos de los síntomas que presentan las personas que padecen del S.I.D.A., son :
- a ( ) Rápida pérdida de peso, fiebre, diarrea.
  - b ( ) Rápida pérdida de peso, diarrea y ardor al orinar.
  - c ( ) Rápida pérdida de peso y cáncer.
  - d ( ) No sé.
- 119.- El SIDA puede ser transmitido durante el contacto sexual por :
- a ( ) Semen.
  - b ( ) Semen y sangre.
  - c ( ) La orina.
  - d ( ) No sé.

120.- Esta enfermedad puede ser transmitida durante el parto por vía natural, de la madre al recién nacido :

- a ( ) Clamidia.
- b ( ) Ladilla.
- c ( ) Linfogramuloma venereo
- d ( ) No sé.

121.- Esta enfermedad principalmente la padece el varón :

- a ( ) Sífilis.
- b ( ) Uretritis inespecífica.
- c ( ) Herpes.
- d ( ) No sé.

122.- La Uretritis inespecífica puede ser transmitida por personas que padecen :

- a ( ) Clamidia, tricomonas, gonorrea y candida.
- b ( ) Clamidia, tricomonas, candida y gardneralla.
- c ( ) Clamidia, tricomonas y linfogranuloma.
- d ( ) No sé.

123.- Esta enfermedad principalmente la padece la mujer :

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

124.- Es una enfermedad de transmisión sexual provocada por una bacteria de la familia de la clamidia :

- a ( ) Linfogranuloma venéreo.
- b ( ) Gonorrea.
- c ( ) Herpes.
- d ( ) No sé.

125.- Es una enfermedad sexual rara que necesita de contactos repetidos con la(s) persona(s) infectadas para que se produzca el contagio :

- a ( ) SIDA.
- b ( ) Granuloma inginal.
- c ( ) Linfogranuloma venereo.
- d ( ) No sé.

126.- Se contagia por minúsculas coliflores que aparecen en la vulva, la vagina o el ano de la mujer, en el hombre aparecen en el prepucio o parte inferior del glande:

- a ( ) Granuloma inginal.
- b ( ) Herpes.
- c ( ) Verrugas venereas.
- d ( ) No sé.

- 127.- Enfermedad sexual que suele darse en los trópicos y es causada por un microorganismo :
- a ( ) Chancro blando.
  - b ( ) Herpes.
  - c ( ) Verrugas venéreas.
  - d ( ) No sé.
- 128.- Enfermedad producida por la candida que puede penetrar en la vagina de la mujer a través del pene de su compañero previamente infectado o puede ocurrir lo contrario, el hombre comenzará a sentir escozor después del acto sexual :
- a ( ) Tricomoniasis.
  - b ( ) Gonorrea.
  - c ( ) Monilia.
  - d ( ) No sé.
- 129.- Son síntomas que produce un hongo llamado candida albicans en la mujer, intenso escozor en vagina y vulva, acompañada de una secreción vaginal espesa, blanquecina e inodora a veces muy abundante. En los hombres la zona que produce escozor es el glande y el prepucio y en ocasiones aparece una secreción de la uretra. son propios de la enfermedad llamada :
- a ( ) Monilia.
  - b ( ) Tricomoniasis.
  - c ( ) Gonorrea.
  - d ( ) No sé.
- 130.- La candidiasis puede ser producida por :
- a ( ) Únicamente contacto sexual.
  - b ( ) Utilizar toallas contaminadas.
  - c ( ) Transmisión sexual y toallas contaminadas.
  - d ( ) No sé.
- 131.- Enfermedad que aparece al cabo de tres a siete días después de realizado el acto sexual con una persona infectada y que se manifiesta con uno o varios granitos en el pene del hombre o en la vulva de la mujer. Estos granos se desarrollan rápidamente, se revientan formando unas pequeñas llagas de bordes dentados y base húmeda, las llagas son blandas, sangran fácilmente y son en extremo dolorosas y producidas por una bacteria :
- a ( ) Sífilis primaria.
  - b ( ) Chancro blando.
  - c ( ) Condiloma.
  - d ( ) No sé.
- 132.- Enfermedad producida por una bacteria llamada Donovanía Granulomatis :
- a ( ) Linfogranuloma venereo.
  - b ( ) Granuloma inguinal.
  - c ( ) Chancro blando.
  - d ( ) No sé.

133.- El granuloma inguinal se puede contraer en :

- a ( ) Baños públicos.
- b ( ) Únicamente contacto sexual.
- c ( ) Utilizar toallitas contaminadas
- d ( ) No sé.

134.- Enfermedad poco común, su contagio es por contactos sexuales repetidos con personas infectadas es causada por una bacteria llamada Donovanina y se manifiesta al cabo de unos días, semanas o meses del contagio, aparecen pápulas (pequeñas bolitas) de color rojo, estas revientan y dan lugar a unas llagas irregulares que pueden propagarse :

- a ( ) Chancro blando.
- b ( ) Granuloma inguinal.
- c ( ) SIDA.
- d ( ) No sé.

135.- Enfermedad causada por un hongo oportunista localizado en la boca, faringe, intestino, piel, pliegues cutáneos, ano vagina y vulva :

- a ( ) Candida o monilia.
- b ( ) Herpes simple y chancro blando.
- c ( ) Verrugas venéreas.
- d ( ) No sé.

136.- La candidiasis o monilia es producida por :

- a ( ) Un hongo oportunista.
- b ( ) Un virus.
- c ( ) Una bacteria.
- d ( ) No sé.

137.- Enfermedad producida por un hongo llamado candida albicans, que no siempre produce síntomas :

- a ( ) Tricomoniasis.
- b ( ) Condiloma.
- c ( ) Moniliasis.
- d ( ) No sé.

138.- Enfermedad producida por un hongo oportunista, que se manifiesta con flujo abundante, blanquesino y grumoso, produciendo ardor y comezón vulvar :

- a ( ) Candidiasis o moniliasis.
- b ( ) Gonorrea.
- c ( ) Tricomonas.
- d ( ) No sé.

139.- La moniliasis es una de las enfermedades sexuales que presenta un agravante de sus síntomas ante:

- a ( ) El embarazo y el uso de anticonceptivos hormonales.
- b ( ) La diabetes y el tratamiento con corticoides.
- c ( ) La presencia de cáncer.
- d ( ) No sé.

## BIBLIOGRAFÍA.

Aberastury, A. y Knobel, M. (1982). "La adolescencia normal". Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.

Biblia. (1992). Ediciones Paulinas.

Carvajal de G., M. E.; Cruz, V.; Cabal de P., M. I.; Climent, C. y Rivera, A. (1984). "De la concepción a la adolescencia". Colección de comportamiento y salud 1. Editorial Norma. Bogota, Colombia.

Consejo Nacional de Población. (1985). "Manual de la Familia". México.

Consejo Nacional de Población. (1986). "Sociedad y sexualidad". Vol. I. México.

Consejo Nacional de Población. (1986). "Familia y sexualidad". Vol. II. México.

Consejo Nacional de Población. (1986). "Individuo y sexualidad". Vol. III. México.

Consejo Nacional de Población. (1986). "La educación de la sexualidad humana". Vol. IV. México.

Cooley, D. G. (1974). "Guía médica familiar". Family medical guide. Volumen 1. Editorial Acervo. Barcelona, España.

Dexeus, T. B. y colaboradores. (1987). "Anticoncepción". Ediciones Salvat. Barcelona, España.

Dexeus, T. B. y colaboradores. (1986). "Enfermedades de transmisión sexual". Ediciones Salvat. Barcelona, España.

Erikson, E. H. (1992). "Identidad, juventud y crisis". Editorial Taurus Humanidades. España.

Erikson, E. H. (1972). "Sociedad y adolescencia". Editorial Siglo XXI. México.

Federación Internacional de Planificación de la Familia. (1967). "Historia de los anticonceptivos".

Federación Internacional de Planificación Familiar. (1985). "Guía de métodos anticonceptivos modernos".

Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C. (1989). "Sexualidad de la gente joven". México, D.F.

Galli, N. (1984). "Educación sexual y cambio cultural". Editorial Herder. Barcelona, España.

- Gómez Magallón, M. A. (1995). "Embarazo en la adolescencia". Tesis para especialidad en ginecología y obstetricia. Facultad de Medicina. UNAM.
- Harrison, T. R. (1989). "Principios de medicina interna". Volumen I. Editorial Interamericana. México.
- Harrison, T. R. (1989). "Principios de medicina interna". Volumen II. Editorial Interamericana. México.
- Hubbard, Ch. (1986). "Como orientar en planificación familiar". Editorial Pax - México. México.
- Hurlock, E. (1994). "Psicología de la adolescencia". Editorial Paidós. Psicología Evolutiva. México.
- Katchadourian, H. (1979). "Las bases de la sexualidad humana". Editorial CECSA. México.
- Kilby, D. (1988). Sexo seguro "Educación sexual anticoncepción y enfermedades venéreas". Editorial Interamericana Mc Graw - Hill. México.
- Lehalle, H. (1990). "Psicología de los adolescentes". Editorial Grijalvo. México.
- Licea Jiménez, G. (1993). "Adolescencia sexualidad y Sida". Tesis de licenciatura en sociología. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales UNAM.
- Llewellyn - Jones, D. (1987). "Enfermedades de transmisión sexual como identificarlas y prevenir las relaciones humanas y sexología". Editorial Grijalvo. México.
- Masters, W. H., Johnson, V. E. y Kolodny, R. (1996). "Eros Los mundos de la sexualidad". Editorial Grijalvo. Barcelona, España.
- Masters, W. H.; Johnson, V. E.; Kolodny, R. C. (1987). "La Sexualidad Humana". Tomo II. Editorial Grijalvo. México.
- Masters, W. H.; Johnson, V. E.; Kolodny, R. C. (1987). "La Sexualidad Humana". Tomo III. Editorial Grijalvo. México.
- Mc Cary, J. y Mc Cary S. (1983). "Sexualidad humana". Editorial Manual Moderno. México.
- Muuss, R. E. (1978). "Teorías de la adolescencia". Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Peel, J. y Poots, M. (1972). "Técnica y Control de la Natalidad". Editorial Diana. México.

Pérez Tamayo, R. (1985). "Enfermedades viejas y enfermedades nuevas". Editorial Siglo XXI: México.

Ramos, C. y Salazar, E. (1987). "Guía básica de educación sexual para el maestro de secundaria". Prosuperación familiar neolonesa, A C Monterrey, N L. México.

Rappoport I. (1977). "La personalidad y sus etapas". Las escuelas psicológicas. Biblioteca psicología de la personalidad. Editorial Paidós Buenos Aires, Argentina.

Ratel, J.; Richard, J. y Saglier, P. (1987). "Diccionario de la salud infantil". Editorial Grijalvo. México.

Rychlak, J. F. (1988). "Personalidad y psicoterapia una aproximación a la construcción teórica". Editorial Trillas. México

Secretaría de Salubridad. (1986). "Planificación Familiar". Subsecretaría de servicios de salud. Dirección General de Planificación Familiar. Vol. 2 No. 3. México.

Secretaría de Salubridad. (1985). "Manual de contenido para el curso básico sobre educación sexual y planificación familiar". Subsecretaría de servicios de salud. Dirección General de Planificación Familiar. México.

Segatore, I. y Poli, G. (1963). "Diccionario médico". Editorial Teide Barcelona, España.

Soto Ramírez, A. y Garduño Martínez, J. (1992). "Estudio exploratorio sobre la planificación familiar en obreros del sexo masculino". Tesis de licenciatura en psicología. Facultad de Psicología. UNAM.

Uribe Zuñiga, P. (1994). "El condón femenino ¿Una nueva alternativa?". Ciencias, Revista de difusión, Facultad de Ciencias, Núm. 33 Enero-Marzo UNAM.