

192

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

TESIS GRUPAL

“EVALUACIÓN DEL IMPACTO QUE TIENE UN PROGRAMA
DE EDUCACIÓN SEXUAL IMPARTIDO A LOS ADOLESCENTES
QUE CURSAN EL TERCER GRADO DE LA SECUNDARIA
No. 52 DE SAN PEDRO ATOCPAN MILPA ALTA MÉXICO D. F.

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

PRESENTA :
ROMERO JIMENEZ EDUARDO
No. CUENTA 8700327-3

SÁNCHEZ HERNÁNDEZ FERNANDO
No. CUENTA 9019892-4

068162

DIRECTOR DEL TRABAJO

LIC. SEVERINO RUBIO DOMINGUEZ

Escuela Nacional de

Enfermería y Obstetricia

MÉXICO D. F. MARZO/Octubre de

1962



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.

DEDICATORIA.

A DIOS.

*Por haberme dado la vida, mis padres
y la oportunidad de estar en esta
Digna profesión.*

A NUESTRA FAMILIA.

*Que con su entusiasmo y sacrificio
Lograron realizar una de sus mas
Grandes ilusiones, por su comprensión
Durante los años escolares.*

A LAS INSTITUCIONES

*Que nos permitieron llevar nuestros
Conocimientos a la practica
Profesional.*

A LA COMUNIDAD DE PACIENTES

*Que directamente me dieron sus
Enseñanzas en sus momentos de
De dolor y alegrías, por ellos nos
Debemos lo que somos hoy que con
Errores y éxitos siempre estaré
Agradecido .*

INTRODUCCIÓN.

En el proceso evolutivo del ser humano en la "Adolescencia" existen cambios biopsicosociales, los cuales aunados a la cultura transmitida por la sociedad, medios de comunicación, la poca comunicación intra familiar tan significativamente que impactan al adolescente en sus actitudes y su concepción de la sexualidad del mundo real.

La Secretaría de Salud, que pretende fomentar la cultura de la salud, por lo cual ha implementando varios programas en orientación sobre Educación Sexual y Reproductiva, Métodos de Anticoncepción, Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH, Violaciones, Abortos, y Prevención de Embarazo.

El Embarazo en Adolescentes se sucede entre los 10 y 19 años (Stern 1997), es cierto que la mayor parte de la información disponible sobre la fecundidad de las Adolescentes se registra en el grupo de 15 a 19 años, sin embargo, no podemos dejar de ver con preocupación que con más frecuencia se registran Embarazos en mujeres menores de 15 años sobre todo en comunidades rurales.

Por medio de la Dirección General de Planificación Familiar, del estudio denominado Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes en el Área Metropolitana de la Ciudad de México, reportó que la edad promedio de la primera relación sexual en los hombres es a los 16 años y de 17 en las mujeres. Por tal motivo, no cabe duda que exista mucha demanda para que la cobertura de dichos programas llegue a todas las zonas rurales de alto riesgo.

En la Comunidad de San Pedro Atocpan en la Delegación Milpa Alta D.F , por su condición *sociocultural* se expone a diversos factores de riesgo (Condición Socioeconómica, Falta de Educación Sexual, Alcoholismo, Drogadicción, la actitud de rebelión que toman los adolescentes ante los padres, la gran invasión de los medios de comunicación en cuestiones eróticas y pornográficas provocan en el adolescente una actitud de tomar la decisión entre tener sexo o no), con llevando a problemas como Enfermedades Venéreas, Embarazos no deseados y Abortos en la población Adolescente, madres solteras, un nivel socioeconómico aún más bajo, desintegración familiar, abandono de niños recién nacidos, e incluso en ocasiones el suicidio.

Esta situación a generado, la planeación y ejecución de numerosas estrategias preventivas para la población de los Adolescentes de dicha comunidad.

Considerando básica la Educación Sexual en esta etapa se elabora y se aplica un cuestionario previo(diagnostico) en donde se eligen por método aleatorio a 60 alumnos (30 hombres y 30 mujeres); Se elabora un programa de Educación Sexual en base a las necesidades encontradas dirigido a los alumnos de tercer año de la secundaria de San Pedro Atocpan; También se elabora un cuestionario final que se aplica a todos los alumnos del tercer año de la secundaria de San Pedro Atocpan que tiene por fin evaluar los conocimientos presentes después de la aplicación del programa de Educación Sexual, con el fin de mejorar su Salud Reproductiva y también sus condiciones de vida.

Para sustentar la investigación se engloban los temas acerca Sexualidad, Sexualidad humana: El papel de la Escuela con respecto a la Sexualidad, la familia y la sexualidad, Planificación Familiar, métodos anticonceptivos, anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y masculino, LOS PROBLEMAS DE LOS ADOLESCENTES, pubertad, enfermedades de transmisión sexual, y SIDA.

¿POR QUÉ DE LA EDUCACIÓN SEXUAL?	16
OBJETIVOS DE LA EDUCACIÓN SEXUAL	16
SEXUALIDAD HUMANA	18
PROBLEMAS EN LA SEXUALIDAD MASCULINA	23
LAS DROGAS Y LA RESPUESTA SEXUAL	25
MITOS SEXUALES	26
* DESARROLLO SEXUAL ANORMAL O VARIABLE	27
ANATOMIA Y FISIOLÓGÍA	33
FISIOLÓGÍA DE APARATO GENITAL DE LA MUJER	38
ACTO SEXUAL FEMENINO	44
APARATO GENITAL MASCULINO	45
FISIOLÓGIA DEL APARATO GENITAL DEL HOMBRE	49
ACTO SEXUAL MASCULINO	52
- CAMBIOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS DURANTE LA PUBERTAD	56
LA FAMILIA Y LA SEXUALIDAD	60
FAMILIA Y SUS ROLES SEXUALES	65
LA ESCUELA EN LA EDUCACIÓN SEXUAL	67
EL ADOLESCENTE Y LA SEXUALIDAD	68
EMBARAZO	71
CAMBIOS PSICOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO	79
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	85
ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA	111
METODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES	112

METODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES	112
METODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES	114
ORALES COMBINADOS	
HORMONALES INYECTABLES	118
METODOS DE BARRERA Y ESPERMATICIDAS	124
OCLUSION TUBARIA BILATERAL	126
ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA	128
ANÁLISIS, DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	130
CONCLUSIONES	155
SUGERENCIAS	156
ANEXO	
CEDULAS DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN	158
PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL	164
BIBLIOGRAFA.	193

INDICE	
INTRODUCCIÓN	1
INDICE	2
JUSTIFICACIÓN	5
← PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
OBJETIVO GENERAL	7
OBJETIVO ESPECIFICO	7
METODOLOGÍA	
HIPÓTESIS	9
VARIABLES	9
UNIVERSO DE TRABAJO	
POBLACIÓN	
MUESTRA	9
↓ MUESTREO PARA EL DIAGNOSTICODE NECESIDADES DE EDUCACIÓN SEXUAL	9
TIPO DE INVESTIGACIÓN	10
LIMITES	10
LUGAR	10
TIEMPO	10
MARCO TEORICO	
→ SUBPROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES	13
SUBPROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	13
← MANUAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO NO PLANEADO EN LA ADOLESCENCIA	14
SEXUALIDAD	15
EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD	16

JUSTIFICACIÓN.

En México se han detectado diversos problemas de Salud Rural dados los cambios socio-económicos, políticos y culturales.

La problemática actual se ve reflejada en la población Adolescente, de la comunidad de San Pedro Atocpan, en la Delegación Milpa Alta, México D.F.

El Embarazo adolescente se sucede entre los 10 y 19 años de edad (Stern 1997), es cierto que la mayor parte de la información disponible sobre la fecundidad de las adolescentes se registra en el grupo de 15 a 19 años, sin embargo, no podemos dejar de ver con preocupación que con más frecuencia se registran embarazos en mujeres menores de 15 años.

Por medio de la Dirección General de Planificación Familiar, del estudio denominado Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes en el Área Metropolitana de la ciudad de México. Reporto que la edad promedio de la primera relación sexual en los hombres es a los 16 años y de 17 en las mujeres. Por tal motivo, no cabe duda que exista mucha demanda para que la cobertura de dichos programas llegue a todas las zonas rurales de alto riesgo.

En la comunidad de San Pedro Atocpan en la delegación Milpa Alta D.F., por su condición sociocultural se expone a diversos factores de riesgo (Condición Socioeconómica, Falta de Educación Sexual, Alcoholismo y drogadicción, ausencia de alumbrado, inseguridad pública, entre otros), conllevando a problemas con relación a Enfermedades Venéreas, embarazos no deseados y Abortos en la población Adolescente.

Cabe señalar que dichos factores de riesgo tienen repercusión en la salud de los Adolescentes de la secundaria No. 52 de San Pedro Atocpan, que están predispuestos a tener embarazos, abortos, enfermedades de transmisión sexual, e inclusive SIDA.

En La comunidad de San Pedro Atocpan, la población Adolescente no tiene un acceso adecuado a la información sobre Educación Sexual así como a los servicios de Planificación Familiar (Métodos Anticonceptivos, Enfermedades Venéreas y SIDA)

De los Embarazos registrados en el Hospital General Milpa Alta fueron 1047, del periodo Enero- Abril del año en curso de los cuales 355 fueron de Adolescentes entre 13-19 años, este representa el 33.5%; Y de los Embarazos en Adolescentes menores de 15 años, 38 fueron Abortos que esto representa el 10.70 % de los Embarazos en Adolescentes de 13-19 años.

Por lo Anterior el Pasante de la Lic. en Enfermería y Obstetricia considera de suma importancia llevar a cabo la investigación del impacto que tiene la Educación Sexual en la población Adolescente de la secundaria No. 52 en San Pedro Atocpan.

Esta situación ha generado, la planeación y ejecución de numerosas estrategias preventivas para la población de los adolescentes de dicha comunidad.

Considerando básico la Educación Sexual en esta etapa se elabora un programa de educación sexual dirigido a los alumnos de la secundaria No. 52 en San Pedro Atocpan, México D.F.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Actualmente en la familia como núcleo vital de la sociedad, en el desempeño de sus diversas funciones se observa lo siguiente:

- o Falta de comunicación de los padres con los Alumnos, sobre el tema de Educación Sexual.
- o Los medios de comunicación masivos que no contribuyen llevar a cabo una Salud Reproductiva Adecuada en los Adolescentes.
- o La falta de Información, Consejería Oportuna sobre Educación Sexual por parte del personal de Salud responsable de la comunidad de San Pedro Atocpan, Milpa Alta.
- o El desinterés de los alumnos para Informarse sobre el tema de Educación sexual con el personal de Salud.

Todo lo anterior origina una deficiencia de conocimientos en el tema de Educación Sexual en los alumnos de la secundaria No. 52 San Pedro Atocpan, en la delegación Milpa Alta.

Esto conlleva a que los adolescentes generalmente en su afán de experimentar llevan acabo la practica de la relación sexual, sin tener en cuenta las consecuencias y responsabilidades que esto implica, presentándose Embarazos no deseados, Enfermedades de Transmisión Sexual, Abortos, Abandono de estudios, incestos, etc.

Por tal motivo es de gran interés y de suma importancia evaluar el impacto que tiene la educación sexual, en los adolescentes que es el motivo del presente estudio.

¿cuál es el impacto que tiene un programa de educación sexual en los adolescentes en relación a su salud reproductiva, que cursan el tercer grado de la secundaria No. 52 de san Pedro Atocpan Milpa Alta México D.F ?

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar el impacto que tiene la Educación Sexual en los alumnos de la Secundaria No. 52 en San Pedro Atocpan, Milpa Alta.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Determinar el grado de conocimientos sobre Educación Sexual que tienen los Alumnos.
- Establecer necesidades de Educación Sexual en los alumnos de la Secundaria No. 52 en San Pedro Atocpan, a fin de llevar a cabo alternativas de Orientación y Educación.

Evaluar la efectividad del nivel de conocimientos sobre Educación Sexual a los Alumnos antes de que recibieran el programa de Educación Sexual, y después de que recibieron dicho programa.

METODOLOGÍA.

ETAPA I.- Revisión de bibliografía sobre el tema de Educación Sexual, Reconocimiento Social, Cultural de la comunidad de San Pedro Atocpan, Milpa Alta y de las características de los Adolescentes de la Secundaria No.52, en San Pedro Atocpan, Milpa Alta, así como recabar información sobre el tema impartido en la Secundaria y se pidió la Autorización y Aprobación de llevar a cabo la investigación en la Secundaria

ETAPA II.- Se recolecta la Información Estadística en el Hospital General Milpa Alta y en la Jurisdicción, sobre Embarazos, Abortos, Enfermedades de Transmisión Sexual, en Adolescentes de la comunidad de San Pedro Atocpan, Milpa Alta.

Se investiga la participación del personal de salud sobre la impartición de pláticas de Educación Sexual, las cuales son muy escasas e inadecuadas para los Adolescentes de la Secundaria.

ETAPA III. Consiste en 3 pasos de la investigación, el 1er paso se enfoca en la elaboración de un cuestionario previo con el objetivo de evaluar los conocimientos sobre educación sexual, que tienen los adolescentes de la secundaria No. 52 de San Pedro Atocpan, dicho cuestionario posee las características de incluir 9 preguntas abiertas que abordan los temas básicos de sexualidad (Anatomía, pubertad, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual y sida.), este cuestionario se le aplica el día 9 de octubre del 2000, a 60 alumnos (30 hombres y 30 mujeres.) de tercer grado de secundaria, los cuales fueron elegidos de una forma aleatoria simple, posteriormente los resultados se analizan y se describen, por tanto obteniendo un 8% que tienen una información básica sobre educación sexual, en tanto que el 92% no conoce la información sobre el tema de educación sexual.

2do. Paso se elabora un programa de educación sexual en base a las necesidades detectadas sobre educación sexual, en la población adolescente que cursan el 3er. Grado de secundaria mismo que se aplica a partir del día 16 del mes de octubre del 2000 al día 24 del mismo mes del 2000, el programa consiste en 6 sesiones divididas en 2 partes. cada sesión con una duración de 60 minutos cada una, las cuales son:

1. Comunicación familiar
2. Pubertad y proceso reproductivo.
3. Sexualidad y juventud.
4. El VIH y Enfermedades de Transmisión Sexual.
5. Embarazo Adolescente y Anticoncepción.
6. Evaluación del programa.

Las sesiones fueron impartidas por dos pasantes de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia, utilizando diferentes dinámicas y didácticas (técnica del buzón, socio dramas, audiovisual, lluvia de ideas, proyección de diapositivas, etc.)teniendo el apoyo de profesores que en determinadas ocasiones nos otorgaban el tiempo que disponían de su materia, para que recibieran las sesiones que estábamos impartiendo (educación sexual) y también el apoyo de los prefectos que estuvieron presentes en todas las sesiones impartidas, resguardando el orden, así como el apoyo de la subdirectora, que supervisaba la forma de cómo eran impartidas las sesiones.

3er paso, durante este periodo se lleva a cabo la elaboración del cuestionario final, que consiste de 28 preguntas cerradas, que incluyen los temas abordados en el programa de educación sexual, así como su aplicación a la población de adolescentes de 3er grado(152 alumnos).

Posteriormente los resultados obtenidos se analizan, se describen e interpretan, con el cuestionario previo y de esta forma evaluar el impacto que tuvo el programa de educación sexual en la población adolescente de 3er grado de la secundaria No. 52 de San Pedro Atocpan Milpa Alta.

Por último se elaboran las conclusiones de la investigación, así como se proponen sugerencias para próximas investigaciones.

HIPÓTESIS.

* Los Alumnos de la Escuela Secundaria No. 52 en San Pedro Atocpan en la Delegación Milpa Alta del turno matutino que recibirán el Programa de Educación Sexual, manifestaran aumento de hasta en un 75% de buen conocimiento favorable en su salud reproductiva que incluye los temas de Sexualidad.

VARIABLES.

Variable Independiente. - Alumnos de la Secundaria No.52 en San Pedro Atocpan, Delegación Milpa Alta y sus características generales.

Indicadores

- Edad
- Sexo
- Nivel Socioeconómico
- Religión
- Hábitos Higiénico-dietéticas

Variable Dependiente.-Conocimiento de la Educación sexual.

Indicadores

- Nivel de Estudio
- Medios de Comunicación.
- Conocimientos de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA.
- Conocimientos de Embarazo.
- Conocimientos de Planificación Familiar.
- Uso de métodos anticonceptivos.
- Conocimiento sobre pubertad.
- Conocimiento sobre anatomía y fisiología del hombre y mujer.

UNIVERSO DE TRABAJO.

Estudiantes inscritos en la secundaria No.52 de San Pedro Atocpan.

POBLACIÓN.

Alumnos de tercer grado (152 alumnos en total).

MUESTRA.

limitaciones.

Al inicio de la investigación el objetivo era medir el impacto que tiene la educación sexual en los grupos más vulnerables (1º. Y 2º. Grado de secundaria.

Esta situación al director y subdirectora no lo aprobaron por que en la comunidad de San Pedro Atocpan en Milpa Alta la población adulta no permite que se traten temas de sexualidad, por tal motivo se nos asigno solo a los grupos de tercer grado para llevar a cabo la investigación.

Para los fines la investigación, no se realiza la muestra solo es a conveniencia.

MUESTREO PARA EL DIAGNOSTICO DE NECESIDADES DE EDUCACIÓN SEXUAL.

Muestreo Aleatorio Simple: Por que se menciona el total que es de 152 alumnos de tercer grado de la Escuela Secundaria No. 52 y después se elige una muestra de 60 alumnos(30 mujeres y 30 hombres de tercer grado) en la cual, cada alumno tiene la misma probabilidad de ser elegido para la aplicación del cuestionario diagnostico y posteriormente se toma a la población en general de tercer grado para la aplicación del cuestionario final.

TIPO DE INVESTIGACIÓN.

La investigación es de tipo comparativo por que se indaga los resultados del cuestionario previo y final de toda la población de tercer grado que recibió el programa de Educación Sexual.

Es de tipo descriptivo por que se relata los hallazgos por medio de porcentajes y promedios.

Las técnicas de investigación son de tipo documental, bibliografía, hemerografía cuya información se ordena en fichas bibliografías para integrarlas en el marco teórico

Los métodos de recolección de información que se utilizan es una cedula de preguntas abiertas y cerradas(cuestionario), también se utiliza la entrevista directa de acuerdo a las autoridades y a sus facilidades otorgadas en el horario designado.

LIMITES.

Lugar.

Escuela Secundaria No. 52 de San Pedro Atocpan.

Tiempo.

15 Julio del 2000 al 15 de marzo del 2001.

sub. programa de salud Reproductiva de los Adolescentes.

El inicio de la vida sexual activa de los adolescentes requiere una estrategia que facilite la difusión de la información y la provisión de servicios especialmente diseñadas para la población en estas edades."

Dicha estrategia debe priorizar la comprensión de su sexualidad , las alternativas de protección contra embarazos no deseados y la transmisión de Enfermedades de transmisión sexual.

El objetivo del " programa de salud reproductiva de los adolescentes" es fomentar la adopción de actitudes y conductas responsables favoreciendo que los adolescentes a suman su sexualidad de manera autónoma , consiente y sin riesgos.

Este programa propone establecer unidades de servicios de salud reproductiva para los adolescentes en el 1er y 2do nivel de atención , así como establecer un sistema de referencia y contrarreferencia entre diversas unidades medicas.

Las acciones desarrolladas mediante este programa favorecerán en la población adolescente con vida sexual activa , la postergación de la edad al primer nacimiento, la disminución en la incidencia de Enfermedades de transmisión sexual, reducirán en un 50% el numero de embarazos , aumentaran en un 60% la prevalencia de uso de anticonceptivos , especialmente de preservativo, proporcionaran atención medica integral durante el Embarazo, parto y puerperio al total de menores de 20 años.

sub. programa de prevención y control de Enfermedades de Transmisión Sexual.

El objetivo del programa es disminuir la morbilidad y mortalidad a esta patología del país. El programa propone difundir información adecuada sobre prevención , mecanismos de transmisión y el reconocimiento temprano de síntomas , el cual enfatiza la necesidad de aumentar el uso del preservativo para el ejercicio de la sexualidad sin riesgo.,asi mismo señala la importancia en la detección temprana de los casos, el tratamiento y el seguimiento epidemiológico.

Dentro de las actividades del programa se haya la integración del sistema de notificaciones de los casos de Enfermedades de Transmisión Sexual, e incluyendo SIDA, al sistema Nacional de vigilancia Epidemiológica mediante un formato único precodificado favoreciendo con ello la notificación.

Las metas del programa incluyen eliminar la sífilis congénita para el 2000 disminuyendo en un 50% el numero de niños infectados por el VIH durante el Embarazo, parto o a través de la lactancia mediante el tratamiento de la administración del tratamiento anti-retroviral y proporcionando atención oportuna adecuada al 80% de las personas infectadas con VIH.

Manual de prevención del embarazo no planeado en la adolescencia.

La dirección general de salud reproductiva elaboro este manual como material de apoyo para los participantes que asistan al curso de atención a la salud sexual y reproductiva para los Adolescentes. Con el presente se pretende mejorar el servicio especializado para los adolescentes y su calidad de atención.

Es fundamental que el personal que participa en la atención a los / las adolescentes, contar con recursos teóricos que le permitan realizar acciones preventivas acordes a las necesidades particulares de dicha población, atender a la creciente población y disminuir los riesgos para su salud constituyen un reto, debido a los múltiples factores que afectan su desarrollo biosicosocial tales como: el embarazo no planeado y no deseado, las enfermedades de transmisión sexual , los abortos provocados y las adicciones.

Dentro de las acciones del manual es ayudar a incrementar conocimientos , generar actitudes para una sexualidad sana, postergar el inicio de vida sexual activa , promover practicas sexuales protegidas, contribuir a una cultura que favorezca la sexualidad libre y responsable

Como se puede observar los mencionados programas pretender abordar aparentemente el problema de salud reproductiva en los adolescentes , por lo que sirven de marco de referencia para realizar las intervenciones de educación sexual , así como de investigar el impacto que tiene la misma.

El programa de educación sexual esta diseñado en base a sus necesidades reales ,para ganar su confianza y así llegar a donde los / las adolescentes encuentren y hablen su mismo lenguaje, para obtener un conocimiento mas adecuado para su sexualidad de su tiempo y sus necesidades.

SEXUALIDAD.

Concepto:

- Son las características biológicas, psicológicas y socioculturales que nos permiten comprender al mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombres y mujeres.
- Es una parte de nuestra personalidad e identidad y una de las necesidades humanas que se expresa a través del cuerpo; es un elemento básico de la femineidad o masculinidad, de la auto imagen, de la autoconciencia, del desarrollo personal. Es parte del deseo para la satisfacción personal. Estimula las necesidades de establecer relaciones interpersonales significativas con otros.
- Sexo biológico es el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que nos diferencian a los seres vivos en femenino y masculino para propiciar la reproducción(sabemos que al unirse el óvulo y el espermatozoide para formar la célula huevo, cada uno aporta un cromosoma sexual hombre(X O Y), mujer(X), de la combinación de estos cromosomas pueden resultar las formulas XX o XY, correspondientes al sexo cromosómico femenino y masculino respectivamente.
- Sexo de asignación, de acuerdo con la conformación de sus genitales se le da el genero de hombre o mujer.
- Sexo social, de acuerdo con su genero se establecen sus expectativas en la familia y especialmente de la sociedad en cuanto al futuro rol sexual del recién nacido
- Sexo psicológico, los estímulos ambientales de la familia y la sociedad, frecuentemente estarán moldeando su conducta hacia un comportamiento de tipo femenino o masculino y su expresión social(sentirse hombre o mujer y va a actuar de acuerdo con ello)
- Si el sexo biológico coincide con el social y psicológico se puede decir que se logra una identidad sexual.
- La identidad sexual, es el aspecto psicológico de la sexualidad y comprende tres elementos indivisibles: identidad de genero, rol del genero y la orientación sexual.
- La identidad del genero que es el aspecto psicológico de la sexualidad, es el sentirse hombre o mujer y manifestarlo externamente a través del rol de genero, que es todo lo que una persona hace o dice para indicar a los otros y lo así mismo, el grado en el que se es hombre, mujer(inclusive ambivalente) La orientación sexual se refiere a la atracción, gusto o preferencia de la persona para elegir compañero sexual.(1)

EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD..

Si la formación de la sexualidad comienza desde el nacimiento, a este proceso paulatino diario, continuo que es ineludible se le denomina educación de la sexualidad. El proceso de la educación de la sexualidad puede darse tanto de modo informal como formal.

- Informal: es el proceso por el cual se enseña y aprende acerca del sexo y la sexualidad, sin que este sea planeado o dirigido en forma consistente (sin darse cuenta)
- Formal: es la planeación de los procesos de aprendizaje, directa o indirectamente, relacionados con el patrón de conductas y experiencias sexuales y con el patrón del sistema de valores relativo a la sexualidad (clases, pláticas, conferencias, libros, películas con información sexual dirigida y sistematizada) (1)

¿POR QUÉ DE LA EDUCACIÓN SEXUAL?

Muchas personas aún buscan con desesperación respuestas a los problemas relacionados con el sexo en cualquier fuente que se encuentre disponible. Esto es especialmente en los jóvenes. La incompetencia de los adultos para discutir acerca del sexo de manera franca y abierta con los jóvenes, los dota de una cualidad mágica irreal, la cual refuerza la preocupación del adolescente por el tema, lo que obstruye, además, las fuentes naturales legítimas de información sexual y fuerza a menudo a las personas a buscar fuentes inadecuadas, para satisfacer su curiosidad normal.

La ignorancia sexual engendra ansiedad sexual, y la causa principal de ambas es:

Los adultos en situación de instruir a los jóvenes, se encuentran muy a menudo llenos de sentimientos de culpa sexual. Existe una incertidumbre dolorosa acerca de lo que realmente ellos consideran que construyen una conducta sexual aceptable. Además de estar inmersos en sus conflictos y su ignorancia, los adultos se hayan a menudo renuentes a admitir sus prejuicios.

Pocas autoridades en conducta humana negarían que el ajuste sexual es esencial para la maduración y la adaptación fructífera al medio particular de cada individuo. Las investigaciones científicas y las observaciones clínicas (Maleolin, 1971; Thornburg, 1970) confirman que el ajuste sexual está positivamente relacionado con la educación sexual precisa, bien sincronizada, actualizada y presentada de manera global y congruente. Si los adultos jóvenes de hoy en día son educados adecuadamente, estarán en posición de educar a sus propios hijos de manera apropiada en relación con los temas sexuales. Sólo de este modo puede romperse el ciclo de ignorancia y ansiedad sexual. (2)

OBJETIVOS DE LA EDUCACIÓN SEXUAL.

La finalidad de la educación de la sexualidad, es educar al individuo para ayudarlo a realizarse en plenitud como ser humano sexual responsable de la búsqueda y expresión del placer sexual, así como de su función reproductora.

Los objetivos de la educación sexual están encaminados a que el individuo:

I Conozca y comprenda.

- La naturalidad de los procesos físicos y mentales relacionados con la sexualidad.
- Su papel femenino o masculino.
- Su compromiso con la sociedad.

II Aprenda.

- Que la sexualidad puede vivirse en forma creadora, unificando los criterios de libertad, responsabilidad, respeto y placer.

III Cultive.

- Valores, normas y patrones de conducta que sean rígidos para permitir el orden y flexibles para dar cabida al cambio de acuerdo en el contexto en el que se encuentre.

IV Este consciente.

- De los obstáculos a los que se va a enfrentar en un mundo en el que los tabúes, mitos y falacias en sexualidad, están muy presentes.

V Reflexione.

- Buscando alternativas y abriéndose campo a pesar de las restricciones, ampliando sus límites.(1)

Las enseñanzas, que se inician en la familia, normalmente van a ampliarse o continuarse en su círculo de amigos y en la escuela.

Creemos que el medio escolar tiene el deber ineludible de proporcionar educación sexual al alumno, como parte de su formación, para obtener pautas de conducta adecuadas, basadas en conocimientos objetivos proporcionados por otras materias de estudio-C, Naturales, Sociales, Ética-, lo que globaliza e integra enseñanzas sobre sexualidad en los procesos de aprendizaje del alumno y facilita el diálogo profesor-alumno.

En el ciclo inicial deben sentarse las bases sobre las que ampliar posteriormente los conocimientos:

En el preescolar, los objetivos de formación deben encaminarse a que;

- Conozca su cuerpo y por tanto, sus órganos sexuales externos, creando el vocabulario adecuado para designar los diferentes órganos.
- Sepa como se forman y nacen los niños
- Desarrolle unas buenas relaciones con los compañeros, independientemente de su sexo.

En el ciclo medio, las enseñanzas deben capacitar al alumno para que:

- Explique la anatomía y fisiología del aparato genital, masculino y femenino, con sus órganos internos y externos
- Describa esquemáticamente los cambios que se producen en la pubertad
- Expongan conocimientos básicos sobre embarazo
- Comprenda el afecto y el amor en las relaciones humanas
- Explique e integre las manifestaciones de la sexualidad en la adolescencia.

En el ciclo superior, el alumno debe recibir y elaborar conocimientos que le capaciten para:

- Conocer la fisiología de la fecundación
- Explicar el desarrollo y control del embarazo y parto
- Exponer la necesidad de evitar embarazos no deseados, separando la sexualidad de la reproducción
- Describir los métodos más usados en el control de la natalidad

- Identificar los centros sanitarios y los profesionales a los que pueden acceder para el control de la natalidad
- Conocer las disfunciones sexuales más frecuentes y la ayuda profesional que puede obtenerse
- Prevenir las enfermedades de transmisión sexual
- Explicar el papel de la sexualidad y el amor en las relaciones humanas
- Exponer las diferentes manifestaciones de la sexualidad.(3)

SEXUALIDAD HUMANA.

La Respuesta Sexual.

La reacción fisiológica a los estímulos sexuales, tanto en el hombre como en la mujer se dividen en cuatro fases:

- Fase de excitación.
- Fase de excitación sostenida o meseta
- Fase orgásmica
- Fase de bajada o resolución.

La fase de excitación.

La fase de excitación resulta de un estímulo físico o mental. El primer signo fisiológico en la mujer es la humedad de la vagina debido a la reacción sudorífica de las paredes vaginales que da una apariencia más oscura debido a la vasocongestión y al aumento de la miotonía. El clítoris aumenta en diámetro y longitud y la congestión de la sangre en los labios mayores hace que estos se aparten del orificio vaginal. Los labios menores se engrosan y oscurecen y el útero empieza a elevarse en la pelvis.

En el hombre la reacción genital incluye la erección del pené y la elevación del escroto con aumento de tensión en la piel de éste. Debido al engrosamiento de los cordones espermáticos se acercan los testículos al periné.

Las reacciones extragenitales en la mujer durante la fase de excitación incluyen aumento del tamaño de las glándulas mamarias, erección del pezón e hinchazón de la areola (también hay erección del pezón en el hombre) Aproximadamente 75% de las mujeres demuestran bochorno sexual, el cual empieza en el pecho, mamas y suele extenderse en la nuca, mejillas y hombros, mientras que solo un pequeño porcentaje de hombres experimentan dichos fenómenos.

Ambos experimentan un aumento en la tensión de los músculos voluntarios, en la frecuencia cardíaca y presión arterial.

La fase de excitación sostenida.

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

En la mujer el clítoris se retrae contra la parte anterior de la sínfisis púbica, y suele llegar a ser muy sensible a la estimulación directa. La vagina aumenta en amplitud y profundidad y se desarrolla una plataforma orgásmica a lo largo del tercio externo. El útero llega a ser sumamente irritable y sube en la pelvis falsa, haciendo que el cuello se eleve también en la vagina. Se aumenta la vasocongestión y engrosamiento de los labios mayores, mientras los labios menores cambian de color de rojo brillante a vino oscuro. Las glándulas de Bartholin en la mujer suelen secretar dos o tres gotas de líquido.

La erección de los pezones es marcada en ambos sexos. Las mujeres muestran aumento en el tamaño de las mamas con mayor urgencia areolar. Ambos sexos suelen experimentar una intensificación del bochorno (rubor), contracciones (espasmos) de la cara, abdomen y musculatura intercostal. El aumento de los latidos cardíacos y la presión arterial continua, las respiraciones son más rápidas. Si el estímulo y deseo no

son adecuados; o si el estímulo se refra durante esta fase, el orgasmo no ocurre y la fase de la resolución se prolonga.

Fase orgásmica.

El orgasmo o climax ocurre involuntariamente como una liberación del previo desarrollo vasocongestivo y miotonía.

Se sabe que el orgasmo es pélvico con una sensación experimentada en el clitoris, labios, vagina y útero en la mujer; y en el pené, próstata y vesículas seminales en el hombre.

En la mujer lo que principalmente ocurre durante el orgasmo es una serie de contracciones rítmicas e involuntarias del piso vaginal y plataforma orgásmica. Esto ocurre a intervalos de 0.8 por segundo y varían de 3 a 5 en un orgasmo suave, de 10 a 12 en uno intenso. Las contracciones son acompañadas por una contracción rítmica del útero y esfínter anal.

El hombre experimenta contracciones similares a 0.8 segundos de intervalo. Tanto en hombres como en mujeres, el orgasmo puede ser precedido por una sensación de orgasmo inminente, antes del comienzo de las contracciones rítmicas con una sensación de espasmo prolongado de los músculos del piso pélvico. En el hombre las sensaciones del climax empiezan durante la primer etapa de orgasmo cuando las vesículas seminales y próstata se contraen y expulsan su contenido en la uretra. Durante la segunda etapa hay una serie de contracciones rítmicas del piso pélvico. Del bulbo uretral y del pené por expulsar el semen.

En ambos sexos el ritmo cardíaco, la presión arterial y el número de respiraciones alcanzan un máximo durante esta fase. El rubor sexual llega a ser más pronunciado y los músculos del cuerpo se contraen, siendo más pronunciados en las manos y los pies.

Fase de descenso o resolución.

La fase de resolución es un periodo involuntario durante el cual el desarrollo vasocongestivo y miotonía desaparecen.

Disminuye el engrosamiento de la areola, clitoris y labios, la plataforma orgásmica y pené; las manifestaciones de contracción muscular se desvanecen más lentamente. En la mujer el clitoris retorna a su posición inicial, el útero disminuye de tamaño y vuelve a situarse en su lugar ordinario en la pelvis. En el hombre el escroto y los testículos disminuyen de tamaño y descienden a su posición normal. En ambos sexos el ritmo cardíaco, presión arterial y frecuencia respiratoria gradualmente retornan a su normalidad.

Las mujeres suelen tener otro orgasmo sin una fase de resolución, pero los hombres experimentan un periodo refractario durante el cual la respuesta orgásmica no puede suceder.

Técnicas para el coito.

Una meta importante de todo matrimonio es la relación sexual mutuamente satisfactoria. Se puede lograr una buena relación si cada quien tiene un conocimiento adecuado de la psicología y fisiología sexuales, así como una actitud positiva e interés en la satisfacción del compañero. La discusión abierta y desinhibida de los deseos y respuestas es más importantes que cualquier esfuerzo que se haga por conseguir las "reglas" expuestas en un libro. Cada participante debe estar en libertad de comunicar al otro las prácticas que aumenten el goce, así como las que lo disminuyen.

Preparación para el coito.

No existe ninguna rutina establecida que sea universalmente necesaria o útil en la preparación para el coito; una técnica que es ideal para una pareja, puede no serlo para otra.

No obstante, es algo común que la mujer necesita de un periodo de estimulación más prolongado que el hombre, para evitar el dolor de la primera penetración y para aumentar sus posibilidades de alcanzar el orgasmo. Mientras que el hombre puede lograr la erección en unos cuantos segundos, la mujer necesita de varios minutos para excitarse totalmente y producir una lubricación adecuada. Entre los tipos de caricias con los que se estimulan muchas mujeres están los besos profundos, besos en las orejas y cuello, y caricias suaves en los pechos.

Una prueba para saber si la mujer se encuentra lista para el acto es cuando las paredes vaginales ya han producido suficiente lubricante para evitar el dolor. El hombre puede determinar esto con sus dedos.

Los impulsos pélvicos pueden partir del hombre o de la mujer, o de ambos al mismo tiempo. Muchos matrimonios usan los tres movimientos. La velocidad y profundidad de dichos impulsos puede aumentarse para intensificar la excitación, o bien puede disminuirse para retardar el orgasmo y prolongar la conexión. La mayoría de las parejas adoptan un cuidadoso ritmo en sus movimientos para hacer que la mujer alcance el orgasmo antes que el varón. Durante el coito, la mujer debe ser estimulada en todas sus zonas erógenas. El beso profundo debe continuar. La estimulación de los pechos y de los pezones aumenta el nivel de excitación, y muchas responden intensamente cuando se les besa las orejas, el cuello y los hombros.

El orgasmo simultáneo no constituye una meta importante y que la concentración de esfuerzos para obtener dicha meta disminuye el placer en vez de aumentarlo. Las mujeres varían en cuanto a la facilidad con que alcanzan el orgasmo. La diferencia puede estribar en causas físicas y psicológicas.

"El hombre que desee mantener una relación sexual feliz y vigorosa debe tratar de satisfacer a su esposa".

Frecuencia del coito.

La frecuencia con que se realiza el coito es fuente de conflicto en muchos matrimonios. En casi cualquier relación, habrá veces en que uno desea hacerlo, mientras que el otro no tiene ganas, o bien, no puede responder. Semejantes situaciones pueden originar un lastre pesadísimo en la relación marital, a menos que ambos sean comprensivos y tolerantes.

Es muy difícil hacer comparaciones directas entre el impulso sexual biológico de hombres y mujeres, debido a la naturaleza diversa de dicho impulso. En un hombre, la acumulación de fluidos dentro de las vesículas seminales y de la glándula prostática actúa como estímulo interno. Mientras más se acumulen dichos fluidos, mayor es la necesidad de descargarlos.

La mujer sexualmente madura experimenta impulsos sexuales conminatorios que exigen satisfacción, especialmente la estimulación cuando sus órganos sexuales se llenan de sangre. Los factores culturales y psicológicos influyen tan enormemente el impulso sexual de ellas, parece ser que el promedio de las del siglo XIX eran más pasivas que el promedio de las de hoy.

Si existe un desacuerdo acerca de la frecuencia, cada quien debería tratar de evaluar la situación: ¿Hago todo lo posible para mantenerme físicamente atractivo, esbelto, limpio y exento de cualquier olor desagradable? ¿Soy agradable y cariñoso con mi esposa todo el tiempo, o sólo cuando estamos en la cama? Las mujeres generalmente necesitan mayor preparación psicológica que los hombres para las relaciones sexuales. ¿Le doy la importancia y tiempo suficiente al preludio sexual? ¿Trato de que mi mujer alcance el orgasmo tan frecuentemente como sea posible? La mujer, quien a menudo se decepciona, aprende pronto a evitar la frustración, evitando el sexo. ¿Gozamos de condiciones adecuadas en cuanto a privacidad y libertad cuando efectuamos el coito? ¿Se inhibe mi esposa por medio de quedar en cinta? Pocos hombres aprecian la cantidad de energía que la esposa gasta en el cuidado de los hijos, labores domésticas, actividades sociales, y en algunas la profesión que desempeñan. A veces, les queda muy poca energía para la actividad sexual. En años pasados, la mujer fatigada adopta a menudo un papel pasivo en el coito, pero hoy en día, muchos hombres quieren que tomen parte activa. La mujer, por su parte, desea alcanzar el orgasmo cuando hace el amor, por lo que suele resistirse al hacerlo cuando sabe que no tiene suficiente energía para llegar al clímax.

La esposa que se encuentra en esta situación debe preguntarse varias cosas: ¿Por qué lo rechazo? ¿Estoy tratando de castigarlo por algo que el mismo no puede controlar? ¿Soy egoísta con mi cuerpo? ¿Sentiría más confianza al emplear otro método anticonceptivo? ¿Le he explicado honestamente a mi marido la causa por la cual lo he rechazado?

Cuándo estoy cansada, ¿Me ofrezco a adoptar un papel pasivo para aliviar su tensión?

La situación en la que la esposa desea practicar el coito con más frecuencia que su marido es más difícil, ya que el hombre debe primeramente obtener erección, y debido a que por lo general, este debe desempeñar un papel sumamente activo para satisfacer a la mujer. En este caso, ella debe empezar por examinarse, ¿Trata de ser sexualmente atractiva, de mantenerse esbelta, bien vestida y peinada, y exenta de todo olor desagradable? ¿Sus exigencias son excesivas? Conforme el hombre envejece, su capacidad biológica para el sexo disminuye gradualmente; en esta situación está colocado en una posición emocional bastante difícil.

Además de las exigencias y quizá hasta las burlas de su mujer, lo atormentan sus propios sentimientos de incapacidad.

Coito rectal.

Las consecuencias de este tipo de relación, en muchas ocasiones son negativas, ya que es muy probable que, debido a la falta de aseo, se provoque una infección en la vagina.

La copulación anal requiere de algunas precauciones: 1) hay que lubricar el pené perfectamente con algún producto soluble en agua para evitar cualquier lesión rectal. Si posteriormente se va a practicar coito vaginal, hay que lavar el pené con agua y jabón para evitar cualquier infección vaginal a causa de las bacterias rectales.

El coito durante la menstruación, el embarazo y la vejez.

No existe ninguna razón importante para dejar de practicar el coito durante la menstruación. Sin embargo, la mayoría de los matrimonios lo evitan durante los 2 días de flujo más intenso, por razones prácticas o estéticas; No obstante, en los 2 a 3 días que siguen, en los que el flujo es limitado, tanto el hombre como la mujer lo pueden realizar. Algunas mujeres disfrutan especialmente estos días, debido a causas hormonales o a que no sienten temor de quedar embarazadas. Usualmente, se pueden continuar durante el embarazo hasta la sexta u octava semana antes del parto, a menos que se presente alguna circunstancia que haga necesario la prohibición del acto sexual.

Algunas mujeres sienten más deseos durante el embarazo; en otras, estos deseos disminuyen. El coito debe ser interrumpido definitivamente tan pronto como la mujer sienta algún dolor o incomodidad. Usualmente se prohíbe después del parto hasta seis semanas más tarde, para permitir que los órganos sanen por completo.

La vejez no necesariamente constituye una barrera para la vida sexual; muchas personas de edad continúan siendo activas, aunque la frecuencia de dicha actividad disminuye considerablemente. Los individuos que durante su juventud fueron muy activos, generalmente también lo son en su vejez. En ambos sexos, es importante que continúe la actividad, siendo más fácil retener capacidad para esta al no pasarse largos periodos de abstinencia.

Respuesta sexual en diferentes edades.

La capacidad sexual declina gradualmente. Los jóvenes se tienden a ser intensamente sexuales, y muestran una gran urgencia por tener descargas seminales. Las fantasías y los sueños sexuales suelen ser frecuentes. La descarga se expresa a través de coitos heterosexuales y homosexuales, masturbaciones o emisiones nocturnas.

No es sorprendente que un hombre de veintitantos años experimente el orgasmo varias veces al día con breves periodos de recuperación después de cada orgasmo. La erección se manifiesta con rapidez en respuesta a estímulos psíquicos o físicos, y la pérdida de la misma se efectúa lentamente. En el orgasmo, las sensaciones son muy intensas y la eyaculación no resta al cuerpo fuerza.

En los treinta el varón, todavía se interesa mucho en el sexo, se satisface con menos orgasmos. Todavía tiene erecciones rápidas y las pierde con lentitud.

A los cuarenta y tantos años, las intensas sensaciones genitales localizadas de años anteriores se hacen más difusas, a veces necesita de una estimulación más larga e intensa para obtener la erección.

Algunos hombres de sesenta y tantos años que pierden la erección durante el acto sexual necesitan de 12 a 24 horas para volverla a tener, aún cuando no se haya producido la eyaculación. La pérdida total de la erección sobreviene después del orgasmo, y la fuerza de la eyaculación disminuye. El hombre saludable disfruta del sexo durante toda su vida o en gran parte de ella.

Mujeres.

Las adolescentes son menos sexuales que sus compañeros masculinos, menos preocupadas por el sexo, y no sienten gran urgencia de descargarse orgásmicamente. Entre ellas, la masturbación que termina en orgasmo es menos frecuente.

En sus veintes, la joven puede practicar el coito con frecuencia, pero más en respuesta a las necesidades e iniciativas de su esposo. Su respuesta orgásmica es más lenta y menos consistente de lo que será posteriormente. Después de dar a luz, suele dar un aumento en sus deseos y respuestas sexuales. Al llegar a los treinta años, busca y propicia el sexo con más frecuencia, la respuesta es más rápida e intensa, la lubricación vaginal (equivalente a la erección masculina) ocurre instantáneamente y el orgasmo múltiple es frecuente.

Después de los años de la menopausia, la respuesta muestra una mayor variación. Se produce una declinación gradual en el impulso sexual. Las de cincuenta y sesenta años manifiestan una preocupación menor respecto al sexo que sus congéneres de 40. La lubricación vaginal ocurre con más lentitud, la tensión muscular es menor con la excitación, y las sensaciones son menos intensas. Con todo, aún las ancianas son capaces de tener un orgasmo múltiple, y con frecuencia poseen la misma capacidad para el orgasmo que a los 20 años.

Problemas sexuales comunes.

Frigidez.

Se trata de describir a una mujer que responde sexualmente y que disfruta, pero que rara vez o nunca alcanza el orgasmo a través de el negligente uso de la palabra hace mucho daño psicológico a la mujer y contribuye a que los problemas psicológicos que ya tiene se vean aumentados con la angustia, la vergüenza y la poca estimación. Los efectos de la frigidez en un matrimonio usualmente son obvios y predecibles. El marido se sentirá furioso, desdenado y rechazado, así como sexualmente incapaz, y, a menudo, como una defensa de su ego, incurrirá a aventuras extraconyugales para poder confirmar su propia capacidad.

Causas de la frigidez.

Los problemas en la respuesta sexual femenina usualmente tienen causas psicológicas y no físicas. Se sabe que el impulso biológico básico y la capacidad de satisfacción sexual generalmente están presentes, aunque bloqueados por factores psicológicos, tales como el desequilibrio hormonal. Hay muchos factores psicológicos involucrados. El temor es a menudo la causa de una respuesta femenina inadecuada. Dicho temor puede ser hacia los hombres, hacia el miembro masculino, hacia el embarazo, enfermedades venéreas, daños físicos o emocionales, pérdida de la identidad o temor de ligarse física o emocionalmente a alguien. La hostilidad es otro de los obstáculos para la respuesta femenina. Puede tratarse de hostilidad hacia los hombres en general o hacia un hombre en especial. Muchas mujeres que no gozan con sus maridos, responden considerablemente con sus amantes.

Muchas hijas de padres estrictamente moralistas crecen con el sentimiento persistente de que el sexo es malo y pecaminoso y, por lo tanto, castigable.

Otra Causa es el amor conflictivo. Una mujer puede descubrir que no puede aceptar a un hombre en particular por que esta ligada conscientemente, o lo que es más frecuentes, inconscientemente a otro hombre, o puede ser que sea amadora excesivamente de si misma.

Una mujer puede volverse frígida después de haber sido lastimada unas cuantas veces en sus relaciones con el hombre. Como defensa de ego, aprende a evitar cualquier implicación emocional total por temor de volverse a lastimar y decepcionar. De igual manera, la que ha sido emocionalmente despojada en su niñez, tal vez educada por padres fríos y poco cariñosos, al llegar a adulta puede descubrir que es incapaz de enfrentarse al riesgo de la desilusión que es inherente de toda relación interpersonal íntima.

Muchos de los hombres son directamente responsables de la falta de respuesta de su compañera. Algunos nunca le dan cariño ni atención y enseguida se sorprenden por que no se excita cuando ellos lo desean. Otros son tan inhibidos que hacen que la mujer sienta que el sexo es algo sucio. Su inhibición les impide excitar a la mujer y, también les ocasiona que eyaculen prematuramente. Después de bastantes fracasos, la mujer descubre con frecuencia que es mejor no arriesgarse a una desilusión más y se vuelve frígida.

Tratamiento de la frigidez.

El tratamiento de la frigidez combina aspectos educativos psicológicos y se encamina a que la mujer acepte su necesidad y su derecho en lo que toca al placer sexual; y asimismo, a demoler sus inhibiciones. Es importante que los cónyuges aprendan a comunicarse con más franqueza, ya que muchos problemas sexuales son parcialmente resultado de una inadecuada expresión de los sentimientos de cada uno.

Dispareunia(coito doloroso).

La dispareunia resulta de factores físicos y psicológicos. La que sufre este mal debe someterse a un examen ginecológico para determinar cualquier causa física. La vaginitis, la presencia del himen insólitamente duro, lesiones recibidas en los partos y otras anomalías anatómicas. Estos problemas se pueden corregir por medio de medicinas o de una intervención quirúrgica menor.

Cuando el coito es doloroso se asocia a factores emocionales, debe considerarse como parte de la imagen total de la frigidez. En tales casos es que los factores emocionales hacen que los músculos de la abertura vaginal se contraigan(vaginismo), o bien, que hay tan poca excitación que la producción de lubricante vaginal no es suficiente para impedir el dolor durante el coito.

Ninfomanía

La ninfomanía es típicamente una mujer con un impulso sexual normal, pero que experimenta gran dificultad en alcanzar orgasmos satisfactorios, por lo que desesperadamente busca una satisfacción de este tipo. A menudo simula el orgasmo para ocultar su condición. Va de hombre en hombre, esperando que el próximo le proporcione la satisfacción que necesita. Por supuesto que nunca lo encuentra, ya que el problema reside en ella misma.

Angustias acerca de la figura.

Muchas mujeres se angustian acerca de la apariencia de su cuerpo. La causa más común es el tamaño de los pechos; así mismo se preocupan de otras partes de su anatomía, tales como caderas, cintura, piernas, y señales dejadas por el embarazo. Como los medios de difusión han creado un concepto exagerado y estereotipado de la "figura ideal", muchas mujeres se sienten mal en comparación con ella.

Una mujer se puede obsesionar en tal forma con su "falta de seducción" que su placer sexual se ve disminuido. Incluso puede mostrarse renuente hacia las relaciones sexuales o de otro tipo, con hombres, por temor de ser rechazada.

No hay ninguna relación entre el tamaño del pecho y la idoneidad sexual y feminidad. La mujer plana no es de ninguna manera inferior o inadecuada sexualmente. El tamaño de sus senos no la priva de su propio placer sexual interfiere en el de su esposo(aunque su resultante complejo de inferioridad si puede hacerlo)

PROBLEMAS EN LA SEXUALIDAD MASCULINA.

Impotencia.

"Incapacidad persistente de mantener una erección lo suficiente para permitir el orgasmo y la eyaculación en el coito"

"Incapacidad de satisfacer a una mujer normal en el coito".

Impotencia primaria: en los que jamás se ha realizado un coito completo.

Impotencia secundaria: en los que la impotencia hace su aparición en un hombre otrora potente.

Causas de la impotencia.

Físicas:

- El abuso de alcohol y drogas
- Problemas hormonales(diabetes es una causa hormonal común de impotencia)
- Secreción insuficiente de hormonas gonadotropinas
- Secreción insuficientes de testosterona
- El proceso normal de envejecimiento

Psicológicas:

- El temor de ser descubierto en alguna aventura extraconyugal
- El miedo a la eyaculación prematura
- El de ser juzgado como sexualmente inferior
- El de provocar un embarazo
- El temor a las enfermedades venéreas.

Eyaculación prematura.

Masters y Jonson(1966) consideran que un hombre tiene este problema cuando no pueden retardar su eyaculación lo suficiente como para satisfacer a una mujer"normal" en cuanto a su respuesta sexual en un cincuenta por ciento de sus experiencias sexuales.

Causas:

Psicológicas:

- Hostilidad hacia la mujer(se utiliza la eyaculación prematura para privarla de satisfacción sexual)
- Sentimiento de culpa respecto al sexo(se utiliza la eyaculación prematura para acabar con todo)
- Sentimientos de incapacidad sexual(hay prisa en probar que el pené todavía funciona)
- Temores
- Conflictos amorosos.

Físicas:

- Uretritis
- Prostatitis
- Cistitis
- Diabetes

Tratamientos.

Masters y Jonson recomiendan que:

La mujer estimule con la mano el pené, hasta casi llegar al orgasmo y, enseguida con el pulgar y los demás dedos presiona firmemente el fuste del pené, exactamente por debajo del glande. Si se hace repetidamente esta técnica a menudo resuelve problemas de eyaculación prematura.

Es probable que el hombre puede volverse a excitarse y lograr una segunda erección en unos cuantos minutos, en cuyo caso, la presión seminal es menor, pudiendo prolongarse el coito. Si se vuelven a producir eyaculaciones prematuras entonces se requiere de ayuda profesional.

Algunos médicos prescriben tranquilizantes suaves a sus pacientes que padecen este problema. Otros recomiendan la aplicación de un ungüento que contiene un anestésico local en el glande, para reducir el estímulo sensorial.

Eyaculación retardada.

Un hombre con este problema puede esforzarse para eyacular hasta llegar al agotamiento propio y quizás al de su pareja. En este caso, el coito es acompañado de una interrupción emocional y de sensaciones sexuales debilitadas. El hombre se siente emocionalmente alejado de su mujer, como si tuviera anestesiado el pénis.

Este tipo de anomalía puede presentarse cuando el hombre está muy cansado o no se encuentra apto para realizar el coito y, por otra parte, tampoco dispone de la energía necesaria para eyacular. También se puede deber a un disturbio en los nervios que controlan la eyaculación.

La eyaculación retardada persistente usualmente se atiende por medio de la psicoterapia y su objetivo es el de disminuir la tremenda preocupación que tiene el paciente respecto a su masculinidad y síntomas que la acompañan.

LAS DROGAS Y LA RESPUESTA SEXUAL.

Las drogas desempeñan un papel muy conspicuo en la vida moderna. Casi todo el mundo utiliza algún tipo de medicamento, alcohol, tabaco y otras ciertas drogas. Muchas de ellas tienen efecto en las respuestas sexuales. Por ejemplo: puede producirse un aumento o pérdida del deseo o capacidad sexual.

Alcohol.

A pesar de su reputación como estimulante sexual y su frecuente éxito como auxiliar en el proceso de la seducción, el alcohol en realidad no es un afrodisíaco. Sin embargo, lo que suele hacer es reducir las inhibiciones que se opongan al impulso sexual.

El alcohol es el primer caso de impotencia en muchos hombres y al mismo tiempo disminuye el interés en el sexo.

Marihuana.

Se ha dado a la marihuana el crédito de realzar el placer que produce el coito y especialmente el del orgasmo. Existen varios factores que actúan para producir esta reputación:

- La percepción agudizada de todos los sentidos corporales que se lleva a cabo con dosis moderada de marihuana.
- La distorsión del sentido del tiempo, lo que puede hacer que una experiencia sexual parezca durar más de lo que es en realidad dura.
- Es probable que se involucren varios factores psicológicos: el efecto de la fuerza de sugestión, el nexo común que se crea entre los adictos a la marihuana desde el momento en que comparten esta actividad "prohibida".

La marihuana es imposible que provoque alguna forma de expresión sexual que no se producirá de otra manera.

Heroína.

Muchas personas, con bastante torpeza, asocian la drogadicción con la hipersexualidad, con el concepto del maniaco sexual enloquecido con las drogas. En realidad quien es adicto a la heroína o a otro narcótico verdadero, por lo general, poco se interesa en el sexo. Este tipo de personas se divorcian de cualquier contacto con los demás, su libido (impulso sexual) es débil y a menudo es impotente cuando intenta establecer relaciones sexuales.

Anfetaminas y cocaína.

Las anfetaminas son drogas estimulantes que se prescriben para bajar de peso, para la depresión emocional y para otros usos médicos. Las dosis medicas producen poco o ningún efecto sobre la sexualidad, aunque el aumento de la confianza inducido por la droga, pueda servir para que una persona moderadamente deprimida venza la frigidez o la impotencia.. En dosis mayores pueden agudizar considerablemente la intensidad del orgasmo. A veces se presenta la capacidad de mantener la erección durante largo tiempo, combinada con la incapacidad de eyacular. Las dosis extremadamente abusivas con frecuencia dan lugar a una pérdida total del interés sexual así como la impotencia en los hombres.

Hace tiempo se utilizaba la cocaína como anestésico local. Los drogadictos la buscan por su efecto estimulante en general, y en particular, por el realce del orgasmo..

Afrodisiacos.

Es una droga que puede producir en cualquier sexo un deseo cada vez mayor de practicar el coito y capacidad para hacerlo.

El más famoso y controvertido de todos los afrodisiacos son las cantaridas.

Su supuesto efecto afrodisiaco se desprende de la circunstancia que provoca uretritis, la cual si es bastante aguda, puede causar priapismo en el hombre. El priapismo es una erección persistente (puede durar días) sin excitación sexual. Generalmente se trata de un padecimiento extremadamente doloroso y definitivamente no se asocia a ningún placer. La cantaridina es igualmente toxica para ambos sexos. Una dosis muy grande puede ser fatal.

MITOS SEXUALES.

El mito de que el tamaño del pené influye en el cumplimiento sexual. Los datos sobre las medidas de muchos penes en estado flácido y erecto muestran que no hay correlación entre el tamaño y la "masculinidad"; su tamaño no tiene correlación con la configuración corporal, peso, altura. Los penes que son más cortos en estado flácido tienden a aumentar grandemente durante la erección; los que son más grandes durante la flacidez tienden a experimentar menor desarrollo durante la erección.

El mito de que el tamaño de la vagina determina su cumplimiento sexual. La vagina es solamente un espacio potencial cuando esta vacío; se acomoda como sea el tamaño y forma de lo que la ocupa, sea que se trate del pené o cabeza del niño.

El mito de que la mujer tiene dos diferentes tipos de orgasmos, uno vaginal y el otro en el clitoris. Los cambios fisiológicos relacionados con la respuesta sexual son los mismos, sea o no estimulado el clitoris directamente. Durante el frotamiento coital rítmico la presión de los labios menores sobre el clitoris y en su cuerpo produce una estimulación clitoridea adecuada o indirecta para producir orgasmo en las mujeres en quienes el orgasmo vaginal es una realidad.

Esencialmente cualquier mujer orgásmica que permite que se repita o continúe una estimulación sexual es psicológicamente capaz de orgasmos múltiples. El número está relacionado solo con su deseo de continuar o cuando se sienta exhausta.

El mito de que la circuncisión tiene un efecto desventajoso en el control de la eyaculación. La circuncisión parece que tiene poco efecto en la sensibilidad táctil del pené, ni influye en el control de la eyaculación como ha sido ampliamente aceptado.

DESARROLLO SEXUAL ANORMAL O VARIABLE.

Hay muchas normas de conducta sexual que son contrarias a las que esgrimen algunos miembros de nuestra sociedad. Algunas formas de conductas son condenadas por casi todos. Otras prácticas son condenadas por unos y aceptadas por otros.

Homosexualidad.

La más común de las aberraciones sexuales es la homosexualidad-atracción por personas del mismo sexo.

Esta bien claro que la incidencia de homosexualidad es algo mayor entre los hombres que entre las mujeres, aunque la homosexualidad femenina (lesbianismo) no es nada rara.

La homosexualidad existe en todas las clases sociales, hombres o mujeres, pobres o ricos, ignorantes o intelectuales, jóvenes o viejos, solteros o casados.

Los signos exteriores de la homosexualidad son a menudo demasiados sutiles para ser percibidos por la gente, y cuando mucho, son los homosexuales los que los identifican. Los homosexuales masculinos pueden adoptar, ya sea una actitud afeminada respecto al modo de vestir y de actuar (imagen pública del raro), o bien, para atraer otros homosexuales, cultivan una imagen muy masculina. Las lesbianas por su parte, fluctúan en su apariencia, de una manera similar, de muy masculinas a muy femeninas.

Normas de conducta homosexual.

El patrón típico de las relaciones homosexuales difiere considerablemente entre los sexos. La tendencia de las lesbianas es la de establecer relaciones duraderas, las cuales pueden existir durante meses, años o incluso durante toda la vida. En estas relaciones, una de las partes asume un papel más dominante y masculino, tanto en su vestimenta como en su modo de actuar mientras que la otra parte el papel femenino.

El patrón típico de la homosexualidad masculina es completamente diferente. La tónica generalmente entre los hombres tiende a la variedad de pareja sexual. Las relaciones exclusivas son raras y pocas veces duraderas; el homosexual frecuentemente incurre en una búsqueda constante y aparentemente desesperada de aventuras sexuales. Pasa gran parte del tiempo en los bares donde se reúnen sus cofrades. Desde el momento en que existe mucha sollicitación de parte de estas personas.

La conducta sexual masculina parece indicar que la vida que lleva no es tan satisfactoria como la del homosexual femenino.

Algunos homosexuales contraen matrimonio, existen diversas motivaciones. A veces, quien hace esto es verdaderamente bisexual y disfruta de las relaciones con ambos sexos; el matrimonio es un intento que hace el homosexual por vivir una vida normal, pensando que el matrimonio puede resolver el problema de la homosexualidad, el matrimonio puede construir una fachada tras la que se puede ocultar la actividad homosexual, un intento de aparecer socialmente aceptable mientras que secretamente se incurre en actividades homosexuales.

Causas de homosexualidad.

Se acepta generalmente que las influencias que llevan a la homosexualidad se verifican durante la infancia. De hecho, el que un individuo vaya a ser homosexual o heterosexual se determina poderosamente antes de los 20 años, y después de esa época, la posibilidad de que se efectúe un cambio en cuanto a la atracción sexual es remota.

La relación entre el niño y sus padres se involucra frecuentemente como el factor contribuyente al desarrollo de la homosexualidad. La imposibilidad de identificarse con el progenitor de su mismo sexo es algo común entre los homosexuales. El varón tiene con frecuencia un apego insólitamente fuerte hacia su madre o hermana. Una importante influencia determinante en el desarrollo de la homosexualidad puede ser cuando un niño se da cuenta de que su sexo fue una especie de decepción para alguno de sus padres o para ambos, especialmente si la misma desilusión mostrada por éstos hace que lo traten como si perteneciera al sexo opuesto. Ocasionalmente, las madres utilizan al hijo como un sustituto de su marido, abrumándolo de cariño y evitándole que desarrolle una atracción normal hacia las mujeres, protegiéndolo de ellas y haciéndole observaciones derogatorias acerca del sexo opuesto y de las relaciones heterosexuales normales.

Las causas del lesbianismo son más diversas y más difíciles de averiguar. Por lo general, no es resultado de un lazo demasiado estrecho entre el padre y la hija. Por lo contrario quienes han tenido una buena relación con el padre tienden a ser heterosexuales. Típicamente las lesbianas vienen de familias inestables y han tenido malas relaciones con uno o ambos padres. Varias experiencias traumáticas suelen causar una gran inseguridad; sentimientos de inferioridad, la creencia que con el hombre no se pueden llevar ni confiar, prejuicios contra y miedo de la relación sexual entre hombre y mujer. En algunos casos parece que la madre misma ha dado fundamento a estas creencias y actitudes.

El masoquismo (placer sexual que se origina del maltrato) es una de las causas fundamentales de la homosexualidad. Toda la estructura de la personalidad del homosexual denota un deseo inconsciente de sufrir. Por medio de la homosexualidad, este deseo se realiza con frecuencia a través del arresto, la prisión, las enfermedades venéreas, las palizas que les propinan a menudo y otros problemas a los que de enfrentan los homosexuales.

Los incidentes aislados de la conducta homosexual se originan usualmente de las necesidades e impulsos temporales y de las actitudes homosexuales profundamente arraigadas. Los juegos sexuales entre niños del mismo sexo son comunes y por lo general no dan lugar a la homosexualidad adulta. Asimismo los episodios ocasionales de experimentación homosexual durante la adolescencia no necesariamente significan que al llegar a la edad adulta se convertirán en homosexuales. Incluso los adultos, cuando se les aísla del sexo opuesto, como en el caso de los presos, pueden incurrir a estas actividades, sin que por ello se les pueda considerar como verdaderos homosexuales.

Tratamiento de la homosexualidad,

La homosexualidad es un problema emocional y no una enfermedad física. Por lo tanto, su tratamiento gira en torno de la psicoterapia. Desgraciadamente, el índice de éxito en el tratamiento de la homosexualidad no ha sido tan grande como en otros tipos de problemas emocionales. Existen dos requisitos esenciales para tener éxito 1) que el homosexual realmente quiera cambiar. 2) contar con un terapeuta que entienda la homosexualidad y que tenga experiencia en su tratamiento

Transexualidad.

La transexualidad es el sentir que uno pertenece al sexo opuesto del que anatómicamente es. Puede darse la sensación de estar atrapado en el cuerpo del sexo equivocado. El transexual a menudo se viste con ropas del sexo opuesto, y expresa que siente un fuerte deseo por convertir su cuerpo, quirúrgica y hormonalmente, en uno del sexo opuesto.

El varón transexual, odia su sexo y no le hace gozar de ninguna manera. No tiene erecciones ni eyacuación. Se viste de mujer por que siente que es una mujer. Todo el patrón de vida transexual es usualmente el de una persona del sexo contrario.

Las actitudes transexuales usualmente se remontan a la niñez. Puede haber padres cuyo papel sexual era confuso o que se mostraron desilusionados por que el niño no pertenecía al sexo opuesto.

Muchos transexuales han logrado ser felices solamente después de haberse sometido a intervenciones quirúrgicas y hormonales para cambiar de sexo. Aunque innegablemente esta es una medida extrema que parece ofensiva a muchos del personal de salud y al público en general, las alternativas de muchos transexuales son un sufrimiento continuo y llegan hasta el suicidio.

Aquellos que cambian de hombre a mujer(procedimiento más común) se les proporcionan pechos y vagina, con la que experimentan placer sexual e incluso orgasmo. En el cambio contrario, no fue posible construir un pené.erétil, pero en el coito pueden utilizar un pené artificial.

Estupro.

El tipo más común de violador es el hombre, cuyo tipo de vida incluye el uso innecesario de la violencia.

Con todo, prefiere la violación al sexo convencional. Para este tipo de individuo, el acto sexual solo llega a su máxima gratificación si es acompañado de violencia física o cuando menos de una serie,amenaza de llevar acabo ésta. A este no le gustan las mujeres, por lo que obtiene satisfacción al castigarlas. En algunos casos la violencia parece a la satisfacción sexual, o cuando menos, hace que la necesidad sea menor.

Un segundo tipo de violador es el delincuente amoral. Este da poca importancia a los controles normales de la sociedad, y opera solamente para su propia satisfacción. No es sádico, sólo quiere efectuar el coito, y los deseos de la mujer simplemente no tienen importancia. No es hostil hacia las mujeres, pero solamente las mira como objetos sexuales.

Otro tipo de violador es el borracho. La agresión de éste va desde los esfuerzos poco coordinados para seducir hasta un comportamiento hostil y verdaderamente vicioso producido por su intoxicación.

Un cuarto tipo de violador es el de los hombres explosivos. Estos son individuos que repentinamente caen en un estado psicótico como resultado de tensiones emocionales. Un ejemplo de este tipo de violadores lo podrían constituir el estudiante universitario de carácter suave que de repente viola a una mujer o la mata.

Una ultima categoria de violador convicto es el hombre "inocente", quien al intentar obtener una relación voluntaria, ha mal interpretado los sentimientos verdaderos de la mujer. Probablemente esta acostumbrado a una norma de conducta socialmente aprobada en que cuando la muchacha dice que "no, no", quiere decir en realidad, "sí, sí", y no se da cuenta de que esta mujer en particular realmente quiere decir que no.

Para evitar la posibilidad de una situación peligrosa que podría llegar al estupro, es importante que la mujer se dé cuenta de cómo y dónde ocurren estas tragedias. Es muy expuesto pedir aventones por la carretera, o de acudir a los bares solas. La conducta seductora en una fiesta también suele incitar a un hombre. Las jóvenes que se fugan de casa son a veces víctimas del estupro.

¿Qué habrá de hacer la mujer que se encuentra en una situación en la cual parece inevitable el estupro? Es posible que haga cambiar de idea al hombre por el convencimiento, o que haga mucho ruido, o bien hacer que caiga en una trampa mientras ella escapa. Pero aún las mejores defensas suelen fallar, de manera que si realmente no se puede evitar, es mejor ceder y colaborar para no provocar una violencia peor. Es mejor hallarse viva y violada que muerta y violada.

Paidofilia.

La paidofilia es la implicación sexual de un adulto con un niño. Puede ser homosexual o heterosexual.

Con la aparición de la pubertad, determinada por las características de las sexuales secundarias, el contacto con un adulto ya no constituye la paidofilia. Como regla general, los paidófilos se caracterizan psicológicamente como personas que sufren de un desarrollo detenido (fijación), en el cual el ofensor nunca ha crecido psicosexualmente más allá de la etapa inmadura de la prepubertad, o bien que padecen de una regresión a esta etapa de desarrollo. La gran mayoría de los actos sexuales de la paidofilia son de tipo de juegos sexuales que se dan entre los niños, tales como mirar, mostrar, acariciar y ser acariciado.

Exhibicionismo.

El exhibicionismo es la exposición intencional del órgano a una mujer inadvertida como gratificación final sin que haya intención de llegar al contacto sexual. La exposición mencionada es intencional. El objeto de dicho acto es una mujer, ya sea pequeña o adulta. Cuando dicha exposición se hace ante otros hombres, por lo general se trata de un prelude de actividad homosexual.

La intención del acto es la de provocar una expresión emocional en la víctima. La intención más común en el exhibicionista parece ser que es la de provocar miedo y sorpresa en una víctima, y no placer.

Es importante observar que el exhibicionista no solicita un contacto mayor con su víctima. Al contrario, tiene miedo de un acercamiento más íntimo. Si una mujer se le acerca para realizar un contacto sexual, lo más probable es que huya. El exhibicionista es uno de los ofensores más sexuales más inofensivos.

El descubrimiento psicológico más significativo en lo que se refiere a los exhibicionistas es que estos padecen de un profundo sentimiento de inferioridad, así como de incapacidad sexual. Parece ser que su motivación es la de apoderarse de un sentimiento de poder, de dominio y de capacidad sexual. La reacción que parecen estar buscando en sus víctimas es la de sorpresa o impacto ante el gran tamaño de sus órganos sexuales. Esto parece explicar por que se exhiben con tanta frecuencia ante niños, los cuales son más propensos a impresionarse que los adultos.

Voyeurismo.

Es aquella persona que obtiene gratificación sexual al mirar objetos o situaciones sexuales. Casi todos los varones muestran cierta tendencia hacia esta actividad. La sociedad acepta tales formas de voyeurismo como las chicas sin sostén que actúan en los centros nocturnos, o que aparece en play boy. Por lo tanto, el verdadero desviado sexual es aquel que atisba a través de las cerraduras con la esperanza de ver mujeres desnudas o parcialmente desnudas, sin que estas se den cuenta. La meta del voyeur es la de ver a una mujer guapa desnuda, o bien, empeñada en una actividad sexual. Estos individuos prefieren mirar a mujeres que no conocen, ya que en las que están familiarizados no hallan la satisfacción que buscan.

El tipo más común es el de subdesarrollado sociosexualmente. Estos hombres son insólitamente tímidos con las mujeres y tienen grandes sentimientos de inferioridad. Sus intereses son heterosexuales, pero el temor abrumador de ser rechazados les evita buscar una actividad heterosexual normal. Estos hombres cultivan un patrón de atisbo y masturbación que se convierte en una actividad verdaderamente compulsiva, la cual sigue realizando durante mucho tiempo. Es poco común que un voyeur viole a una mujer.

Incesto.

El incesto es el coito verificado entre individuos demasiado emparentados íntimamente para contraer matrimonio. Este tipo de relación puede ser padre-hija, padre-hijastra, madre-hijo, madre-hijastra o hermano-hermana. El incesto es uno de los tabúes sexuales más antiguos y difundidos.

Gebhard o col. (1965) encontró que el incesto es algo común entre individuos pobres, faltos de inteligencia y sin educación que viven en regiones rurales.

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

Fetichismo.

El fetichismo es la excitación sexual a través de la percepción de objetos inanimados. Es una respuesta sexual no a un objeto vivo, sino a un símbolo de ese objeto. En cierta dosis es completamente normal; ciertas prendas de ropa, tales como las pantaletas de encaje negro, se han identificado tan universalmente con el "sex appeal", que cierta excitación a la vista de ellas no es sorprendente ni anormal.

¿En que punto se vuelve anormal uno de estos símbolos o fetiches?. Entre algunos criterios posibles para el establecimiento del fetichismo, se pueden mencionar: la excitación sexual causada por un fetiche es lo suficientemente fuerte para causar erección; el fetiche se usa para masturbarse; los compañeros sexuales se eligen sobre la base de una posesión del fetiche; el fetiche se colecciona (por medio de compra o robo)

Travestismo.

El travestismo consiste en usar ropa del sexo opuesto. La práctica existe tanto en hombres como en mujeres. Usualmente indica una vida sociosexual distorsionada y confusa, la cual, a menudo, aunque no siempre, incluye la homosexualidad. El verdadero travestista usa la ropa del sexo opuesto por la gratificación sexual o emocional que le provoca.

Sadismo y masoquismo.

El sadismo es el logro de la satisfacción sexual a través de la inflicción de crueldad a otra persona. El sádico sexual frecuentemente es incapaz de alcanzar el orgasmo si no utiliza algún tipo de violencia. Hay sadistas tanto masculinos como femeninos, y sadismo heterosexual y homosexual.

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

Bestiabilidad.

La bestiabilidad consiste en incurrir en actos sexuales con los animales. Usualmente se incurre en ella solamente como un sustituto de relaciones más usuales, cuando faltan estas.

(4)

ANATOMIA Y FISIOLÓGIA.

Aparato genital de la mujer.

El aparato genital de la mujer esta compuesto por dos glándulas mixtas de secreción interna y externa (los ovarios); dos conductos por donde se dirigen los óvulos del ovario al útero (trompas uterinas); un órgano que recibe y contiene el huevo fecundado (el útero) y un conjunto de órganos que intervienen en la cópula (la vagina y la vulva), a los que se agrega por la íntima relación fisiológica que con estos posee, la glándula mamaria.

OVARIO.

Los dos ovarios, derecho e izquierdos, son glándulas genitales de la mujer; Glándulas mixtas, cuya secreción externa origina los óvulos, y cuya secreción interna genera las hormonas ováricas, que intervienen en la producción de los caracteres sexuales secundarios de la mujer.

Color, Peso y Consistencia: Son de un color rosa pálido en la niña y rosado en la mujer adulta, color que aumenta de intensidad durante el periodo menstrual. En la mujer adulta alcanza peso de 8 gramos en estado de reposo, pero después del periodo de menstrual disminuye su peso en uno y hasta 2 gramos, su consistencia es firme, pero mucho menor que la del testículo.

Forma y Medios de Fijación: El ovario tiene una forma ovoidea, aplanado ligeramente de afuera adentro, con su eje mayor dirigido verticalmente. Posee, como medios de fijación cuatro ligamentos.

Ligamento Lumboovárico. También llamado ligamento suspensor o infundíbulo pélvico de Henle, se extiende de la apófisis transversas de las últimas vértebras lumbares al Polo superior del ovario. Esta formado por fibras musculares lisas contenidas en un repliegue peritoneal, que a su vez contiene los vasos ováricos. Este repliegue es más marcado abajo que arriba, cruza los vasos iliacos externos y termina en el polo superior del ovario.

Ligamento uteroovárico. Formado también por fibras musculares lisas, se extiende del polo inferior del ovario al cuerno del útero, y esta también cubierto por un repliegue peritoneal que ocupa la aleta posterior del borde superior del ligamento ancho.

El mesovario, constituido por un corto repliegue peritoneal que contiene vasos para el ovario y fibras musculares lisas, limita considerablemente los movimientos del ovario y esta formado por la aleta posterior del ligamento ancho.

Estos son los medios de fijación verdaderos del ovario, aunque se considera también como tal al ligamento tuboovárico, que del polo supero externo del ovario va a la franja ovárica de la trompa.

Los folículos de De Graaf son vesículas más o menores redondas que contienen los óvulos.

El folículo de De Graaf tiene su origen en los folículos primordiales, compuestos por un óvulo desprovisto de membrana vitelina y rodeado de células planas (células nutricias del óvulo). Los folículos primordiales forman una o dos hileras en la periferia del ovario, y uno de éstos, unos cuantos llegan a ser folículos adultos; la mayoría de ellos sufren una regresión, precedida de una degeneración del óvulo.

Vasos y nervios. El ovario recibe sangre arterial de la arteria ovárica, rama de la aorta abdominal, que desciende por el ligamento lumboovárico. Al abordar al ovario por su polo superior, emite una rama tobaría para la trompa y otra para el ovario, que recorre el borde adherente hasta su polo infero interno, donde se anastomosa con la uterina, dando múltiples ramas para el ovario.

La irrigación arterial del ovario se hacen por consiguiente por las ramas de la uterina y de la ovárica.

Las venas salen del ovario y forman al nivel del hilio una red abundante que se anastomosa con una parte con las redes venosas del útero. Por otra, constituyen los troncos uteroováricos que ascienden por el

abdomen para desembocar en la vena renal las del lado izquierdo, y en la vena cava inferior las del lado derecho.

Trompa de fálopio.

La trompa de Falopio es un conducto que se extiende la superficie exterior del ovario al ángulo lateral del útero. Recorriendo el borde superior del ligamento ancho.

Dirección y dimensiones. Es recta en su parte interna y más o menos ondulada en sus dos tercios externos. La trompa uterina mide de 10 a 12 cm de longitud, y su diámetro, al salir del útero es de dos a cuatro milímetros, aumentando progresivamente para medir en su extremidad ovárica ocho milímetros.

El istmo principia en el vértice del ángulo del útero, en un plano más superior y entre el ligamento redondo por delante y el ligamento uteroovárico por atrás. Después se extiende hasta el polo inferior del ovario, casi horizontalmente. Mide tres o cuatro centímetros de longitud, con un diámetro de tres o cuatro milímetros y su forma es más o menos cilíndrica; tiene una consistencia bastante firme.

La ampolla mide de siete a ocho centímetros de longitud y siete a ocho milímetros de diámetro. Sigue por el borde anterior del ovario y presenta en su trayecto flexuosidades más o menos marcadas.

Configuración interior. Interiormente, la trompa es de un color rosado y representa múltiples pliegues longitudinales de dimensiones muy variables. Los más grandes alcanzan hasta cuatro milímetros de altura, mientras los más pequeños apenas marcan un ligero levantamiento en la superficie de la trompa.

Constitución anatómica. La trompa uterina está constituida por una capa externa serosa, una media muscular y una interna mucosa.

Vasos y nervios. La trompa uterina recibe sangre arterial de la tubaria interna, rama de la uterina y de la tubaria externa, rama de la ovárica, las cuales se anastomosan en el mesosalpinx, dando ramos ascendentes para la trompa y descendentes para el ovario.

Las venas, que nacen de redes capilares de la capa muscular, emiten troncos que van a las uteroováricas.

ÚTERO

El útero o matriz, es un órgano hueco destinado a contener el huevo fecundado durante su evolución y a expulsarlo, cuando esté ha alcanzado su desarrollo completo.

Situación. Esta situado en la parte media de la excavación pélvica, entre la vejiga y el recto, por arriba de la vagina y por debajo de las asas intestinales.

Forma. Tiene la forma de un cono truncado y aplanado de adelante atrás, de base superior y de vértice inferior. Presenta en la unión de su tercio inferior con dos tercios superiores, un estrechamiento circular llamado istmo, que lo divide en una parte superior o cuerpo y una parte inferior o cuello.

Número. El útero es único normalmente, pero puede ser doble, o bien estar atrofiado hasta faltar totalmente.

Dimensiones. El útero de la nulipara mide siete centímetros de longitud por cuatro de ancho en su cuerpo y dos en su cuello, con un espesor medio de dos y medio centímetros. En la multipara su longitud es de ocho centímetros, de ancho alcanza cinco y de espesor tres centímetros. Tiene un peso de cuarenta a cincuenta gramos en la nulipara, llegando de sesenta a setenta gramos en la multipara.

Configuración exterior y relaciones. En el útero se consideran una porción superior o un cuerpo y otra inferior o cuello, unidas por el istmo.

Cuerpo. Posee dos caras, tres bordes y tres ángulos. La cara anteroinferior es lisa, ligeramente convexa, y esta cubierta en toda su extensión por el peritoneo, que desciende hasta el istmo para reflejarse hacia la vejiga, formando el fondo de saco vesiouterino.

Borde superior. También llamado fondo uterino o base de útero, es recto en la nuli para y convexo en la multipara. Se halla cubierto por el peritoneo y en relación con las asas intestinales.

Ángulos. Los ángulos laterales resultan de la unión de los bordes laterales con el borde superior, y de ellos se desprende la trompa uterina, el ligamento redondo y el uteroovárico.

Configuración interior del útero. Interiormente, el útero presenta una cavidad aplanada de adelante atrás que comunica por abajo con la cavidad vaginal, y por arriba, al nivel de sus ángulos, con las trompas uterinas. *La configuración de las paredes de esta cavidad es distinta en el cuello y en el cuerpo.*

Constitución anatómica. El útero está constituido por tres capas: una serosa externa, otra muscular media y una mucosa interna.

Vasos y nervios del útero. El útero recibe arterias de la uterina, rama de la hipogástrica, la cual, al ascender por sus bordes, proporciona múltiples ramos a sus paredes. Al llegar al ángulo emite la tubaria interna que se anastomosa con la tubaria externa, rama terminal de la ovaria. La arteria uterina, al nivel de su llamado, suministra ramos vesiculouterinos y el ramo uretral inferior.

VAGINA

La vagina es un conducto músculo membranoso que se extiende del cuello uterino a la válvula.

Situación y dirección. Está situada por delante del recto, por atrás de la vejiga y por abajo del cuello uterino. Posee una porción pévica y la otra comprendida en el espesor del perineo, al que atraviesa de arriba a bajo y de atrás a delante para abrirse al exterior.

Su dirección es oblicua abajo y adelante, y forma con la horizontal un ángulo de 70 grados abierto hacia atrás. Además, la vagina no es recta, pues cuando los órganos adyacentes están vacíos, presenta una ligera concavidad dirigida hacia atrás.

Configuración exterior y relaciones. Exteriormente posee la vagina dos caras, dos bordes y dos extremidades.

La cara anterior, vuelta hacia delante y arriba, está en relación en su parte superior con la vejiga por intermedio de tejido celular laxo, en el cual camina la porción terminal del uréter. En su mitad inferior esta cara se pone en relación con la uretra por intermedio del tabique uretrovaginal.

La cara posterior se relaciona en su parte superior y en una extensión de dos a tres centímetros con el peritoneo que lo cubre, con el fondo de saco de Douglas y con el recto.

Configuración interior. Interiormente las paredes de la vagina presentan pliegues, llamados crestas o arrugas vaginales, muy desarrollados en los dos tercios inferiores de la vagina y muy poco marcados en su tercio superior. posterior está a menos marca que la anterior, y se pierde también antes de alcanzar el tercio superior del conducto.

Constitución anatómica. La vagina está constituida por una capa externa conjuntiva, una capa media muscular y una capa interna mucosa.

La capa externa está formada por tejido conjuntivo y fibras elásticas, confundidas con el celular perivaginal.

Vasos y nervios. La vagina recibe sangre de la arteria vaginal, rama de la hipogástrica y también de la uterina, la cual emite el ramo cervicovaginal y de la hemorroidal media, que irriga su extremidad inferior. para la parte inferior.

VULVA

La vulva está constituida por el conjunto de los órganos genitales externos de la mujer, que forman un saliente ovoide, de eje mayor anteroposterior. Se halla situada entre el perineo y la parte inferior de la pared anterior del abdomen, y transversalmente esta comprendida entre los dos muslos. Presenta en su parte media una depresión, en cuyo fondo se abren la uretra y la vagina, que recibe el nombre de vestíbulo, limitada lateralmente por las formaciones labiales. Los labios mayores se unen hacia delante y se pierden en un saliente mediano o monte de Venus. Los labios menores se unen también hacia delante para envolver el clitoris, que con otras formaciones constituye el aparato eréctil de la vulva.

Labios mayores. Son dos repliegues cutáneos, alargados en sentido anteroposterior y aplanados transversalmente. Posee dos caras, dos bordes y dos extremidades.

La cara externa corresponde a la cara interna del muslo, del que está separada por el surco genitocrural. Es convexa, de una coloración oscura, y presenta pelos más escasos que el monte de Venus.

Labios menores o ninfas. Están situados por dentro de los labios mayores y son dos repliegues cutáneos que poseen, como mayores, dos caras, dos bordes y dos extremidades.

La cara externa corresponde a la cara interna del labio mayor, del que está separada por el surco labial. La cara interna corresponde a la cara interna del labio opuesto.

El borde inferior o libre, corresponde a la hendidura vulvar, es convexo y a veces ligeramente dentado.

Monte de Venus. Es saliente redondeado, que se halla por delante de la sínfisis del pubis, con un espesor que varía de dos a ocho centímetros, según la constitución de la mujer. Es glabro en la niña y se cubre de pelos a partir de la pubertad.

Vestíbulo. Es la coloración rosada y esta limitado a los lados por labios menores, hacia delante por el clitoris y atrás por meato urinario. Desprovisto de las glándulas, presenta una superficie plana o ligeramente cóncava en sentido transversal.

El meato urinario es un orificio situado en la línea media, en la parte posterior del vestíbulo y por arriba del tubérculo vaginal.

Himen. Es un tabique perforado, situado en los límites de los conductos vulvar y vaginal. Presenta una cara superior vuelta hacia el conducto vaginal; una cara inferior en relación con las formaciones labiales; un borde periférico o de inserción que se continúa con los tejidos blandos adyacentes, y un borde central que limita la hendidura del himen y que presenta diversos tipos: Semilunar, anular, labiado o estrellado.

Formaciones eréctiles de la vulva. Incluyen los bulbos de la vagina y el clitoris. Los bulbos de la vagina están situados a los lados de la uretra y de la vagina. Son dos, derecho e izquierdo, alcanzan una longitud de tres a cuatro centímetros, con un espesor de diez a quince milímetros. Se pueden distinguir en ella dos caras, dos bordes y dos extremidades.

CLITORIS: Es un órgano eréctil, homólogo al pené del hombre, situado en la parte anterior de la vulva y formado por los cuerpos cavernosos y sus envolturas.

Los cuerpos cavernosos se implantan en el borde inferior de las ramas isquiopúbicas, alcanzan su tercio medio y se hallan cubiertos por el músculo isquiocavernoso. Después se dirigen hacia arriba y adelante hasta el borde inferior de la sínfisis pubiana, donde se unen para formar el cuerpo del clitoris.

GLANDULAS ANEXAS AL APARATO GENITAL DE LA MUJER.

Se considera como glándulas anexas al aparato genital de la mujer, las glándulas uretrales y peri uretrales, así como las glándulas vulvo vaginales.

Las Glándulas Uretrales y Peri uretrales: Ocupan principalmente la pared inferior de la uretra. Unas son glándulas en racimo y otras se presentan como simples depresiones de la mucosa. Son más numerosas en

la parte anterior del conducto, y las más anteriores atraviesan la pared de la uretra y su fundo glandular se sitúa en la región del vestíbulo, por lo que se denomina peri uretrales.

Las Glándulas vulvovaginales o Glándulas de Bartholin: Están situadas una a cada lado en la parte posterolateral del orificio vulvovaginal, entre la aponeurosis peritoneal superficial y la aponeurosis perineal media. Alcanza su máximo desarrollo en la edad adulta y se atrofia en la vejez.

El Conducto Excretorio, de dos centímetros de longitud y dos milímetros de diámetro, que se dirige hacia abajo y adelante para desembocar en el surco ninfominal, en la unión del tercio posterior con los dos tercios anteriores del orificio inferior de la vagina.

La glándula de Bartholin es una glándula en racimo, compuesta de acinos y lobulillos que segregan un líquido incoloro y untuoso que sirve de lubricante durante el acto del coito.

PERINEO DE LA MUJER.

El perineo de la mujer tiene los mismos límites que en el hombre, y se consideran, como en éste, los músculos del perineo y sus aponeurosis.

GLANDULAS MAMARIAS.

Las mamas o pechos son órganos encargados de segregar la leche. Existen en ambos sexos y normalmente son dos, uno derecho y otro izquierdo. situados en la parte anterior y superior del tórax, por delante de los músculos pectorales.

Aunque normalmente son dos, pueden haber reducción en su número o faltar totalmente, constituyendo la amastia, que excepcionalmente se presenta en la mujer, en la cual, más frecuentemente, la falta el pezón. Más a menudo, se ha observado la hipermastia o polimastia, cuando existen mamas supernumerarias, y la hipertelia o politelia, caracterizada por la presencia de varios pezones.

Forma, Volumen y Consistencia: La mama en la mujer descansa sobre el tórax, tiene la forma semiesférica y presenta en el centro de su convexidad una papila que es el pezón. la mama puede ser cónica o piriforme y aun aplanada. En la multipara puede adquirir forma más o menos cilíndrica, observándose en otros casos cierta forma pediculada. En general, la forma varía con las razas, con la abundancia de grasa, con el estado de salud y con las costumbres de la mujer.

El volumen de las mamas varía con la edad. Posee un rápido crecimiento durante la pubertad y después de la menstruación y el embarazo; conservan su aumento de volumen en la lactancia; sufren una regresión de volumen durante el periodo de reposo; igualmente experimentan una atrofia después de la menopausia, constituyendo la mama senil. su volumen, al igual que la forma, varía con las razas y las costumbres de la mujer.

La consistencia de las mamas es mayor manifiesta mayor elasticidad en las vírgenes y en las nulíparas, y se vuelven blandas y flácidas en las multiparas.

Constitución Anatómica: Se distinguen en la mama, la glándula mamaria propiamente dicha, su envoltura cutánea y su envoltura celuloadiposa.

La glándula mamaria propiamente dicha, tiene la forma de un disco aplanado de delante atrás y ofrece para su descripción una cara posterior plana que la pone en relación con la aponeurosis mencionadas. Una cara anterior anfractuosa cubierta por tejido conjuntivo premamario y por tejido muy desarrollado que la separa de la piel. Una circunferencia que presenta una prolongación superior o clavicular, otra inferior o epigástrica, una interna esternal y otra axilar, siendo esta última la más desarrollada y más frecuente.

Vasos y Nervios: La glándula mamaria se halla irrigada por arterias procedentes de la mamaria interna, de las torácicas y de las intercostales. Antes de llegar a la glándula, por su cara profunda se anastomosan en el pániculo subcutáneo y originan una red superficial, de donde parten ramos cutáneos muy delgados para la piel, y ramas glandulares que caminan por los tabiques interlobulares hasta aboradar los lóbulos glandulares: aquí forman las redes periacinosas. Igualmente los canales galactoforos tienen sus arterias satélites y el mamelón recibe ramos de la red superficial que al llegar al pezón constituyen en su base una red que se anastomosa con la red areolar.

Las venas que nacen de las redes capilares forman también una red subcutánea que al nivel de la areola, se dispone en forma circular y origina el círculo venoso de Haller. Las redes venosas superficiales se anastomosan por abajo de la red abdominal superficial y por arriba con la red superficial del cuello y los troncos que nacen de la red superficial profunda. Acompañan a las arterias correspondientes y van a desembocar a las venas satélites de las arterias de origen.

Los nervios de la glándula mamaria proceden de los cinco intercostales correspondientes, del supraclavicular y del plexo cervical superficial. Se distribuye por la piel y los músculos aureolares, así como por los vasos sanguíneos y por la misma glándula.

(5)

FISIOLOGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.

Las funciones sexuales y reproductivas de la mujer pueden dividirse en dos fases principales: 1) preparar el cuerpo para la concepción y gestación. Y 2) el embarazo.

La reproducción comienza con el desarrollo de huevos en los ovarios. Un solo huevo es expulsado de un folículo ovárico hacia la cavidad abdominal a mitad de cada ciclo sexual menstrual. Este huevo sigue luego por una de las trompas de Falopio hasta el útero, si ha sido fecundado por un espermatozoo se implanta en el útero, de donde se desarrolla formando un feto, una placenta y membranas fetales.

Cada huevo está rodeado de una sola capa de células granulosas epiteloideas constituyendo un folículo primordial.

EL SISTEMA HORMONAL FEMENINO.

El sistema hormonal femenino está constituido por tres diferentes jerarquías de hormonas:

1. - Los factores de liberación hipotalámicos: factor liberador de la hormona estimulante de los folículos (FRF) y factor liberador de la hormona estimulante de los folículos.
2. - Las hormonas de la hipófisis anterior. Hormona estimulante de los folículos (FSH) y hormona luteinizante (LH)
3. - Las hormonas ováricas. Estrógeno y progesterona que son secretados por los ovarios en respuesta a las dos hormonas provenientes de la hipófisis anterior.

CICLO OVÁRICO MENSUAL Y FUNCIÓN DE LAS HORMONAS GONADOTROPICAS.

La duración del ciclo, en promedio, es de 28 días.

El ciclo sexual femenino tiene dos resultados importantes. 1) normalmente hace que un solo huevo maduro sea liberado de los ovarios cada mes, de manera que pueda empezar a crecer cada vez un solo feto. 2) El ciclo sexual prepara adecuadamente el endometrio del útero para implantarse un huevo fertilizado en el momento adecuado del mes.

Hormonas Gonadotropinas.

El ciclo sexual depende completamente de las hormonas gonadotropinas secretadas por la adenohipófisis. Los ovarios que no son estimulados por hormonas gonadotropinas se conservan completamente inactivos, lo cual ocurre durante toda la infancia, cuando la adenohipófisis casi no secreta hormonas. A la edad de 8 años aproximadamente la adenohipófisis anterior comienza a secretar progresivamente cantidades crecientes de hormonas gonadotropinas, culminando en la iniciación de la vida sexual adulta entre los 11 y 15 años de edad, lo que se denomina la pubertad.

La adenohipófisis secreta dos hormonas diferentes, que se sabe son esenciales para la plena función de los ovarios: 1) hormona estimulante de los folículos(FSH) y 2) hormona luteinizante(LH). Estas hormonas son glucoproteínas pequeñas, con pesos moleculares de 30 000.

Cada mes del ciclo sexual femenino hay un aumento periódico y una disminución periódica de FSH y de LH. Estas variaciones cíclicas, a su vez, provocan cambios cíclicos de las hormonas ováricas.

Crecimiento folicular, función de la hormona Estimulante de los folículos.

Las diferentes etapas del desarrollo folicular en el ovario, en primer lugar, está el folículo primordial(folículo primario) Durante toda la infancia los folículos primordiales no se desarrollan, pero al llegar la pubertad, cuando empieza a secretarse en grandes cantidades hormona estimulante de los folículos(FSH) por la hipófisis anterior, todo el ovario, y especialmente todos los folículos que contiene, empiezan a desarrollarse. La primera etapa del crecimiento folicular es el agrandamiento del propio huevo. Esto va seguido del desarrollo de capas adicionales de células granulosas alrededor de cada óvulo y el desarrollo de varias capas de células de la teca alrededor de las células granulosas. Las células de la teca se originan en el estroma del ovario, pronto adoptan características epiteloides. Son principalmente estas células las destinadas a secretar la mayor parte de las hormonas femeninas, estrógenos y progesterona.

Los folículos vesiculares.

Al principio de cada mes del ciclo sexual femenino, aproximadamente, al iniciarse la menstruación, aumentan las concentraciones de FSH y LH. Este aumento provoca un crecimiento acelerado de las células de la teca y la granulosa en 20 folículos ováricos

Aproximadamente cada mes. Las células de la teca y las granulosa también secretan un líquido folicular muy rico en estrógeno, una de las hormonas sexuales femeninas importantes. La acumulación de este líquido en el folículo provoca la aparición de un antro en la masa de las células de la teca y granulosa.

Una vez formado el antro, las células de teca y granulosa siguen proliferando, el ritmo de secreción se acelera y cada uno de los folículos en crecimiento se transforma en un folículo vesicular.

Cuando el folículo vesicular aumenta de volumen, las células de la teca y granulosa siguen desarrollándose en un polo del folículo. Es en esta masa donde está localizado el huevo.

Atresia de todos los folículos menos uno.

Después de una semana o más de crecimiento- pero antes de producirse la ovulación- uno de los folículos empieza a crecer más que los otros, estos van evolucionando(el proceso llamado atresia), y se dice que estos folículos se vuelven atresicos.

Este proceso de atresia, evidentemente, es importante por cuanto permite que solo uno de los folículos crezca lo suficiente para ovular. Este folículo aislado alcanza una dimensión de aproximadamente 1 a 1.5 cm al llegar el momento de la ovulación.

Ovulación.

La ovulación en la mujer que tiene un ciclo sexual normal de 28 días tiene lugar 14 días después de haber iniciado la menstruación.

Poco antes de la ovulación, la pared externa del folículo se hincha rápidamente, y una pequeña zona en el centro de la cápsula, llamada estigma, hace proyección con un pezón. En otra media hora aproximadamente, empieza a exudar líquido saliendo del folículo a través del estigma. Unos dos minutos más tarde, el estigma se rompe y se elimina el líquido más viscoso que ocupaba la parte central del folículo pasando al abdomen. Este líquido viscoso lleva consigo el huevo, rodeado de varias capas de células granulosa llamadas la corona radiada, y capas adicionales de células de la teca unidas en forma poco firme.

Necesidad de hormona luteinizante para la ovulación.

La hormona luteinizante es necesaria para el crecimiento final del folículo y la ovulación. Sin esta hormona, aunque se disponga de grandes cantidades de FSH el folículo no progresa hasta la etapa de ovulación.

EL CUERPO AMARILLO - LA FASE LUTEINICA DEL CICLO OVARICO.

Durante las primeras horas que siguen a la expulsión del huevo por el folículo, las células residuales sufren rápidos cambios físicos y químicos, proceso llamado luteinización, y la masa de células se transforma en un cuerpo amarillo, que secreta las hormonas progesterona y estrógenos. Estas células aumentan considerablemente de dimensiones y presentan incluso lipoides que les dan color amarillento distintivo, de ahí el nombre de cuerpo amarillo.

En la mujer normal el cuerpo amarillo llega a tener aproximadamente 1.5 cm, a los 7 u 8 días de producida la ovulación. Más tarde empieza a involucionar y pierde sus funciones secretoras y sus características lipoides a los 12 días, aproximadamente de la ovulación, transformándose en el denominado corpus albicans: durante las semanas siguientes, éste degenera más todavía, hasta que queda sustituido por tejido conectivo.

Función luteinizante de la hormona luteinizante.

El cambio de células foliculares en células luteinicas depende por completo de la secreción de hormona luteinizante(LH) por la hipófisis anterior. De hecho esta función es la que dio a la LH su nombre de luteinizante.

Secreción por el cuerpo amarillo. Función de LH.

El cuerpo amarillo constituye un órgano ricamente secretorio, que produce grandes cantidades de ambas hormonas, progesterona y estrógenos. En presencia de LH el crecimiento del cuerpo amarillo es estimulado, su secreción es mayor, y su vida se prolonga.

Terminación del ciclo ovárico y comienzo del ciclo siguiente.

Durante la fase luteínica del ciclo ovárico, la cantidad de estrógeno secretada por el cuerpo amarillo, origina una disminución por retroalimentación de la secreción de ambas, FSH y LH. Por lo tanto durante este periodo ya no crecen nuevos folículos en el ovario. Sin embargo cuando el cuerpo amarillo degenera completamente al final de los 12 días de vida (aproximadamente, el día 26° del ciclo sexual femenino), la ausencia de supresión de retroalimentación permite que la prehipofisis multiplique la secreción de FSH y aumente moderadamente la de LH; FSH y LH inician el crecimiento de nuevos folículos, para empezar un nuevo ciclo ovárico. Al mismo tiempo, la deficiencia de secreción de progesterona y estrógeno es causa de la menstruación uterina.

LAS HORMONAS OVÁRICAS

-ESTROGENOS Y PREGESTERONA-

Hay dos tipos de hormonas sexuales femeninas. Los estrógenos y la progesterona. Los estrógenos provocan principalmente proliferación de células específicas en el cuerpo, y son causa de crecimiento de la mayor parte de caracteres sexuales secundarios en la mujer. La progesterona se relaciona casi totalmente con la preparación del útero para el embarazo, o de las mamas para la lactancia.

QUÍMICA DE LAS HORMONAS SEXUALES.

Los estrógenos.

En la mujer normal no embarazada los estrógenos se secretan en grandes cantidades solamente por los ovarios, aunque también en pequeñas cantidades por la corteza suprarrenal. Durante el embarazo se secretan en enormes cantidades por la placenta, hasta 50 veces la cantidad secretada por los ovarios durante el ciclo menstrual normal.

Se han aislado por lo menos 6 estrógenos naturales diferentes del plasma de la mujer, pero solo 3 existen en cantidades importantes. B-estradiol, estroma y estriol. Sin embargo, la potencia estrogénica de B-estradiol es 12 veces mayor que la de la estroma y 80 veces la del estriol. Por este motivo el B-estradiol se considera el estrógeno más importante. Es un compuesto esteroide. Se sintetiza a partir del colesterol o la acetilcoenzima A en los ovarios.

Progesterona.

En la mujer no embarazada casi toda la progesterona es secretada por el cuerpo amarillo durante la segunda mitad de cada ciclo ovárico. Durante el embarazo y la progesterona se forma en grandes cantidades por la placenta, unas diez veces más que la cantidad mensual normal, especialmente desde el cuarto mes de la gestación en adelante.

La progesterona es un esteroide con estructura molecular no muy diferente de la de los demás esteroides, estrógenos, testosterona y corticosteroides.

La progesterona también se sintetiza a partir de la acetilcoenzima A y el colesterol

FUNCIONES DE LOS ESTRÓGENOS.

efectos sobre los caracteres sexuales primarios y secundarios.

La principal función de los estrógenos es provocar proliferación celular y crecimiento de los tejidos de los órganos sexuales y de otros tejidos relacionados con la reproducción.

Efectos sobre los órganos sexuales.

Las trompas de Falopio, el útero y la vagina aumentan de volumen; también se desarrollan los genitales externos, depositándose grasa en el monte de venus y labios mayores, con agrandamiento de los labios menores.

A demás los estrógenos modifican el epitelio vaginal que pasa de cúbico a estratificado

Considerablemente más resistente a los traumatismos y a las infecciones que el epitelio prepuberal.

Los cambios que ocurren en el endometrio por influencia de los estrógenos, que provocan gran proliferación del endometrio con desarrollo de glándulas adecuadas que más tarde servirán para ayudar a la nutrición del huevo implantado.

Efecto sobre las mamas.

Los estrógenos provocan en las mamas depósitos de grasa, desarrollo del estroma y crecimiento de un amplio sistema de conductos. Los lobulillos y los alvéolos de la mama se desarrollan en grado ligero, pero son la progesterona y prolactina las que estimulan el crecimiento y función de estas estructuras. Es decir los estrógenos estimulan al desarrollo de las mamas y del aparato reproductor de leche, también son la causa de la aparición de las características de la mama femenina madura, pero no completan el trabajo de convertir a las mamas en órganos reproductores de leche.

Efecto sobre el esqueleto

Los estrógenos aumentan la actividad osteoblástica. Por lo tanto al llegar a la pubertad, cuando la niña entra en su periodo de fertilidad, el crecimiento se hace rápido por unos años.

Los estrógenos provocan la soldadura de la hipófisis con las diáfisis de los huesos largos.

En consecuencia, el crecimiento de la mujer suele cesar unos años antes que el crecimiento del varón.

Efecto sobre la pelvis.

Los estrógenos causan un efecto especial para ensanchar la pelvis, cambiando la salida pelviana de un paso estrecho en forma de embudo en una salida amplia en forma de ovoide.

Efecto sobre el depósito de grasas.

Los estrógenos provocan depósitos de grandes cantidades de grasa en el tejido subcutáneo. A demás del depósito de grasa en las mamas y en los tejidos subcutáneos, los estrógenos provocan depósitos particularmente intensos de grasas a nivel de regiones glúteas y muslos, provocando el agrandamiento de las caderas.

Efecto sobre la piel.

Los estrógenos hacen que la piel se vuelva más vascular que normalmente; este efecto muchas veces se asocia con aumento de la temperatura de la piel y resulta en una mayor hemorragia cuando se corta la piel, que en el varón.

FUNCIONES DE LA PROGESTERONA.

La producción cíclica de estrógenos y progesterona por el ovario, se produce un ciclo endometrial que pasa por las siguientes etapas. 1) proliferación del endometrio, 2) cambios secretorios en el mismo, 3) descamación del endometrio que se conoce con el nombre de menstruación.

Fase proliferativa(estrógena)del ciclo endometrial.

Después de la menstruación sólo queda una delgada capa de estroma endometrial en la base del endometrio original, y las únicas células epiteliales son las localizadas en las porciones profundas restantes de las glándulas y criptas del endometrio. Por influencia de los estrógenos, secretados en cantidades crecientes por el ovario durante la primera parte del ciclo, las células del estroma y las células epiteliales proliferan rápidamente. La superficie endometrial se reviste nuevamente de epitelio en un plazo de 3 a 7 días después de iniciada la menstruación. Durante las dos primeras semanas del ciclo sexual- ósea hasta el momento de ovulación- el endometrio aumenta considerablemente de espesor por incremento de las células del estroma y desarrollo progresivo de las glándulas del endometrio y vasos sanguíneos, todos efectos provocados por los estrógenos.

Fase secretoria.

Durante la segunda mitad del ciclo sexual, estrógenos y progesterona son secretados en grandes cantidades por el cuerpo amarillo. Los estrógenos solo producen una ligera proliferación celular adicional del endometrio durante esta fase del ciclo, pero la progesterona, causa hinchazón considerable del mismo. Las glándulas aumentan su tortuosidad, acumulan sustancias secretorias en las células epiteliales glandulares y, finalmente las glándulas secretan pequeñas cantidades de líquido endometrial. El citoplasma de las células del estroma también aumenta aparecen depósitos de lípidos y glucógeno de dichas células y, el riego sanguíneo del endometrio aumenta más todavía, en proporción al desarrollo de la actividad secretoria. El espesor del endometrio es aproximadamente doble durante la fase secretoria, de manera que al término del ciclo es de unos 4 a 6 mm.

La finalidad de todos estos cambios del endometrio es producir un endometrio muy secretor que contenga grandes cantidades de elementos nutritivos almacenados para ponerlos a disposición del huevo fecundado si entra en escena durante la última mitad del ciclo menstrual.

Menstruación.

Es producida por la brusca reducción de las cantidades de estrógeno y progesterona al término del ciclo ovárico mensual. El primer efecto es disminuir la estimulación de las células del endometrio por estas dos hormonas, lo cual va rápidamente seguido de involución del endometrio hasta el 65 %, aproximadamente, del espesor que tenía antes. Durante las 24 horas que preceden al comienzo de la menstruación, los vasos sanguíneos tortuosos que van a parar a las capas mucosas del endometrio sufren espasmo, probablemente por algún efecto de la involución, como la liberación de un material de vasoconstricción o quizá por efecto directo de la supresión de estrógeno, ya que los estrógenos son vasodilatadores del endometrio. El vasoespasmo y la falta de estímulo hormonal originan un comienzo de necrosis del endometrio, específicamente de los vasos sanguíneos del estrato vascular. En consecuencia se derrama sangre en la capa vascular del endometrio y las zonas hemorrágicas aumentan durante un periodo de aproximadamente 24 a 36 horas. Gradualmente las capas necróticas más externas del endometrio se separan del útero a nivel de las hemorragias, hasta que en plazo de aproximadamente 48 horas, después de comenzada la menstruación, todas las capas superficiales del endometrio se han descamado.

El tejido descamado y la sangre contenida en el útero inician contracciones después para vaciar su contenido.

Durante la menstruación se pierden unos 35 ml de sangre y otros 35 ml de líquido seroso. Este líquido menstrual normalmente no coagula, porque junto con el material endometrial necrótico se libera fibronolisina. En plazo de 3 a 7 días después de iniciada la menstruación, cesa la pérdida de sangre, por entonces el endometrio también se vuelve a epitelizar por completo.

EL ACTO SEXUAL FEMENINO

Estimulación del acto sexual femenino.

Lograr con éxito el acto sexual femenino depende de una estimulación psíquica y también de una estimulación sexual local.

Los factores psíquicos que constituyen el impulso sexual son difíciles de establecer en la mujer. Las hormonas sexuales también las corticoadrenales, parecen ejercer influencia directa sobre la mujer para crear el impulso sexual.

La estimulación sexual local en la mujer ocurre en forma muy parecida a como se produce en el hombre, pues el masaje, la irritación u otros tipos de estimulación de la región perineal, los órganos sexuales y las vías urinarias, crean sensaciones sexuales. El clitoris es particularmente sensible para iniciar sensaciones sexuales. Las transmisiones sexuales se transmiten a la médula por los nervios pudendos y el plexo sacro. Una vez que tales sensaciones han alcanzado la médula espinal, se transmiten al cerebro. También los reflejos locales que, en parte por lo menos, son responsables del orgasmo femenino, se integran en la médula sacra y lumbar.

Erección y lubricación de la mujer.

Localizado alrededor del vestíbulo y extendiéndose hasta el clitoris, hay tejido eréctil. Este tejido eréctil está inervado por los nervios parasimpáticos que siguen por los erectores del plexo sacro, hasta los genitales externos. En las primeras fases de la estimulación sexual el parasimpático dilata las arterias de los tejidos eréctiles y construye las venas, lo cual permite un ingreso rápido de sangre en el mismo.

Orgasmo femenino

Cuando la estimulación sexual local alcanza intensidad máxima, y especialmente cuando las sensaciones locales van acompañadas de señales adecuadas condicionadas del cerebro, se inician reflejos que producen el orgasmo femenino, conocido muy frecuente como Climax Femenino.

Durante el orgasmo femenino la musculatura perineal sufre contracción rítmica, lo cual probablemente depende de reflejos espinales. También es posible que los mismos reflejos aumenten la motilidad del útero y de las trompas de Falopio durante el orgasmo ayudando a transportar el esperma hacia el huevo.

A demás de los efectos del orgasmo sobre la fertilización, las sensaciones sexuales son muy intensas que ocurren durante el orgasmo también van a parar al cerebro, y en alguna forma proporcionan una sensación de satisfacción caracterizado por una tranquila relajación.

FERTILIDAD FEMENINA.

El periodo fértil de cada ciclo sexual.

El huevo se conserva viable y capaz de ser fecundado después de ser expulsado del ovario probablemente no más de 24 horas. En consecuencia, si la fecundación debe tener lugar, hay que disponer de espermatozoos poco después de la ovulación. Por otra parte, en unos cuantos espermatozoos pueden conservarse viables en las vías genitales femeninas hasta 72 horas si bien la mayor parte no más de 24 horas

en promedio. Por lo tanto, para que ocurra la fecundación, el contacto sexual suele tener que ocurrir en cualquier momento desde un día antes de la ovulación hasta un día después de la misma
(6)

APARATO GENITAL MASCULINO

El aparato genital del hombre se halla formado por la glándula encargada de elaborar el esperma, el testículo, y por una serie de conductos destinados a transportar dicho líquido. Son éstos el conducto deferente, la vesícula seminal, los conductos eyaculadores y la uretra en su porción urogenital. Esta última rodeada de sus porciones eréctiles, de los cuerpos cavernosos y de las envolturas que lo cubren, forma el órgano de la cópula, llamada pené.

A estos elementos esenciales del aparato genital, hay que agregar las envolturas que cubren que cubren al testículo o bolsas y las glándulas anexas a este aparato que son:

La próstata y las formaciones músculo aponeuróticas que forman el piso de la pelvis y que tienen relación íntima con los órganos urogenitales; son los músculos y las aponeurosis del perineo.

TESTICULO

Los testículos desempeñan el papel de glándulas mixtas. Como glándulas de secreción externa producen los espermatozoides o gametos masculinos, elementos esenciales para la fecundación. Como glándulas de secreción interna producen la hormona testicular, que desde el momento del desarrollo del individuo actúa sobre otros órganos del cuerpo, modificándolos. El individuo adquiere así los caracteres sexuales secundarios que son típicos del sexo masculino.

Normalmente los testículos están situados por debajo de la raíz del pené, entre los dos muslos y contenidos en las bolsas. El testículo izquierdo está situado más abajo que

El derecho y ambos se hallan suspendidos por el cordón espermático. Poseen, no, obstante una gran movilidad y pueden trasladarse fácilmente dentro de las bolsas testiculares.

Numero, forma, color, y consistencia. Los testículos son dos, derecho e izquierdo.

Son de forma ovoide, aplanados transversalmente, con su eje mayor oblicuo de arriba a bajo y de adelante atrás, y miden en el adulto, como promedio de 4 a 5 cm. de longitud

Por 2.5 cm de espesor y 2 cm en su diámetro máximo transverso. Alcanza normalmente alrededor de 20gr. de peso, y presentan exteriormente una coloración blanco azulado y una superficie lisa y brillante, con una consistencia firme comparada a la del globo ocular.

EPIDIDIMO.

El epididimo es un órgano alargado de adelante atrás y aplanado de arriba abajo, que cubre todo el borde posterosuperior del testículo. Rebasa parte de su cara externa y describe la misma curvatura que presenta la convexidad del borde testicular.

Forma y dimensiones. Presenta una extremidad anterior más abultada o cabeza; una extremidad posterior más delgada o cola, y una parte media o cuerpo. Mide 5cm. de longitud y su espesor disminuye 12mm. En la cabeza a 3mm. en su cola.

Constitución anatómica. El testículo y el epididimo están compuestos por una envoltura serosa llamada albugínea y tejido propio.

Los conductos seminíferos se hallan contenidos en los lóbulos espermáticos que son de tamaño variable, de forma cónica, cuya base corresponde a la superficie libre de la glándula, y cuyo vértice corresponde al cuerpo de Highmore.

Los conductos seminíferos forman una red en la base del lóbulo mientras algunos tienen anastomosis interlobulares, otros parecen terminar en fondo de saco. En estas redes de los tubos seminíferos es donde se origina los espermatozoides.

El espermatozoide es una célula móvil, constituida por una cabeza más o menos ovoide a la que sigue una porción corta, más o menos cónica, segmento intermediario, del cual se desprende un largo filamento o cola. Este se halla formado por una porción más gruesa, segmento principal, y otra parte afilada, segmento terminal.

Canales excretores del esperma o vías espermáticas; comprenden los conductos rectos, la red de Haller, los conos eferentes y el conducto epididimario, testículo y epidídimo.

Tubos rectos. Son conductos de trayecto recto que reciben los conductos excretores de un lóbulo, y cuyo vértice nace por la confluencia de 2 o 3 tubos seminíferos; penetran al cuerpo de Highmore, donde van a desembocar a la red de Haller.

Red de Haller. En el interior del cuerpo de Highmore se anastomosan los tubos rectos entre sí, formando la red de Haller, integrada por cavidades de calibre muy variable pero siempre mayor que el calibre de los tubos rectos.

Conducto Epididimario. Está contenido en el epidídimo de la cabeza a la cola, donde se continúa con el conducto deferente. Su calibre aumenta progresivamente del principio al final. Tiene una longitud de 7 metros y forma una masa de 5 cm cúbicos.

Vasos y Nervios de testículo y del epidídimo. El testículo recibe sangre arterial de la espermática, rama de la aorta abdominal, que al llegar al epidídimo emite un ramo anterior epididimario y otro posterior que se distribuye en el dorso del epidídimo.

ESCROTO.

Es la piel de las bolsas, fina y extensible, de color más oscuro que la del resto del cuerpo, con pliegues transversales que parten del rafe hacia las caras laterales y describen curvas cóncavas hacia arriba (arrugas del escroto)

En el escroto existen glándulas sudoríparas y glándulas sebáceas en abundancia, y en el adulto aparecen pelos largos y rígidos como los del pubis.

Dartos. Esta constituido por una delgada capa de fibras musculares lisas, fibras conjuntivas y fibras elásticas que se aplican a la cara profunda del escroto.

Cremáster. Se halla formado por fibras musculares estriadas que se reúnen en dos haces musculares.

Vías espermáticas

Los espermatozoides se originan en los conductos seminíferos y recorren después en su camino hacia el exterior varios conductos a saber: los conductos rectos, la red de Haller, los conos eferentes y el conducto epididimario, el conducto deferente, y llegan a la vesícula seminal, de donde son evacuados durante el coito por los conductos eyaculadores al conducto urogenital.

Conducto deferente.

Se extiende de la cola del epidídimo al cuello de la vesícula seminal.

Forma y dimensiones. Regularmente cilíndrico, se ensancha en su extremidad terminal, donde presenta una superficie gibosa que constituye la parte denominada ampolla deferente.

El conducto deferente es de consistencia dura en toda su extensión debido al gran espesor de sus paredes. Tiene una longitud de 40cm. como promedio, y su diámetro alcanza hasta 5mm; la luz del conducto no pasa de 2mm. Al nivel de la ampolla deferente, el diámetro aumenta hasta 3 o 4 veces el del conducto.

Constitución anatómica. El conducto deferente está ahormado por tres capas, una externa celular, una media muscular y una interna mucosa en conjunto forman una gruesa pared de un milímetro o más de espesor la capa externa, integrada por tejido conjuntivo, contienen los vasos y nervios del cordón. La capa o

media muscular está constituida por fibras lisas, dispuestas en una capa superficial de fibras longitudinales, una capa media de capa circulares y una capa interna de fibras longitudinales.

Vasos y Nervios.

El conducto deferente recibe sangre arterial de la arteria deferente que procede de la vesical inferior, la cual lo alcanza en su porción terminal y lo acompaña en todo su trayecto.

Las venas forman plexos en la capa celular, de los cuales emanan ramitos que se vierten en las venas del cordón y en el plexo vesicoprostático.

Vesículas Seminales.

Las vesículas seminales son dos recipientes membranosos donde se acumula la esperma en los intervalos que suceden a la eyacuación, a la vez que segregan una sustancia albuminoidea que se mezcla con el contenido y ayuda a conservar la vitalidad del espermatozoide.

Situación, Forma y Dimensiones.

Están situadas en la excavación pélvica, entre la vejiga y el recto. Son piriformes, con su diámetro mayor oblicuo de arriba abajo y de afuera adentro; su extremidad inferior está en relación íntima con la próstata. Son dos, una derecha y una izquierda, con una longitud cada una de seis centímetros y quince milímetros de ancho.

Conformación Interior.

Interiormente, la vesícula seminal presenta multitud de aréolas o celdas de diversos tamaños que comunican unas con otras y se hallan cubiertas por pliegues mucosos.

Constitución Anatómica. La vesícula seminal está constituida por una capa externa celular, una capa muscular y una capa interna mucosa.

Vasos y Nervios.

La vesícula seminal recibe arterias procedentes de la hemorroidal media y de la vesical inferior. Las venas que de su pared hacen forman una red que camina en la capa celular y van a desembocar a los plexos seminal y vesicoprostático. Los linfáticos emanan de redes mucosas y musculares y emitan canales que acompañan a los ramos venosos; terminan en los ganglios hipogástricos y en los ilíacos externos.

Conductos Eyaculadores.

Son dos y se extienden de la confluencia de la ampolla deferente y de la vesícula seminal al vértice del verumontánium.

Dirección Dimensiones.

A partir de su origen, se dirigen de arriba y de atrás, atraviesan la próstata y desemboca en el vértice del verumontánium, a los lados del utrículo prostático. Tienen una longitud de 2 centímetros y medio y su calibre es de origen de 2 milímetros, pero disminuye progresivamente, midiendo en su extremidad final medio milímetro.

Relaciones.

En su origen están en relación con la atmósfera conjuntiva muscular que rodea a la ampolla deferente y a la vesícula seminal.

Constitución Anatómica.

Están formados por una capa externa celular, de naturaleza conjuntiva. Una capa media muscular, con fibras longitudinales internas rodeadas de fibras elásticas y musculares que le dan aspecto cavernoso. Una capa interna mucosa, constituida por un epitelio de naturaleza idéntica al de la vesícula seminal en su parte superior, que desempeña en este lugar de papel de secretor; en su porción próxima a la uretra toma poco los caracteres del epitelio uretral.

PENÉ

El pené es el órgano copulador del hombre, y ésta situado por encima de las bolsas y por delante de la sínfisis del pubis.

Forma, Dirección y Dimensiones.

En estado flácido es más o menos cilíndrico, aplanado de adelante atrás y está por delante de las bolsas. En estado de erección aumenta de volumen y toma la forma de un prisma triangular, de bordes redondeados, de los cuales el inferior corresponde a la uretra peniana; los laterales, corresponden a los cuerpos cavernosos. Se dirige hacia arriba casi paralelo a la pared anterior del abdomen. Tiene una longitud de la sínfisis del pubis a su extremidad libre de 10 a 12 centímetros en estado de flacidez. Y de 15 centímetros en estado de erección. Con una circunferencia en estado flácido de 9 centímetros y 12 centímetros en estado de erección.

ORGANOS ERECTILES.

Cuerpos cavernosos.

Son dos, derecho e izquierdo, y se extienden de las ramas isquiopúbicas al glande, con una longitud de 15 centímetros en estado flácido y de 20 centímetros en estado de erección. Cada uno de ellos tiene una forma cilíndrica, siendo adelgazado en una de sus extremidades. La extremidad posterior o raíz, aplanada transversalmente, tiene su cara externa íntimamente, más adherida al borde inferior de la rama isquiopública, mientras su cara interna, más o menos convexa, está cubierta por el músculo isquiocavernoso.

Cuerpo Esponjoso.

Es un órgano eréctil que envuelve a la uretra anterior en toda su longitud. Ocupa el canal subcavernoso y se halla cubierta en su cara inferior por las envolturas del pené, donde produce un levantamiento semicilíndrico durante la erección.

Su extremidad posterior presenta un abultamiento piriforme, de tres centímetros de longitud, cuyo vértice corresponde a la unión de los cuerpos cavernosos y que se continúa con el cuerpo esponjoso de la uretra.

GLANDULAS ANEXAS AL APARATO MASCULINO.

Próstata.

La próstata es una glándula mixta.

Situación y Forma: Esta situada en la excavación pélvica, por encima de la aponeurosis perineal media, entre la sínfisis del pubis y el recto y por debajo de la vejiga.

Tiene la forma de una castaña, pues ésta aplanada de adelante atrás, con un eje mayor oblicuo hacia abajo y adelante. Su extremidad más gruesa o base hacia arriba, y su vértice hacia abajo. Presenta un surco mediano ostensible en su cara posterior y en su base que divide a la glándula en dos porciones: lóbulos prostáticos.

Peso, Color y Consistencia: Normalmente la próstata en el adulto pesa de 20 a 25 gramos, es de un color blanquecino o ligeramente rosado, y de una consistencia bastante firme.

Constitución anatómica: La próstata está constituida por un armazón conjuntivo muscular (estroma) que encierra en sus comportamientos al tejido glandular.

El estroma está formado por tejido conjuntivo provisto de fibras elásticas mezcladas con fibras musculares lisas que forman a la próstata una envoltura o cápsula prostática. En ella caminan abundantes vasos

sanguíneos y de su superficie interior se desprende tabiques que en su parte anterior convergen y se convergen y se condensan para formar el núcleo central.

Vasos y Nervios: La próstata recibe arterias de la hemorroidal media y de la pudenda interna, así como de la vesícula prostática, la cual recorre sus caras laterales y emite ramas a la glándula que corren por los tabiques del estroma e irrigan los fondos glandulares.

Las venas nacen de los acinos y de los tabiques y salen por toda la superficie de la cápsula prostática, principalmente por sus caras laterales. Van a desembocar a la hipogástrica. Las venas nacen de la parte anterior de la próstata terminan en el plexo de Santorini.

GLANDULAS DE COWPER.

Las glándulas de Cowper son pequeñas masas situadas a la derecha y a la izquierda de la línea media, por atrás del bulbo uretral.

Constitución Anatómica: Están formadas por acinos secretores, compuestos de un epitelio de células piramidales que descansan directamente sobre una capa de naturaleza conjuntiva, la cual se continúa con el tejido conjuntivo interacinoso.

De estos acinos parten conductos excretorios formados por células aplanadas que descansan sobre una capa de fibras musculares lisas que se disponen longitudinalmente y circularmente. En los espacios interacinosos se encuentra un estroma conjuntivo, donde terminan muchas de las fibras del músculo transverso del perineo.

PERINEO DEL HOMBRE

El perineo es un diafragma músculo aponeurótico que cierra por debajo de la excavación pélvica, comprendido del ángulo subpubiano al cóccix y de un isquion a otro. Abarca una superficie romboidea que se divide en dos partes por una línea bisaguiada, la cual separa una porción situada por delante de dicha línea, perineo anterior o urogenital, y otras por detrás, perineo posterior o anal, las dos de forma triangular y unidas por sus bases.

Músculos del perineo. Están dispuestos en tres planos. El plano superficial comprende el transverso superficial del perineo, el bulbo cavernoso y el isquiocavernoso para el perineo anterior y el esfínter externo del ano para el perineo posterior. El plano medio está compuesto por el transverso profundo y esfínter externo de la uretra. Por último, el plano profundo se halla formado por el elevador del ano y el isquiococígeo.

FISIOLOGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR MASCULINO.

Las funciones reproductoras del varón puede dividirse en tres partes principales: En primer lugar la espermatogénesis, que significa formación de espermatozoides, en segundo lugar la ejecución del acto sexual, y en tercer lugar la regulación de las funciones sexuales masculinas por las diversas hormonas. Acompañando a estas funciones reproductoras están los efectos que tienen las hormonas sexuales masculinas sobre los órganos sexuales accesorios, el metabolismo celular, el crecimiento y otras funciones corporales.

ESPERMATOGENESIS.

La espermatogénesis se produce en todos los túbulos seminíferos durante la vida sexual activa, empezando aproximadamente a los 13 años de edad, a consecuencia de estimulación por las hormonas gonadotropinas de la hipófisis glandular, y continuando todo el resto de la vida.

Etapas de la Espermatogénesis.

Los túbulos seminíferos, contienen gran número de células pequeñas y medianas, denominadas espermatogonias, situadas en dos o tres capas a lo largo del borde externo del epitelio bulbar. Estos proliferan continuamente para llenarse, y una parte de los mismos se diferencian siguiendo las etapas del desarrollo para formar espermatozoos.

La primera etapa de la espermatogénesis es el crecimiento de algunas espermatogonias para formar células mucho más voluminosas, llamadas espermatoцитos primarios. Después el espermatoцитo primario se divide por un proceso de meiosis (no hay formación de cromosomas nuevos, solo separación de los pares cromosómicos) para formar dos espermatoцитos secundarios, cada uno de los cuales contiene 23 cromosomas. Pronto cada una de estas células se divide por división mitótica para formar dos espermátides, cada uno de los cuales contiene sólo 23 cromosomas, ninguno de ellos apareado. Así pues, cada uno de los pares originales de cromosomas se halla ahora en cada espermátide.

Cromosomas sexuales. En cada espermatogonia uno de los 23 pares de cromosomas lleva la información genética que establece el sexo del futuro descendiente. Este par está constituido por un cromosoma "X" que se llama femenino, y un cromosoma "Y", el cromosoma masculino. Durante la división meiótica los cromosomas que establecen el sexo se distribuyen entre los espermatoцитos secundarios, de manera que la mitad de los espermatozoos son masculinos, conteniendo el cromosoma "Y", y la otra mitad son femeninos, conteniendo el cromosoma "X". El sexo de la descendencia dependerá de cuál de estos dos tipos de espermatozoos fertilice el óvulo.

Formación de espermatozoos.

Cuando se han formado las espermátides todavía conservan las características usuales de células epitelioideas, pero pronto cada una empieza a alargarse para constituir el espermatozoo, este tiene cabeza, cuello, cuerpo y cola. Para formar la cabeza, el material nuclear se reajusta constituyendo una masa compacta, y la membrana celular se retrae alrededor del núcleo. Este material nuclear es el que fertiliza al huevo.

Extendiéndose más allá del cuerpo hay una cola larga que posee la misma estructura de un cilio. La cola contiene dos pares de microtúbulos en el centro, y nueve microtúbulos dobles dispuestos alrededor del borde. Está cubierta por una extensión de la membrana celular que contiene grandes cantidades de fosfato de adenosina, éste indudablemente proporciona la energía para los movimientos de la cola. Cuando el espermatozoo es liberado de las vías genitales masculinas y penetra en las femeninas, la cola empieza a moverse en uno y otro sentido, logrando propulsión como la de un reptil, que desplaza el espermatozoo con velocidad máxima de aproximadamente 20 cm por hora.

Maduración del espermatozoo en el epidídimo.

Después de formarse en los túbulos seminíferos, los espermatozoos siguen por los conductos rectos hacia el epidídimo. Los espermatozoos al salir de los túbulos seminíferos son completamente inmóviles, y no pueden fertilizar un huevo. Pero cuando los espermatozoos han permanecido en el epidídimo de 18 horas a 10 días,

desarrollan capacidad de moverse y también se hacen capaces de fertilizar el huevo, proceso llamado maduración.

Almacenamiento de espermatozoos.

Una pequeña cantidad de espermatozoos puede almacenarse en, pero la mayor parte se conserva en el conducto deferente, y en cierto grado en la ampolla del mismo. Aunque los espermatozoos en esta zona se vuelven móviles si son expulsados al exterior, mientras están almacenados se hayan en un estado relativamente inactivos, probablemente por el siguiente motivo: el espermatozoo, a consecuencia de su propio metabolismo, secreta una cantidad considerable de bióxido de carbono en el líquido vecino, y el estado acidótico consiguiente del líquido inhibe la actividad de los espermatozoos. Además, el líquido del conducto deferente es pobre en los nutrimentos requeridos para asegurar la gran cantidad de energía que requiere la motilidad.

Los espermatozoos pueden almacenarse conservando su fertilidad en los conductos genitales hasta por 42 días, aunque es dudoso que en período de actividad normal sexual se produzca frecuentemente tal almacenamiento prolongado. De hecho, cuando la actividad sexual es excesiva, el almacenamiento quizá sólo tenga lugar por unas pocas horas.

Función de la Vesículas Seminales.

Las vesículas seminales están revestidas por epitelio secretorio que produce un material mucoso rico en nebulosa y pequeñas cantidades de ácido ascórbico, inositol, ergotoneína, cinco aminoácidos, fosforitoolina, prostaglandina y fibrinógeno. Durante la eyaculación cada vesícula seminal vacía su contenido en el conducto eyaculador al mismo tiempo que el conducto deferente vacía el semen. Esto aumenta considerablemente el volumen del semen eyaculado, y la levulosa y otras sustancias contenidas en el líquido seminal tienen gran valor nutritivo y protector para los espermatozoos eyaculados, hasta que uno de ellos fertilice el huevo.

Función de la Glándula Prostática.

La próstata secreta un líquido alcalino claro de aspecto lechoso que contiene ácido cítrico, calcio y otras varias sustancias. Durante la eyaculación la cápsula de la glándula prostática se contrae simultáneamente con las contracciones del conducto deferente y vesículas seminales, de manera que el líquido fluido y lechoso de la glándula prostática se une a la masa del semen. La característica alcalina esencial del líquido prostático puede ser muy importante para una buena fertilización del huevo, pues el líquido del conducto deferente es relativamente ácido debido a la presencia de productos terminales del metabolismo de los espermatozoos, y en consecuencia, inhiben la fertilidad de los mismos.

El esperma no logra su mejor motilidad hasta que el pH de los líquidos vecinos se eleva hasta aproximadamente 6 a 6.5. En consecuencia, es probable que el líquido prostático neutralice la acidez de los demás líquidos después de la eyaculación, y aumente considerablemente la motilidad y fertilidad de los espermatozoos.

SEMEN.

El semen, que es eyaculado durante el acto sexual masculino, incluye los líquidos del conducto deferente, vesículas seminales, glándula prostática, glándulas mucosas, específicamente las bulbo uretrales. La mayor parte del esperma está formada por líquido vesicular seminal (aproximadamente 60 %), el último en ser eyaculado, que sirve para mandar los espermatozoos fuera del conducto eyaculador y de la uretra. El pH medio del esperma combinado es de aproximadamente 7.5, el líquido prostático alcalino ha neutralizado la

ligeramente de otras porciones del semen. El líquido prostático da el aspecto lechoso al semen, mientras que el líquido de las vesículas seminales y las glándulas mucosas le da su consistencia peculiar. De hecho la enzima coagulante del líquido prostático hace que el fibrinógeno del líquido de la vesícula seminal forme un coágulo débil, que se disuelve en plazo de 15 a 20 minutos por la lisis que origina la fibrinolisis formada a partir de una profibrinolisis prostática. En los primeros minutos después de la eyacuación, los espermatozoides se conservan relativamente inmóviles, probablemente por la viscosidad del coágulo. Sin embargo, cuando el coágulo se ha disuelto, los espermatozoides se vuelven muy móviles.

Aunque los espermatozoides pueden vivir varias semanas en las vías genitales masculinas, una vez eyacuados con el semen la máxima duración de su vida sólo es de 24 a 72 horas a la temperatura corporal. Sin embargo, bajando la temperatura puede conservarse el semen varias semanas.

ACTO SEXUAL MASCULINO.

Estímulo Neuronal para Llevar Acabo el Acto Sexual Masculino.

La fuente más importante para iniciar el acto sexual masculino es el glande del pené, que contiene un sistema sensitivo de órganos terminales muy organizados, transmisores hacia el sistema nervioso central de una modalidad muy especial de sensación llamada sensación sexual. La acción de masaje sobre el glande en el curso del coito estimula los órganos terminales sensitivos, y las sensaciones sexuales, a su vez, siguen por los nervios pudendos, de allí a través del plexo sacro hacia la porción sacra de la médula espinal y, finalmente, subiendo por la médula a zonas indefinidas del cerebro. Pueden penetrar también impulsos en la médula espinal procedentes de zonas vecinas del pené para ayudar a estimular el acto sexual.

Las sensaciones sexuales pueden incluso originarse en estructuras internas como zonas irritadas de uretra, vejiga, próstata, vesículas seminales, testículos y conductos deferentes. De hecho una de las causas del impulso sexual probablemente sea la repleción excesiva de los órganos sexuales con secreción.

Elemento Psíquico de la Estimulación Sexual Masculina.

Estímulos psíquicos adecuados pueden aumentar considerablemente la capacidad de una persona para llevar a cabo el acto sexual. Simples pensamientos sexuales, o incluso sueños en los cuales se está efectuando el coito, pueden hacer que se produzca el acto sexual masculino y termine en eyacuación.

De hecho, las emisiones nocturnas durante los sueños se producen en muchos varones en diversas etapas de su vida sexual, especialmente entre los 10 y 20 años.

ETAPAS DEL ACTO SEXUAL MASCULINO.

Erección:

Es el primer efecto de la estimulación sexual masculina, el grado de erección es proporcional al grado de estimulación, tanto físico como psíquica.

La erección es producida por impulsos parasimpáticos que siguen por los nervios erectores desde la porción sacra de la médula espinal al pené. Estos impulsos parasimpáticos dilatan las arterias del pené, y probablemente al mismo tiempo constriñen las venas; permitiendo que la sangre arterial circule a presión elevada hacia el tejido eréctil del pené. El tejido eréctil es simplemente un conjunto de voluminosos sinusoides venosos cavernosos, que normalmente se hallan bastante vacíos, pero pueden dilatarse enormemente cuando la sangre arterial penetra en ellos a presión, pues hay oclusión parcial del retorno venoso. Los cuerpos eréctiles también están rodeados de cubiertas fibrosas muy resistentes, por lo tanto, la presión

elevada dentro de los sinusoides hace que se dilate el tejido eréctil al punto que el pené se vuelve duro y alargado.

Lubricación.

Durante la estimulación sexual, los impulsos parasimpáticos, además de provocar la erección, estimulan la secreción de moco por las glándulas de Littre y las glándulas bulbo uretrales. Este moco sigue por la uretra durante el coito para ayudar a la lubricación.

Sin buena lubricación, el acto sexual masculino raramente tiene éxito, porque el coito no lubricado produce impulsos dolorosos que inhiben las sensaciones sexuales en lugar de estimularlas.

Emisión y eyaculación

Constituyen la culminación del acto sexual masculino. Cuando el estímulo sexual resulta extraordinariamente intenso, los centros reflejos de la médula empiezan a mandar impulsos simpáticos que abandonan la médula en L-1 y L-2 y pasan a los órganos genitales siguiendo el plexo hipogástrico para causar eyaculación.

Se cree que la emisión empieza con la contracción del epididimo, el conducto deferente y la ampolla, provocando la expulsión de los espermatozoos hacia la uretra. Luego, contracciones de las vesículas seminales y de la capa muscular de la próstata expelen el líquido seminal y el líquido prostático, expulsando a los espermatozoos en dirección antero grada. Todos estos líquidos se mezclan con el moco ya secretado por las glándulas bulbo uretrales para formar el espermatozoos. A este proceso se le llama emisión.

El llenado de la uretra desencadena luego las señales que son transmitidas por los nervios pudiendo a las regiones sacras de la médula. A su vez hay impulsos nerviosos rítmicos que se mandan desde la médula a los músculos esqueléticos que rodean la base del tejido eréctil originando aumento de presión a este nivel de tipo rítmico, a modo de ondas, que exprimen el espermatozoos desde la uretra al exterior. A este proceso se le llama eyaculación.

TESTOSTERONA Y OTRAS HORMONAS SEXUALES MASCULINAS.

Secreción de testosterona por las células intersticiales del testículo.

La testosterona es la única hormona importante a la cual corresponden los efectos hormonales masculinos dependientes del testículo. Es producida por las células intersticiales de Leydin, situadas entre los túbulos seminíferos.

Secreción de andrógenos en otras partes del cuerpo.

El término andrógeno se utiliza como sinónimo de hormona sexual masculina, pero también incluye hormonas sexuales masculinas producidas en otras partes del cuerpo, fuera de los testículos. Por ejemplo, la glándula suprarrenal secreta por lo menos cinco andrógenos diferentes, aunque el efecto de todos ellos normalmente es tan pequeño que no producen características masculinas importantes.

Química de la testosterona.

Todos los andrógenos son compuestos esteroides. Tanto en los testículos como en las suprarrenales los andrógenos pueden sintetizarse a partir del colesterol o directamente por acetil-CoA.

Metabolismo de la testosterona.

Una vez secretada por los testículos, la testosterona circula (casi toda fija en forma laxa con la proteína plasmática) en la sangre durante 15 a 30 minutos cuando mucho, y es fijada por los tejidos o desdoblada dando productos inactivos que luego se excretan.

La testosterona que se fija a los tejidos es transformada, dentro de las células, en dehidrotestosterona, bajo esta forma, la testosterona lleva a cabo sus funciones intracelulares. La dihidrotestosterona primero se fija a una proteína receptora en el citoplasma, el complejo resultante se difunde penetrando en el núcleo, donde activa el proceso de transcripción de DNA para formar grandes cantidades de RNA.

Desdoblamiento y excreción de la testosterona: La testosterona que no es fijada por los tejidos se transforma rápidamente (principalmente en el hígado) en androsterona y dihidroepiandrosterona que son conjugadas como glucoronidos o sulfatos. Estas sustancias se excretan al intestino con la bilis o a la orina.

FUNCIONES DE LA TESTOSTERONA

La testosterona es la causa de las características distintivas de la persona masculina. En el curso del desarrollo fetal los tejidos son estimulados por la gonadotropina coriónica de la placenta para producir una pequeña cantidad de testosterona, pero durante la infancia prácticamente no se produce testosterona hasta aproximadamente la edad de 11 a 13 años. Luego la producción de testosterona aumenta rápidamente al comenzar la pubertad, y persiste durante casi todo el resto de la vida aunque disminuye rápidamente después de los 40 años de edad para quedar reducida a la quinta parte del valor máximo a la edad de 80 años.

Efecto de la testosterona sobre el desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios del adulto:

La secreción de testosterona después de la pubertad hace que el pénis, escroto y testículos multipliquen su volumen hasta la edad de aproximadamente 20 años. Además la testosterona es causa de que al mismo tiempo se desarrollen los caracteres sexuales secundarios del varón, empezando en la pubertad y terminando en la madurez.

Efecto sobre la distribución del pelo corporal.

La testosterona origina crecimiento del pelo. 1) encima del pubis; 2) en la cara; 3) generalmente en el tórax, y 4) menos frecuentes en otras regiones del cuerpo, como la espalda. También origina que el pelo de la mayor parte del resto de la economía sea más prolífero.

Calvicie.

La testosterona disminuye el crecimiento del pelo en la parte alta de la cabeza, pues un hombre que no tenga testículos funcionales no se vuelve calvo. Sin embargo, muchos machos viriles nunca sufren calvicie, que resulta de dos factores: 1) es necesario un fondo genético para que se desarrolle la calvicie, 2) superpuesto a este fondo genético, grandes cantidades de hormonas andrógenas.

Efecto sobre la voz.

La testosterona secretada por los testículos o inyectada en el cuerpo produce hipertrofia de la mucosa laríngea y agrandamiento del órgano. Estos efectos al principio originan una voz relativamente discordante y ronca, que gradualmente se transforma en la típica voz masculina grave.

Efecto sobre la piel:

La testosterona aumenta el espesor de la piel en toda la economía y la resistencia de los tejidos subcutáneos.

Efecto sobre la retención nitrogenada y el desarrollo muscular:

Una de las características masculinas principales es el desarrollo de una musculatura cada vez más voluminosa después de la pubertad. Esto se acompaña de aumento de proteínas en otros tejidos también. Muchos de los cambios de la piel dependen también de depósito de componentes proteínicos en la misma, y

los cambios de la voz pudieran resultar de esta función sobre anabolismo proteínico que posee la testosterona.

La testosterona muchas veces se ha considerado "hormona de la juventud", a consecuencia de su efecto sobre la musculatura, y se emplea para tratar a personas que sufren desarrollo muscular insuficiente.

Efecto sobre el crecimiento óseo y la retención de calcio.

Después de la pubertad o de inyecciones repetidas de testosterona, los huesos aumentan considerablemente de espesor y depositan cantidades considerables de sales cálcicas. Así pues, la testosterona aumenta la cantidad total de matriz ósea y también estimula la retención de calcio. El aumento de matriz ósea se cree que depende de una anabolía proteínica general causada por la testosterona.

Cuando se secretan grandes cantidades de testosterona (o de cualquier otro andrógeno) en el niño que todavía crece, el ritmo de crecimiento óseo aumenta mucho, originando un brusco incremento también de todo el cuerpo. Sin embargo la testosterona provoca el cierre de la epífisis de los huesos largos, que se unen a la diáfisis en etapa temprana de la vida. Por lo tanto a pesar de un crecimiento rápido, esta unión temprana de las epífisis impide que la persona alcance la talla que había logrado si no se hubiera secretado testosterona.

MECANISMO DE ACCION DE LA TESTOSTERONA.

Se cree que se deben principalmente a mayor formación de proteínas en las células. En la próstata, la testosterona penetra en las células al cabo de unos minutos de secretada, es convertida ahí en dihidrotestosterona y se fija a una proteína receptora citoplásmica. Esta combinación luego emigra hacia el núcleo, donde se fija a una proteína nuclear y provoca el proceso de transcripción de DNA-RNA. En plazo de 30 minutos la concentración de RNA empieza a aumentar en las células, y esto va seguido de un aumento progresivo, de la proteína celular. Después de varios días, la cantidad de DNA en la glándula también ha aumentado, y simultáneamente ha habido incremento en el número de células prostáticas.

CONTROL DE LAS FUNCIONES SEXUALES MASCULINAS POR HORMONAS GONADOTROPICAS-FSH Y LH.

La adenohipófisis secreta dos diferentes hormonas gonadotropinas: 1)hormona estimulante de los folículos(FSH), y 2)hormona luteinizante(HL)*Es la misma que la hormona estimulante de las células intersticiales (ICSH)*

Regulación de la producción de testosterona por la LH

La producción de testosterona por las células intersticiales de Leyding sólo se produce cuando los testículos son estimulados por la hormona LH de la hipófisis, la cantidad de testosterona secretada varía aproximadamente en proporción de la cantidad de LH disponible.

Regulación de la espermatogenesis por la hormona estimulante de los folículos.

La conversión de espermatozoides primarios en espermatozoides secundarios en los túbulos seminíferos es estimulada por la FSH de la adenohipófisis. En ausencia de FSH no se produce espermatogenesis. Sin embargo, esta hormona por sí sola no puede completar la formación de espermatozoides. Para que el proceso de espermatogenesis siga hasta completarse, debe secretarse simultáneamente testosterona en pequeñas cantidades por las células intersticiales. Así pues la FSH parece iniciar el proceso proliferante de la espermatogenesis, y la testosterona, difundiendo desde las células intersticiales hacia los túbulos seminíferos, parece ser necesaria para la maduración final de los espermatozoides.

Factores reguladores de gonadotropinas.

El hipotálamo controla la secreción de gonadotropina por vía del sistema portal hipotalámico-hipofisiario. Las hormonas neurosecretoras denominadas factores de liberación de gonadotropinas son llevadas por la sangre del sistema hipofisiario portal a la hipófisis anterior con el fin de controlar la secreción de LH y FSH. Estos factores son el factor liberador de luteotropina(LRF) y el factor liberador de hormona estimulante del folículo(FRF)

****La espermatogénesis a nivel de los testículos en alguna forma desconocida inhibe la secreción de FSH, a la inversa, la falta de espermatogénesis provoca aumento neto de FSH. Por ejemplo. Podría aumentar la intensidad de la espermatogénesis cuando el varón eyacula frecuentemente. ****
(8)

CAMBIOS FISICOS Y PSICOLOGICOS DURANTE LA PUBERTAD

EL CONCEPTO

La pubertad (del latín pubere, cubrirse de vello el pubis puede definirse como el periodo de tiempo aproximadamente tres años), en que culminan por aparecer los caracteres sexuales secundarios. Con el objeto de establecer una clara distinción, señalaremos que se denomina pubertad a los cambios físicos, es decir, a la aparición de los caracteres sexuales secundarios, mismos que aparecen a partir de la secreción de hormonas y adolescencia a los cambios psicológicos.

EL FACTOR HORMONAL

El rasgo principal de la pubertad es el desencadenamiento hormonal, ya que son las hormonas las inductoras de los caracteres sexuales secundarios.

Aunque ambos sexos cuentan con hormonas semejantes, en cada uno de ellos varía la proporción de los mismos, de modo que una descompensación puede producir rasgos viriles en la muchacha o femeninos en el muchacho. En el hombre predominan los andrógenos, segregados por los testículos y por las glándulas suprarrenales, mientras que en la mujer lo son en una pequeña parte por los ovarios y, el resto, también por las glándulas suprarrenales.

En la mujer son mayoría los estrógenos y la progesterona, ambas producidas por los ovarios.

El desencadenamiento hormonal en esta niña de doce años, ya se ha registrado.

En el niño sucederá entre los diez y dieciséis.

La producción de hormonas es acíclica, es decir continua, en el varón, en tanto las hormonas femeninas se sustituyen o superponen unas a otras según unos ritmos de tiempo determinados (cíclica)

Algunos de los efectos corporales de las hormonas son, por ejemplo, la evolución de la talla y el desarrollo de la masa muscular, que, en el varón, se atribuyen al efecto trófico, es decir, de nutrición dinámica, de los andrógenos. Su abundante producción explicaría la superior estatura del varón por término medio.

Factores reguladores de gonadotropinas.

El hipotálamo controla la secreción de gonadotropina por vía del sistema portal hipotalámico-hipofisiario. Las hormonas neurosecretoras denominadas factores de liberación de gonadotropinas son llevadas por la sangre del sistema hipofisiario portal a la hipófisis anterior con el fin de controlar la secreción de LH y FSH. Estos factores son el factor liberador de luteotropina(LRF) y el factor liberador de hormona estimulante del folículo(FRF)

**La espermatogénesis a nivel de los testículos en alguna forma desconocida inhibe la secreción de FSH, a la inversa, la falta de espermatogénesis provoca aumento neto de FSH. Por ejemplo. Podría aumentar la intensidad de la espermatogénesis cuando el varón eyacula frecuentemente. **
(8)

CAMBIOS FISICOS Y PSICOLOGICOS DURANTE LA PUBERTAD

EL CONCEPTO

La pubertad (del latín pubere, cubrirse de vello el pubis puede definirse como el periodo de tiempo aproximadamente tres años), en que culminan por aparecer los caracteres sexuales secundarios. Con el objeto de establecer una clara distinción, señalaremos que se denomina pubertad a los cambios físicos, es decir, a la aparición de los caracteres sexuales secundarios, mismos que aparecen a partir de la secreción de hormonas y adolescencia a los cambios psicológicos.

EL FACTOR HORMONAL

El rasgo principal de la pubertad es el desencadenamiento hormonal, ya que son las hormonas las inductoras de los caracteres sexuales secundarios.

Aunque ambos sexos cuentan con hormonas semejantes, en cada uno de ellos varía la proporción de los mismos, de modo que una descompensación puede producir rasgos viriles en la muchacha o femeninos en el muchacho. En el hombre predominan los andrógenos, segregados por los testículos y por las glándulas suprarrenales, mientras que en la mujer lo son en una pequeña parte por los ovarios y, el resto, también por las glándulas suprarrenales.

En la mujer son mayoría los estrógenos y la progesterona, ambas producidas por los ovarios.

El desencadenamiento hormonal en esta niña de doce años, ya se ha registrado.

En el niño sucederá entre los diez y dieciséis.

La producción de hormonas es acíclica, es decir continua, en el varón, en tanto las hormonas femeninas se sustituyen o superponen unas a otras según unos ritmos de tiempo determinados (cíclica)

Algunos de los efectos corporales de las hormonas son, por ejemplo, la evolución de la talla y el desarrollo de la masa muscular, que, en el varón, se atribuyen al efecto trófico, es decir, de nutrición dinámica, de los andrógenos. Su abundante producción explicaría la superior estatura del varón por término medio.

En la muchacha púber, una hormona producida por el folículo ovárico, la foliculina, interviene en el aumento de tamaño del útero, de la vulva y del desarrollo de los pezones. Los andrógenos se vinculan, en cambio, al aumento de los labios mayores de la vagina y del clitoris, así como a la aparición y crecimiento del vello axilar y pubiano, junto con el acné. La pilosidad está a cargo de los andrógenos. Estos pueden ser débiles y fuertes; el vello del pubis depende de un andrógeno débil, la androsterona, segregada por las glándulas suprarrenales; el pelo de la barba en el varón, es debido a un andrógeno fuerte, emitido por los testículos, la testosterona, que influye también sobre el timbre de la voz.

CAMBIOS FISICOS EN LA PUBERTAD

Los cambios físicos propios de la pubertad, siguen un orden secuencial que no es idéntico para cada sexo. En las niñas esta etapa comienza, generalmente, entre los nueve y los quince años de edad; en los niños, se inicia entre los diez y los dieciséis años. Es decir, las niñas se desarrollan antes que los niños.

En ambos, el tamaño de las diferentes partes del cuerpo no tiene relación con su buen funcionamiento; el que una persona tenga los ojos más grandes, no quiere decir que vea mejor que los demás. Es importante que los jóvenes no se angustien si su desarrollo no tiene el mismo ritmo que algunos de sus compañeros. Es importante hacerles entender que cuando tengan dieciocho ó veinte años de edad, todos serán hombres y mujeres bien desarrollados.

Durante la pubertad, algunos de los cambios que se hacen evidentes, son: aparición del vello púbico y axilar en el hombre y en la mujer, crecimiento acelerado en talla y peso, en ambos sexos, la voz se hace grave en el caso del hombre, aparece acné, por la activación de las glándulas sebáceas, en la mujer se desarrollan los órganos genitales externos, aparece el vello facial (barba y bigote que dependen de factores genéticos y hormonales), vello en piernas y pecho, así como emisiones de líquido seminal.

CAMBIOS FISICOS DE LA PUBERTAD HOMBRE, MUJER, APARECE VELLO PUBICO Y AXILAR, AUMENTO DE TALLA Y PESO, APARICION DE ACNE, SE HACE GRAVE LA VOZ, DESARROLLO DE SENOS, CADERAS, Y MUSLOS, DESARROLLO DE GENITALES EXTERNOS, SE PRESENTA LA PRIMERA MENSTRUACIÓN, APARECE VELLO FACIAL, EMISIONES NOCTURNAS DE LIQUIDO SEMINAL, LA ADOLESCENCIA Y EL CRECIMIENTO PSIQUICO

La adolescencia (del latín *adolescere*: desarrollarse), no sólo es una fase en el desarrollo psíquico del individuo, hacia una supuesta madurez, sino también una transformación en algo nuevo que conserva en sí lo antiguo: nunca desaparece la infancia, como nunca se accede a una madurez absoluta. De ahí que nuestros alumnos en ocasiones se comporten como "niños", causando el pesar de los padres y los docentes que quisieran ya verlos comportarse con la seriedad y responsabilidad propios de un adulto.

El adolescente aún cuando se convierte en adulto desde los puntos de vista sexual e intelectual, continúa siendo un niño desde los puntos de vista social y afectivo. De este contraste, se llega a derivar una rebelión contra los demás y consigo mismo, acompañada de una desadaptación al no encontrar un grupo específico propio al margen de los niños y los adultos.

En esta etapa a los adolescentes les sobrevienen con frecuencia dolores de cabeza y de estómago causados por preocupaciones disimuladas o tensiones. Aparecen algunos tics nerviosos que serán motivo de preocupación y de malestar para los padres, sin embargo desaparecerán al cabo de dos años, siempre que no se les preste más atención de la debida.

Como se ve, la adolescencia es una etapa de crisis. Sin embargo la magnitud de la virulencia estará directamente relacionada con el ambiente que rodea al adolescente, la educación recibida y la concienciación adquirida a través de la misma.

El desarrollo emocional está vinculado al desarrollo físico

Por esta razón, es importante que los docentes conozcamos la circunstancia de cada uno de nuestros alumnos, para poder ayudarlos a superarla, o tratar de neutralizar en la medida que nos sea posible la influencia negativa que se esté ejerciendo sobre ellos. Conocer el medio en que se desenvuelven nuestros alumnos, también nos ayudará a comprender los por qué de su comportamiento.

Los docentes y los padres de familia, debemos procurar no constituirnos en un motivo más de preocupación para los adolescentes. Suficientes motivos de preocupación tienen ya, como para llegar a constituirnos en uno más.

Algunas de las cosas que a los jóvenes preocupa y que conviene saber, para aliviar la tensión que les genera serían:

- La aparición o no del vello facial.
- El tamaño de los genitales.
- Contornos indefinidos, rasgos ambiguos e imperfecciones físicas.

Aunque a los adultos lo anterior nos parezca poca cosa, o cosas sin importancia, no olvidemos que los jóvenes son proclives a magnificar sus problemas. Y tres son los estamentos cuya mirada crítica y juicio le preocupan sobremanera: la familia, los compañeros y el sexo opuesto.

Las observaciones o recomendaciones que se hagan a los jóvenes acerca de sus cortes de pelo, su indumentaria, sus amistades, etc. , deberán hacerse en un tono y volumen amable, cariñoso y sin reflejar las inseguridades aletargadas de nuestra propia juventud.

Lo que tanto padres y maestros debemos procurar mantener abierta bajo cualquier circunstancia, es la comunicación. Se debe hablar con ellos en términos amistosos. Si el ánimo está exaltado lo mejor es postergar la conversación para otro momento, ya que si se da un rompimiento entre padres o maestros, con el joven, conseguiremos justo lo contrario de lo que nos proponíamos, es decir, perjudicar al que queríamos proteger.

Está claro que esto es más fácil decirlo que hacerlo, sin embargo, con la reflexión, la paciencia y la tolerancia, ayudaremos a los jóvenes con quienes la comunicación nunca se debe padres y maestros estemos de algún modo interrumpir relacionados a transitar felizmente por estas difíciles etapas de la vida que son la pubertad y la adolescencia.

Como ya se ve, es mucho lo que tanto padres como maestros, podemos hacer para ayudar a los jóvenes. Por lo que conviene tener siempre presentes las características de los alumnos con quienes nos ha tocado trabajar.

Se anexa a este trabajo, las características de los alumnos de sexto grado, con el objeto de tenerlos presentes, para observar si sus comportamientos y actitudes están dentro del marco de la normalidad, así como no demandar de ellos más de lo que su edad permite.

La comunicación nunca se debe interrumpir

Ayudemos a los jóvenes a transitar felizmente

Por estas difíciles etapas que son la pubertad y la adolescencia (9)

- 1.- Dr. Anameli Moyroy y de Velasco.
Salud Sexualidad y Adolescencia,
"Sexualidad, Educación de la sexualidad",
1Edición
México, Editorial Pax, 1985,
pp. 22,23,26.

- 2.- James Lestic Mc. Cary,
Stephen P. Mc. Cary,
Juan Luis Álvarez Gayoc,
Carlos del Río,
José Luis Suárez,
Sexualidad Humana
"¿Por que la educación sexual ?"
5° Edición, México,
Editorial Manual Moderno, 1980,
pp. 3,4.

- 3.- Socorro Calvo Bruzos
Educación para la Salud en la Escuela
"Sexualidad y Desarrollo"
Madrid,
Editorial Díaz de Santos, S.A. 1992
pp. 308-310.

- 4.- Esther Gally.
Sexualidad Humana y Planificación Familiar.
"Sexualidad Humana".
México, Editorial Pax-, 1986,
pp. 48-69.

- 5.- Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez
Tratado de Anatomía Humana
"Aparato genital de la mujer"
Tomo III,
4° Edición México D.F.
Editorial Porrúa, 1984
pp. 300-346

- 6.- Dr. Arthur C. Guyton
Fisiología y Fisiopatología Básica
"Fisiología del Aparato Reproductor Femenino"
2° Edición . México,
Editorial Interamericana , 1980
pp. 634-543

- 7.- Tratado de Anatomía Humana

Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez
"Aparato Genital Masculino"
Tomo III
4° Edición, México D...F.
Editorial Porrúa, 1980,
pp. 258-299

8.- Fisiología y Fisiopatología Básicas

Dr. Arthur C. Guyton
"Fisiología del Aparato Reproductor Masculino"
2° Edición, México,
Editorial Interamericana, 1980,
pp. 624-632

9.- [http://www. Vida Humana: org./Vida Familiar.](http://www.VidaHumana.org/VidaFamiliar)

LA FAMILIA Y LA SEXUALIDAD.

Las familias mexicanas en su estructura y funcionamiento concreto. Cada una de ellas, esta dotada de fuerza y singularidad en la aplicación de modelos(regidos por las características propias según las regiones del país), que la hace poseedora de su propia identidad.

En la conducta reproductiva que posee un individuo, se puede también distinguir el nivel conciente del inconsciente. El nivel conciente es aquel que se fundamenta en motivaciones que desencadenan acciones o comportamientos sobre los cuales el individuo puede reconocer responsabilidad. El nivel inconsciente hace referencia a acciones y comportamientos que tienen origen en la influencia del complejo aparato social, que se traduciría en costumbres, practicas generalizadas, hábitos y normas internalizadas por el grupo social.

Es importante comprender el significado que tiene en la cultura mexicana ciertos conceptos como: hijo, maternidad, paternidad y familia.

CONCEPTO DE FAMILIA EN LA CULTURA MEXICANA.

El mexicano considera a la familia como el centro fundamental de sus actividades y de sus referencias.

La familia constituye por lo menos la organización mínima fundamental tanto de pertenencia como de referencia para el mexicano. Aunque los tipos de organización del grupo familiar difieran de región a región, de estrato social a otro, la familia siempre permanecerá como organización básica de las actividades, tanto en el ámbito individual como de grupo.

Siendo el marco de referencia del individuo, la familia constituye también la base del reconocimiento social para aquel.

La propia familia es fundamental para el reconocimiento social. Este reconocimiento y la conciencia de pertenencia a tal o cual grupo, significa asimismo, aceptar la constitución de una clase social(con todo lo

limitante y específico en la determinación de la identidad personal) y aceptar también el hecho de pertenencia a esa misma clase.

Conducta reproductiva.

Por conducta reproductiva se entiende todo lo que está ordenado a la procreación.

En México, la familia cumple funciones en estos tres niveles:

1. - Funciones de nivel práctico, como las de protección, ayuda, seguridad, marco básico para la subsistencia y la asistencia al individuo.
2. - Nivel simbólico, se refiere a la Familia como encuadramiento o marco de referencia o de expresión al grupo, ejemplo: del papel importante que juega la condición familiar para las definiciones de las alianzas matrimoniales.
3. - Se refiere a los fines reproductivos. La familia constituye, dentro de la cultura y de las concepciones de la sociedad mexicana, el marco legitimador socialmente aceptado para la conducta reproductiva. La aprobación social tiene en la actualidad un impacto notable en los diferentes medios sociales.

En el medio rural como en el urbano, se están modificando las actitudes de la comunidad respecto a las conductas consideradas anómalas o no enmarcadas en cierta tradición. Este es el caso de las madres solteras, de las uniones libres, de la práctica del divorcio, de la anticoncepción y de las relaciones prematrimoniales.

Desde la perspectiva del cambio en la conducta reproductiva en especial, existe una diferencia entre la evolución observada en el campo y aquella que se constata en las ciudades. Hay que recordar que precisamente las condiciones concretas de vida, las condiciones de tipo económico y la situación de las personas en una determinada estructura social, es lo que influye en la diferente forma de evolución del comportamiento reproductivo.

En el medio rural, la familia prosigue aún con las formas tradicionales de concebir la reproducción. Los hijos conservan un alto valor de estos dos niveles. El de fuerza de trabajo (practicidad económica) y el simbólico (importancia como valor referido a la paternidad y a la maternidad)

Una familia de origen campesino y que debe subsistir a los suburbios de una gran ciudad, procurará extender su familia en razón de los imperativos de subsistencia, más que por el valor misma extensión familiar; mientras que una familia extensa urbana, de condición social media, consideraría a esa misma extensión y tendría una conducta reproductiva similar, con el fin de mantener una situación de clase y no como recurso para la supervivencia.

Conducta sexual, por el contrario, significa toda manera de proceder en orden a todos los aspectos de la sexualidad, con o sin intencionalidad de reproducción.

CONCEPTO DE MATERNIDAD

"Maternidad", "Madre", son conceptos cargados de valor en la cultura mexicana. La mujer recibe con la maternidad la más importante y suprema valoración de su carácter y de su esencia como mujer.

Fecundidad y maternidad son dos términos unidos que se recubren mutuamente.

La mujer pues, estaría orientada fundamentalmente a la maternidad y a toda actividad que las desvincule de esa meta no estaría plenamente justificada. El sector espacial destinado a ella era el hogar, la casa, más aún el interior de la casa. Como corazón del organismo, ella permanecerá siempre en el interior. Ella encontrará en el cumplimiento de su misión materna el premio a su abnegación, a su renuncia. Por que ella, para ser madre, tuvo que renunciar a otros valores sociales, monopolizados por su "Señor". Este monopolizador, también se apoderaría de la fecundidad de su mujer, hasta convertirse en cierta forma, en su regulador. Así resulta claro que el varón impondría a su mujer un ritmo de fecundidad conforme a sus intereses.

La madre, en efecto, constituye un eje central en la familia mexicana; de ella depende en general la vida hogareña. Esto se observa netamente en las familias de los sectores campesinos y no deja de ser común en las familias urbanizadas. Su papel de madre se convierte en esencial e insustituible cuando se produce el hecho; frecuente en el campo y en las ciudades, de la ausencia del varón. Esta ausencia provoca múltiples conflictos en el seno de la familia, especialmente en la educación de los hijos y en la integración familiar.

En el medio rural en ausencia del varón por diversos motivos, ella tendrá que criar a sus hijos representando una figura paterna ausente y una figura materna que muchas veces no está bien delimitada, por un tanto difusa y compleja

En el medio urbano, el concepto de maternidad ha sufrido ya en la actualidad modificaciones notorias. Al cambiar el concepto, también ha cambiado el modo de concebirse el rol de la mujer en su conjunto. La mujer introduce, con su nueva situación, variables que modifican radicalmente el modelo establecido. Por el derecho a su autorrealización, al trabajo y al estudio, así como por las opciones que ofrece la vida moderna urbana, la mujer coordina el ejercicio de estos derechos con su vida familiar.

El concepto de fecundidad en el contexto del país, posiblemente no haya cambiado, sino más bien haya sufrido una evolución. Ya no estaría, en efecto, fundamentada en el número de hijos o en la extensión de la familia (fecundidad por sus efectos cuantitativos), sino más bien en el sentido cualitativo: la fecundidad tiene un valor en sí, como factor de realización humana y debe estar modulada de acuerdo con la evolución y el sentido que las personas le asignan, en el momento en que se deciden de forma conciente e informada, responsable y autónoma, por la llegada de un hijo.

La noción de la paternidad.

El rol paternal que ejerce el varón está determinado por las concepciones que se tienen en cuanto a la división de roles. El hombre mexicano se siente poseedor de un sentimiento fuerte respecto de sus hijos y esto se nota en todos los niveles sociales. Es celoso de su paternidad y por ella percibe una prolongación de su personalidad en el hijo que exige legítimo, de su sangre.

En el medio rural, la concepción misma del rol propio del hombre, hace que el ser padre tenga una importancia en el ámbito social. Paternidad reconocida como sinónimo de virilidad.

En el medio suburbano el caso cambiaría en intensidad, siendo un sentimiento más difuso. Entre las familias de clase media y alta, la noción de paternidad desempeña un papel más decisivo en las cuestiones de honorabilidad, alianzas de clases y mecanismos sucesorios.

En el caso de la sociedad mexicana, por las carencias propias que tiene la relación padres-hijos, propias de la vida moderna, cabrían ciertas reflexiones:

En los sectores campesinos se conjugan dos elementos para delimitar la influencia del padre: la noción del rol masculino (conceptual) y el hecho de la ausencia del padre (es el plano real)

Conceptualmente el mundo rural acepta el predominio del hombre sobre la totalidad del ámbito familiar. El varón detenta el poder de autoridad, el poder económico, la representatividad pública y domina incluso el ritmo procreativo. Así su presencia se hace sentir aún cuando su ausencia es frecuente o caso permanente.

Los hijos son formados con la imagen del padre ausente, mismo con el cual tiene contactos esporádicos. La madre es la encargada de forjarles esa imagen, ella que, a los ojos de los hijos, aparece como sujeto de dependencia y subordinación. Hijos e hijas introyectan paulatinamente ese modelo.

El rol paternal al tener su base más fuerte en la autoridad acordada y reconocida o en autoritarismo, podrá expresarse en un límite extremo subyugando a los miembros de la familia, no dejándoles libre expresión e instaurando una relación unilateral. En el sentido contrario, puede resolverse con el establecimiento de vínculos afectivos de cooperación, mutuo entendimiento y libre coparticipación en las decisiones.

La autoridad mal llevada puede desfavorecer la integración familiar: como así también una coparticipación que diluya los límites naturales de las funciones específicas de cada miembro.

Moderadamente los padres, aunque por diferentes mecanismos, todavía disfrazan su deseo de poder sobre los hijos mediante el ropaje de la protección (económica o afectiva). El padre sin percatarse confunde su

sentimiento de paternidad con el deseo de propiedad. Una caracterización podría ser: las familias de esta sociedad son maternas por el afecto y paternas por la autoridad.

Aunque todo lo dicho puede darse en ciertos casos, con notable dramatismo, no se puede dejar de notar que la familia mexicana no despoja al padre de su afecto para con los hijos.

Las actitudes de los padres mexicanos preservan ciertos valores que son considerados fundamentales: respeto a su autoridad, prioridad en las decisiones, jerarquía de roles; sobre ellos no se transige a ningún precio. Estos valores persisten también cuando los hijos ya son mayores.

TODOS LOS HIJOS QUE DIOS MANDE

Las familias mexicanas son familias con hijos. El hijo tiene mucha importancia y articula un sistema de interrelaciones en el seno de la familia de acuerdo con su sexo. Los estereotipos que actúan en la división y polarización de los roles sexuales, tienen su incidencia en el interjuego que se establece entre padres e hijos, entre hermanos y entre hijos varones y el sector femenino de la familia, incluso la madre.

La significación que toma el hijo. Para la madre será al mismo tiempo el motivo de todos sus cuidados y la recompensa gratificante de toda su maternidad. El padre vea en él una prolongación de sí y el continuador, si es varón, de sus funciones.

Las hijas no recibirán; sin embargo, el mismo peso específico que los hijos, en la generalidad de los casos.

El cuidado de los hijos es la función exclusiva de la madre. Este principio todavía es generalizado en casi todos los niveles sociales de esta sociedad.

"Todos los hijos que Dios mande", refleja más que una convicción de tipo sacral o del ámbito religioso, una actitud frente a la naturaleza. Las investigaciones del CONAPO en el sector rural hacen ver que las opiniones de representantes de las comunidades campesinas se inclinan por aceptar un cierto fatalismo en el hecho procreativo.

A pesar de los notables adelantos registrados en el país en cuanto a planificación familiar, los avances son todavía escasos. Los factores que parecen influenciar más sobre una práctica consciente y más extendidas de la planeación son de tipo cultural.

LA CONDUCTA SEXUAL

Por conducta sexual se entiende como toda manera de proceder en orden a la sexualidad con o sin intencionalidad reproductiva.

Relaciones entre los miembros de familia.

Frente a los fenómenos de la sexualidad, el comportamiento de los miembros de las familias en el país y en los distintos sectores se caracteriza por estos elementos, la falta de comunicación, de información, clandestinidad, complicaciones, insatisfacción en la vida sexual para la mujer, doble moral, morbosidad generalizada.

Las investigaciones hacen resaltar el hecho de la falta de comunicación entre pareja y entre los padres e hijos, en materia de sexualidad. La opinión generalizada y las prácticas aún perdurables, sobre el tabú de lo sexual, han deformado las mentes y comportamientos de las gentes e impiden una vida sexual adecuada.

El tabú de lo sexual impide con frecuencia que entre los miembros de las familias mexicanas exista un diálogo abierto y franco sobre materia sexual. Las prohibiciones pueden llegar al extremo de insalvables frustraciones

y conflictos en el ámbito de pareja, no comunicándose la pareja en algo tan fundamental de su vida de relación, se desencadenan otros mecanismos compensatorios pero distorsionados.

Entre padres e hijos hay una barrera de incomunicación y falta de información y no se proporciona una orientación sexual oportuna y adaptada. Por lo tanto se inicia una practica clandestina, se instauran complicidades, prejuicios y sobreentendidos que desajustan y obstaculizan una relación sexual equilibrada.

La concepción sobre la mujer y sobre sus roles ejerce una influencia fundamental en su insatisfacción sexual. Ella, convirtiéndose en objeto de satisfacción sexual del hombre.

Objetivización, puede sumergirla sin remedio en una insensibilidad con respecto a los valores mismos de la sexualidad.

La conducta sexual del hombre comprenderá un espacio casi ilimitado, mientras que la mujer vera reducida su libertad y su iniciativa sexual dentro de los márgenes estrictos.

En el medio campesino del país, las relaciones entre los miembros de la familia parecen carecer de fluidez, están dificultados los canales de comunicación entre los miembros de la pareja y una espesa red de construcciones míticas y de tabúes van a distorsionar la conducta sexual coherente y satisfactoria. La mujer campesina será víctima de asignaciones de funciones "materiales", desde las tareas domesticas más simples a las cargas más pesadas, y esta situación materializará también su fecundidad y sus conductas sexuales. Ella se convierte así, en el ámbito de la sexualidad, en reproductora de hijos, hecho que comporta en si un valor económico.

En os medios urbanos, las conductas sexuales en el seno de las familias no difieren mucho de las rurales. La falta de comunicación de la pareja trae consigo el hecho de la progresiva desintegración familiar. La búsqueda de sucedáneos, especialmente por parte del hombre, desarticula toda la relación sexual en pareja. La falta de comunicación, además provoca una falta de comprensión, hecho básico para relativizar cualquier tipo de unión.

Cuando el valor de la sexualidad esta mal enfocado, las uniones en pareja puede estar fundadas en otras razones que la realización de ambos.

Los hijos, en las familias urbanas generalmente reciben información sexual fuera del ámbito familiar. La falta de comunicación entre los padres provoca asimismo una falta de comunicación con los hijos. Estos elaboraran sus conductas sexuales de acuerdo a marcos de referencia extrafamiliares, aunque reproducirán inconscientemente los modelos y comportamientos de sus padres.

Cambios en la familia respecto de la sexualidad.

En la actualidad se registran en la sociedad mexicana cambios notables en orden a la sexualidad dentro de las familias. Estos cambios están dados en los dos niveles. Conducta reproductiva y conducta sexual.

En cuanto a la conducta reproductiva, las transformaciones son practicas y teóricas, y se están dando en cuanto los valores sustentados en las familias con respecto a la maternidad, la paternidad, los hijos y el concepto mismo de familia, luego se observan en la practica cambios en las actitudes respecto a la planeación familiar.

La maternidad comienza a dejar de ser un fin en sí exclusivo o imprescindible para la realización de la condición femenina. La mujer tiene en las cuestiones públicas, su inserción en el mercado laboral, los fenómenos migratorios, la educación, la capacitación técnica, ha abierto campos antes monopolizados por el hombre.

(10)

FAMILIA Y SUS ROLES SEXUALES.

La Educación Sexual en la Familia

La familia como formadora de roles

La familia debe cumplir con ciertas funciones que la sociedad le ha asignado; entre ellas la socialización. Socializar significa incorporar a los individuos a la sociedad, mediante transacciones con otras personas.

La educación sexual va implícita en ese proceso, pues la sociedad es quien dictamina el papel del varón y de la mujer, es la familia la encargada de reproducir estos roles en sus miembros, para que estos últimos sean aceptados a la vez por la sociedad.

Como ya se dijo los roles se comienzan a formar desde que el niño nace y es o no aceptado por los padres según su sexo. El trato es distinto para el niño o la niña, esto es claro en acciones como en la forma de vestirlos, de acariciarlos, etc.

La experiencia directa-corporal y la interacción entre individuos y medio también inician dicha información.

Más tarde la imitación diferida y el juego simbólico, juegan un papel básico, puesto que reproducen un suceso que han observado principalmente en casa. Niño y niña observan el comportamiento de sus padres y hermanos y comienzan a discriminar modelos. Al crecer ellos reforzaran aquellos que consideren deseables no solo de su familia, sino de la escuela, los amigos, los medios de comunicación, etc.

El rol que desempeñen los padres será fundamental para que el niño adquiera la identidad y desempeñe también su rol.

Los niños pueden percibir una imagen del varón y de una mujer satisfecha o por el contrario, una mujer devaluada y de un hombre sin pretensiones

El es educado (por lo general) para ser un buen proveedor y poseedor con derechos sobre los demás y ella, por su parte, para obedecer al varón y depender de él.

Todos estos valores y su función correspondiente se van adquiriendo con actividades cotidianas; las niñas deben de jugar en forma sedentaria(a la comidita, a la casita, etc.= y los niños con movimientos bruscos(a las pistolas, fútbol, etc.) Al niño no se le permite expresar sus sentimientos, pero sí a la niña. También son distintas sus responsabilidades en el hogar y en los permisos otorgados,

Todo lo anterior ocasiona que los niños crezcan con la sensación de que el mundo de los hombres es más completo y; amplio mientras que el de las mujeres se reduce a la casa.

Interacciones familiares.

Cada familia puede, sin comunicación verbal, establecer normas internas que considera propias y sus miembros las interiorizan de tal manera, que cada uno sabe que le corresponde hacer a él mismo, y que a los demás:

- Que la mujer es la encargada de hacer la comida.
- Que el varón puede llegar tarde, andar con los amigos
- Que la hermana mayor debe cuidar al hermano menor.
- Que no debe de hablarse de sexualidad en la casa, etc.

En la familia se aprende a asumir diferentes funciones, a cooperar, a compartir, a odiar, a pelear, etc.

Muchos casos exigen readaptación los más comunes y frecuentes son:

- Cuando el padre pierde el empleo y la mujer sale a buscar el sustento, él puede pasar a realizar las funciones domésticas, que antes ocupaban a ella, o cuando se incorpora un nuevo miembro en la familia y con ello se modifican las funciones de cada uno. Donde es

necesario asignar responsabilidades y funciones definidas. Ya que esto confunde sobre todo a los niños, y provoca interferencia en la comunicación familiar.

- La definición de límites(reglas acordadas por la familia para definir como y en que participara cada uno) Para que la familia funcione los límites deben ser definidos con tal claridad y precisión que permitan a todos desarrollar sus funciones sin interferencias, a la vez que permitir el contacto entre subgrupos(hermanos, padres, abuelos, etc)
- Es trascendental que los padres marquen al niño los límites de la permisión y prohibición, para que así él se ubique en la realidad.

Procedimientos que utilizan los padres para educar la sexualidad.

- a) Las verbalizaciones: la expresión a través de símbolos y signos (semiótica) que permite comunicar lo que se espera de cada uno.
- b) Las acciones, es decir las actividades, los comportamientos y las reacciones que ante la sexualidad tienen los padres de familia.

Las verbalizaciones están compuestas de gestos, tonalidades y requerimientos, a menudo ambos mecanismos se presentan unidos, los actos tienen mayor peso principalmente en los primeros años. "Los niños siguen los ejemplos más que las palabras"

En el seno familiar la sexualidad todavía se considera tabú. Por lo general su temática rara vez se aborda si no es enmascarada o indirectamente.

Cuando al niño le suceden una serie de hechos con connotación sexual, los padres reaccionan negando o distorsionando la realidad. Ejemplo.

- Un niño descubriendo su cuerpo, encuentra placer al manipular sus genitales, la madre, al verlo, le dice que no haga cosas sucias.
- Una niña de 4 años pregunta a su mamá de donde vienen los niños, ella responde que los trae la cigüeña.

En las familias muchas veces hay incongruencias verbal-factual(entre lo que se dice y lo que se hace) Los hijos captan estas contradicciones y no pueden lograr una visión integral de lo que es la sexualidad, pues asocian con ella lo malo lo sucio y la culpa..

Los niños que no reciben información al respecto en su casa, la buscan clandestinamente en la calle, con sus amigos o en revistas. Esta información desde luego esta deformando y distorsionado, pues se basa a su vez en falsas creencias, en mitos y tabúes.

Esta inseguridad e ignorancia acompaña la confusión que existe al pensar que hablar es el sinónimo de permitir, por ello, muchas veces los padres de familia temen que sus hijos reciban información sobre aspectos de reproducción humana o de anticoncepción, pues piensan que va a influir directamente en su comportamiento..

Generalmente dentro de la familia la mujer posee las características de madre abnegada y como tal, aparecerá ante los ojos de sus hijos, y muchas veces también de su marido, como un ser asexual, sin capacidad de goce sexual, deserotizado. Este hecho provocara una disociación entre madre asexual(buena y pura) y mujer sexual(que obtiene placer y es atractiva)

El varón por su parte recibe una especie de permiso social para descargar sus impulsos sexuales, fuera de la relación, matrimonial.

Los niños perciben en el comportamiento habitual de sus padres las actitudes respecto del sexo.

Por lo general se conserva una gran distancia corporal entre la pareja, presentando una imagen en la que no es permitido demostrar el afecto por medio de caricias y besos. Muchas veces la madre no corresponde de una demostración afectiva del padre, impidiéndole el acercamiento físico y transmitiendo a sus hijos una visión de que las demostraciones de cariño y afecto no se permiten dentro de la familia.

Aparece aquí la confusión tan generalizada entre prohibir y negar. Una pareja puede prohibir, poner límites, como por ejemplo, la intromisión de los hijos en la vida sexual de los padres, y no obstante, no negarla, ya que esto significa darle a entender, casi exclusivamente, que no realizan el acto sexual.

(10)

- 10.- Manual de Educación de la sexualidad
Humana.
"Familia y Sexualidad"
Equipo Editorial CONAPO.
ALFONSO LOPEZ J.
PP. 21-101.
México 1986.

LA ESCUELA EN LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD.

La meta primaria de la educación de sexualidad es la promoción de la salud sexual. La educación sobre la sexualidad busca ayudar a los jóvenes en comprender un criterio positivo de la sexualidad proporcionándoles la información y las aptitudes acerca de atender su salud sexual y ayudarlos a adquirir las aptitudes para tomar decisiones ahora y en futuro.

La escuela en todos sus niveles, debe de proveer al alumno de conocimientos y actividades que le ayuden a obtener conceptos claros y aptitudes positivas hacia su sexualidad y la de los demás, así como bases firmes que permitan tomar sus propias decisiones y planear su vida futura en forma inteligente, sensata y personal.

En los casos en los que los educandos posean una buena educación sexual brindada por sus padres, la función de la escuela será la de complementarla y ratificarla, en los casos en que el educando haya recibido una educación sexual negativa, la escuela deberá reorientarla para el bien del alumno y de la comunidad en que vive.

Los padres que se oponen a la educación sexual, por lo común consideran que la exposición a la información sexual alentarán a los jóvenes a participar en actividades sexuales. Sin embargo, no existen datos que demuestren que las actividades sexuales de los adolescentes aumenten después de los cursos de educación sexual, al igual que cualquier otro tipo de educación, suministra información, y no es una llamada de acción. De hecho un aspecto que las escuelas no sean capaces de modificar en forma significativa son los valores básicos que los niños traen consigo al salón de clases.

(11)

- 11.- William h. gotwald Jr.,
gale holtz golden,
Sexualidad la Experiencia Humana,
* La Escuela en la Educación Sexual*,
México D.F.
Editorial Manual Moderno, 1983
pp.5-12.

EL ADOLESCENTE Y LA SEXUALIDAD

los problemas de los adolescentes y deficiencia de educacion sexual..

La adolescencia es el momento de nuestras vidas en que realmente comenzamos a aprender sobre el mundo que nos rodea y a encontrar nuestro lugar en él. Este aprendizaje implica el intentar nuevas experiencias, algunas de las cuales pueden resultar arriesgadas o incluso peligrosas. Los jóvenes a esta edad anhelan la excitación en una forma, que la mayoría de los adultos encuentran difícil de comprender, sobre todo las actividades excitantes que pueden resultar peligrosas.

Afortunadamente, la mayoría de los jóvenes buscan estas sensaciones en la música, el deporte, y otras actividades que precisan la gran cantidad de energía pero que conllevan un escaso riesgo físico real.

Problemas emocionales

La investigación ha puesto de manifiesto que cada 4 de cada 10 adolescentes en algún momento se han sentido tristes que han llorado y han deseado alejarse de todo y de todos. En el transcurso de su adolescencia 1 de cada 5 adolescentes piensa que la vida no merece vivirla. Estos frecuentes sentimientos pueden dar lugar a un estado depresivo que puede no ser evidente para los demás. Las ingestas alimenticias excesivas, la somnolencia y las preocupaciones excesivas sobre su apariencia física pueden ser signos de malestar o desconfort emocional, pueden aparecer fobias y ataques de pánico.

Problemas sexuales.

Los dramáticos cambios físicos de la adolescencia pueden llegar a ser muy preocupantes. Las preocupaciones pueden ponerse de manifiesto en forma de presunción excesiva tanto sobre su capacidad sexual como de sus experiencias.

Aquellos que comienzan tempranamente con relaciones sexuales tienen un mayor riesgo de embarazos no deseados y de problemas de salud..

Un adolescente puede no estar seguro de su orientación sexual, sobre si es homosexual o no.

Problemas conductuales.

Los adolescentes y sus padres suelen quejarse cada uno de la conducta del otro. Los padres con frecuencia sienten que han perdido cualquier tipo de control o influencia sobre sus hijos. Los adolescentes al mismo tiempo desean que sus padres sean claros y les suministren una estructura y unos límites, sin embargo, se toman a mal cualquier restricción en sus libertades crecientes y en la capacidad de decidir sobre si mismos. Los desacuerdos son frecuentes, ya que la persona joven lucha por forjar una identidad independiente.

Aunque todo esto es bastante normal, lo cierto es que la situación puede alcanzar un punto en el que los padres realmente pierdan el control, no sabiendo dónde están sus hijos, quienes son ellos o que les está pasando. La experiencia sugiere que los adolescentes tienen una mayor probabilidad de tener problemas si sus padres no saben dónde están. Por tanto es importante que ellos permitan a sus padres conocer a donde van, aunque también es recomendable que sus padres se tomen la molestia de preguntar.

Problemas escolares

Los adolescentes que rechazan ir al colegio con frecuencia tienen dificultades en separarse de sus padres, y este problema puede haber tenido su origen ya en la escuela primaria. Este problema puede manifestarse en forma de molestias del tipo de dolores de cabeza o estomago. Ante un adolescente que no desea ir al colegio es necesario comprobar la posibilidad de que este siendo acosado por alguno de sus compañeros. El acoso es un problema frecuente del que la gente joven encuentra difícil el hablar y que puede hacer que ir al colegio resulte una experiencia solitaria, miserable y amenazadora, que finalmente puede dar lugar a tipos de problemas de ansiedad y depresión, falta de confianza en si mismo, y dificultad para hacer amigos.

Los problemas emocionales con frecuencia afectan el rendimiento escolar. Es difícil concentrarse adecuadamente cuando uno está preocupado sobre si mismo o sobre lo que ocurre en casa. Aunque la presión para hacerlo bien y para aprobar los exámenes surge de los padres o profesores, los adolescentes generalmente desean hacerlo bien y se presionan a si mismo si se les da la oportunidad. El insistir de forma excesiva al respecto puede ser contraproducente. Los exámenes son importantes, pero no se les puede permitir que dominen sus vidas o que les haga infelices.

Problemas con la ley

La mayoría de la gente joven no viola la ley y aquellos que lo hacen son generalmente varones. Cuando lo hacen, generalmente lo hacen una sola vez. Las ofensas repetidas pueden reflejar una cultura familiar, aunque también puede ser resultado de la infelicidad o del malestar emocional. Es necesario descartar la presencia de estos trastornos ante un adolescente que se mete de forma repetida en problemas.

Problemas de alimentación

El sobre peso es la causa frecuente de infelicidad en los adolescentes. Si son criticados o se rien de su aspecto físico pueden disgustarse consigo mismos y llegar a deprimirse de forma significativa, estableciéndose un círculo vicioso, ellos hacen poco y comen para sentirse mejor, pero esto sólo hace que el problema del peso empeore. El hacer dieta puede realmente agravar la situación. Es más importante que se sientan felices consigo mismos estén gordos o delgados.

Drogas, pegamento y alcohol

La mayoría de los adolescentes no usa las drogas, ni inhala pegamento, y la mayoría de los que lo hace no ira más allá de experimentar ocasionalmente con ellos. A pesar de la publicidad sobre las drogas, el alcohol es la droga que con mayor frecuencia causa problemas a los adolescentes. La posibilidad de uso de cualquier tipo de droga debería ser considerada cuando los padres observen cambios repentinos y graves en la conducta de sus hijos.

Abuso.

Los abusos sexuales, físicos y emocionales pueden tener lugar en la adolescencia y pueden dar lugar a muchos de los problemas mencionados con anterioridad. Las familias con estos problemas precisan de ayuda especializada además de consejo legal ya que muchas de estas conductas constituyen un delito que debe ser denunciado.(12)

La Deficiencia de la Educación Sexual.

Los problemas del adolescente antes mencionados son una característica que se presenta en dicha etapa en el cual hay que comprenderlos y orientarlos pues cuando no es así y aunado a la deficiencia o la ausencia de la educación sexual (que es considerada un tabú o algo prohibido ante los ojos de la familia y la sociedad) que en su mayor parte por los padres de familia, profesores, las iglesias no brindan esta información de manera correcta, tienden a orillar al adolescente, y este en su afán por descubrir y experimentar todo lo relacionado con su propio sexo y el sexo contrario, buscan esta información por medios clandestinos (películas, revistas, casete pornográfico, medios de comunicación masivos que muestran escenas eróticas, etc.) lo que ocasiona que el adolescente obtenga una información desvirtuada y errónea que en nada favorece a la obtención de una buena salud sexual. Lo que origina desafortunadamente, que muchos de estos adolescentes inicien su vida sexual y reproductiva con muy poca guía y orientación por parte de los adultos. Esta situación los enfrenta a grandes riesgos como: Embarazos tempranos, embarazos no deseados, maternidad y paternidad prematuras, matrimonios forzados, abortos enfermedades de transmisión sexual, como el SIDA, machismo, abuso sexual, violaciones, partos inmaduros y prematuros, entre otros problemas.

En nuestra sociedad y cultura en la familia generalmente no se toca el tema de educación sexual por que se considera prohibido (ante los hijos) y que solo le corresponde a los adultos hablar de este tema.

En los cursos escolares clásicos de educación sexual son muy limitados y no han tenido un resultado significativo en cuanto a:

- -La información, pues los adolescentes aún muestran imprecisiones, mitos y falta de claridad en torno a la sexualidad, la reproducción humana y los métodos anticonceptivos.
- -La vida sexual, pues no hay diferencias importantes entre quienes no han tomado o han prescindido de esos cursos.
- -La conducta reproductiva, pues no existe diferencia que lo demuestre.

Por tal motivo es de suma importancia proporcionar orientación respecto a la educación sexual para que los adolescentes puedan tomar decisiones basadas en la información correcta, en la reflexión y en los valores personales de cada quien.

EMBARAZO (cambios anatómicos y fisiológicos).

Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto.(13)

CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO

0 SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

Durante el primer trimestre, la paciente presenta fácil fatigabilidad y tiene la necesidad de permanecer mucho tiempo dormida. Esto se postula que el incremento de los niveles de progesterona en el embarazo tiene su importancia (la progesterona a grandes dosis produce somnolencia).

Náuseas y vómitos ocasionales, - también de origen central y se relaciona con el aumento de estrógenos en el embarazo precoz.

APARATO GENITAL

Útero:

Durante la gestación permite que ocurra un incremento y capacidad de ser un órgano de 7 cm de longitud con una capacidad de 20 a 30 ml. En su cavidad y 60 gr. de peso pasa a tener al final del embarazo una longitud de 35 cm, un peso de 800-1200 gr., y es capaz de aumentar más de 500 veces su capacidad original.

El crecimiento notable del útero obedece a los siguientes factores:

1. - Hipertrófia. Aumento de tamaño de cada fibra muscular, de 50 micras alcanza hasta 200 a 600 micras cada una.
2. - Estiramiento de las fibras miométriales.
3. - Hiperplasia. Hay un aumento de fibras musculares por la formación de nuevas células.
4. - Aumento de tejido conectivo. Aparece entre las bandas musculares al inicio de la gestación.
5. - Hipertrófia de vasos sanguíneos y linfáticos. Esta condicionada por el aumento de flujo sanguíneo que llega a ser de 700 ml por minuto.
6. - Hiperplasia de fibras nerviosas del útero.

FORMA: Hasta la sexta semana el útero mantiene su habitual contorno periforme, el cual cambia gradualmente al ovoide en la última parte del segundo mes de embarazo y se hace esférico en el tercero. Hacia la mitad del embarazo su contorno se hace de nuevo ovoide y permanece así hasta que el mayor alargamiento del diámetro transversal fúndico en el último mes, le da un nuevo aspecto periforme.(14)

CAMBIO EN EL CERVIX:

- Reblandecimiento y cianosis (signo de Chadwick)
- Hiperplasia e hipertrofia de las glándulas cervicales
- Alteraciones de la mucosa cervical que dan lugar a la producción del tapón mucoso
- A partir del cuarto mes hay incorporación de las fibras cervicales a la intermedia del útero, con lo cual se forma progresivamente el segmento uterino.

CAMBIOS EN LOS OVARIOS:

- Supresión del desarrollo folicular y por tanto da la ovulación.
- Crecimiento del cuerpo amarillo (funcionamiento hasta 10 a 12 semanas) en uno de los ovarios.
- Aparición de una reacción decidual importante en la superficie ovárica.
- Aumento del calibre de los vasos ováricos.

CAMBIOS EN LAS TROMPAS DE FALOPIO:

- Hipertrofia moderada
- Aumento de vascularización.
- Disminución de la motilidad tubaria.

CAMBIOS EN LA VAGINA:

- Aumento de la vascularización con coloración violácea.
- Secreción abundante (leucorrea blanquecina), con un pH de 3,5 a 6, por alto contenido de ácido láctico, que sirve para proteger al cerviz por alto contenido y para protegerlo de la invasión de bacterias patógenas.
- Aumento del espesor de la mucosa
- Relajamiento del tejido conectivo
- Hipertrofia de las fibras musculares lisas.

Los tres últimos factores dan lugar a un aumento de grosor de las paredes vaginales y mayor elasticidad de estas. (14)

METABOLISMO DE LOS NUTRIMENTOS.

El feto tiene la mayor demanda de proteínas y grasas durante la segunda mitad de gestación duplicando su peso en las últimas 6 a 8 semanas.

El aumento de la retención de nitrógeno (proteínas), que inicia al principio del embarazo se usa primero para la hipertrofia e hipertrofia de los tejidos maternos.

Las grasas se absorben de manera más completa durante el embarazo, lo que incrementa un aumento importante de los lípidos séricos, lipoproteínas y colesterol y una menor eliminación por vía intestinal. Los depósitos de grasa en el feto aumentan desde un 2 % a la mitad del embarazo a casi el 12 % a término de este.

El exceso de nitrógeno y la lipidemia se consideran como preparatorias para la lactancia.

La demanda de carbohidratos aumenta, en especial durante los 2 últimos trimestres.

No debe pasarse por alto la posibilidad de la diabetes durante el embarazo. En esta etapa los niveles plasmáticos de insulina aumentan (por cambios hormonales) y existe una destrucción rápida de la insulina en la placenta. La madre debe aumentar la producción de esta hormona y cualquier función pancreática marginal se vuelve más evidente..

Durante la gestación se acelera la demanda de hierro y la embarazada necesita cuidarse para no presentar anemia. El hierro es necesario para aumentar los eritrocitos, la hemoglobina, volumen sanguíneo, además de las mayores demandas histicas tanto de la mujer como del feto.

La transferencia del hierro se da en la placenta, solo en una dirección hacia el feto. Ya se demostró que 5 /6 partes de hierro se almacenan en el hígado fetal se asimilo durante el último trimestre del embarazo. El hierro almacenado en el hígado fetal compensa las cantidades deficientes normales de hierro disponible en la leche materna y en formulas que no fortifican al hierro en los primeros 4 meses de vida.

En la anemia fisiológica se va a observar una disminución de hematocrito en un 34 %.

Los complementos de hierro no se administran durante el primer trimestre de embarazo por que aún es mínimo el aumento de las necesidades de hierro, y por que los complementos de esta suelen agravar las nauseas de la embarazada.(15)

CAMBIOS EN APARATO URINARIO:

- La cantidad de orina durante el embarazo aumenta y su gravedad especifica desciende.
- Las mujeres embarazadas muestran tendencia a excretar dextrosa en la orina.
- En ocasiones se observa lactosuria, en especial durante la última etapa del embarazo y puerperio. La lactosuria se relaciona con la presencia de lactosa que procede de las glándulas mamarias.
- Hay una disminución de creatinina plasmática y urea.
- Los uréteres se distienden en forma notable en el embarazo, en particular el derecho. Este cambio parece deberse a la presión del útero grávido sobre los uréteres al atravesar el borde pélvico y en parte a cierto 'ablandamiento que' las paredes de los uréteres experimentan como resultado de la influencia endocrina.(15)

CAMBIOS EN LAS MAMAS. Se observan cambios inducidos por estrógenos y progesterona:

- Aumento de tamaño y nodularidad de las mamas como resultado de hiperplasia e hipertrofia glandulares como preparación de la lactancia.
- A finales del 2 mes son prominentes las venas (red venosa de Haller) superficiales, son más erectiles y se manifiesta la pigmentación de la areola.
- Se observa hipertrofia en los folículos de Montgomery dentro de la areola primaria..
- Pueden desarrollarse estrias(más notables en primigestas)
- Durante el último trimestre ocurre el escurrimiento de calostro, que es una secreción amarillenta. Esta sustancia tiene más proteínas y minerales, pero menos azúcar y grasas que la leche maternizada y que la madura. El calostro rico en anticuerpos persiste durante 2 a 4 días después del parto y se convierte gradualmente en leche.(15)

APARATO RESPIRATORIO.

Se modifica la función pulmonar. El embarazo induce un pequeño grado de hiperventilación al incrementarse el volumen de ventilación pulmonar(cantidad de aire que se respira de manera ordinaria, de manera sostenida durante todo este periodo)

Se produce un aumento de 30 a 40 % sobre los valores que no son de la gestación en el volumen de aire que se respira cada minuto

Entre las semanas 16 a 40 el consumo de oxígeno aumenta en un 15 a 20 %.

La capacidad vital se incrementa durante todo el embarazo, en tanto se conservan constantes la adaptabilidad y la difusión pulmonares.

Las mediciones de las resistencias respiratorias de las vías respiratorias manifiestan una disminución notable durante el embarazo como reacción a las concentraciones elevadas de progesterona. Esto permite que se incremente el consumo de oxígeno, la producción de dióxido de carbono y la reserva respiratoria.

Durante el embarazo el diafragma se eleva, pero las costillas se ensanchan, de manera que hay un poco neto en la capacidad torácica. Ocurre un pequeño aumento de la frecuencia respiratoria, sin embargo, la capacidad vital no sufre alteración importante. El volumen de ventilación aumenta, de manera que la tasa de ventilación se incrementa a 10 lt por minuto (un aumento del más del 40%)

La hiperemia nasal resultante de concentraciones elevadas de estrógenos durante el embarazo, puede dar lugar a hemorragia nasal (epistaxis)

(15)

APARATO CARDIOVASCULAR.

Al aumentar el útero de tamaño y al elevarse el diafragma, el corazón se desplaza hacia arriba y un poco hacia la izquierda y experimenta una rotación sobre su eje largo, de modo que el latido de los puntos se percibe de una ubicación más lateral.

La capacidad cardíaca se incrementa en 70 a 80 ml, la causa puede ser elevación del volumen o hipertrofia del músculo cardíaco.

El gasto cardíaco aumenta 4.5 a 6 litros por minuto durante las primeras semanas de al embarazo, permaneciendo con valor superior hasta después del parto.

La presión sanguínea sistólica no se altera durante el embarazo normal, pero, la presión diastólica se reduce en el primer y segundo trimestre, retornando a los valores anteriores al término de la gestación.

El gasto cardíaco es muy sensible a los cambios de la posición corporal. Esta sensibilidad se incrementa al prolongarse la gestación, posiblemente por que el útero hace presión sobre la vena cava inferior y la presión de la parte de la presentación fetal sobre las venas ilíacas primitivas, hacen que por lo tanto, disminuya el retorno de sangre hacia el corazón, se estanca en las extremidades inferiores por lo que ocurre edema, tendencia a venas varicosas en piernas, vulva, recto durante la parte final del embarazo.

En la presión arterial sistólica hay pocos cambios, pero se reduce la presión diastólica (5-10-mm Hg.) desde las 12 hasta las 26 semanas aproximadamente.

Los incrementos se reflejan con una serie compleja de factores renales y cardíacos además de las concentraciones elevadas de estrógenos que se observan durante el embarazo. Los estrógenos estimulan la secreción suprarrenal de aldosterona, con lo que ocurre retención de sal y agua, esta interacción de factores culmina en aumento del contenido corporal de agua lo mismo que el volumen sanguíneo.

La frecuencia del pulso aumenta de 10 a 15 latidos por minuto a término.

Las venas que rodean a la duramadre de la médula espinal aumentan también de tamaño, disminuye el espacio del líquido cefalorraquídeo puede experimentar un nivel mayor de anestesia y mayor disminución de la tensión arterial que la mujer no embarazada.

La cuenta de eritrocitos disminuye ligeramente como resultado de hemodilución.

La producción de leucocitos es mayor que el aumento del volumen sanguíneo; la cuenta promedio de leucocitos es de 10,000 a 11,000 por mm cúbico, con desarrollo de algunas mujeres con leucocitosis fisiológica de 15,000 mm cúbicos. (15)

APARATO GASTROINTESTINAL

El útero al crecer desplaza a los intestinos y al estómago. La motilidad de sistema digestivo se reduce en el curso de embarazo.. Estos cambios prolongan el vaciado gástrico e incrementan el tiempo de tránsito intestinal.

Se observa un relajamiento generalizado de la musculatura lisa del sistema por influencia de la progesterona. El tiempo de vaciado gástrico se prolonga sobre todo durante el curso del trabajo de parto activo.

Digestión: En los primeros meses, el apetito suele disminuir en especial cuando la paciente presenta náuseas. Para cubrir los requerimientos nutricionales del feto y la madre, se recomienda una dieta de buena calidad más que en cantidad.

Al progresar el embarazo el aparato digestivo se acostumbra a las nuevas condiciones y el apetito aumenta.

El tiempo de vaciamiento gástrico y la secreción de ácido y pepsina también disminuyen durante este periodo.

El intestino delgado tiene menor motilidad, pero la absorción de hierro es la adecuada.

La hipotonicidad del colon durante el embarazo permite una mayor absorción de agua- como resultado de la aldosterona circulante, lo que disminuye el volumen de materia fecal. Por ello el estreñimiento es más frecuente y problemático durante el embarazo

Higado y Vesícula Biliar: Aunque no se observan cambios característicos en la morfología hepática, se detectan cambios en algunas pruebas de laboratorio.

+Fosfata alcalina. Se duplica y alcanza niveles anormales en estado no gravídico, se debe a las isoenzimas que produce la placenta.

+Colinesterasa sérica. Suele descender durante el embarazo.

La vesícula también se altera y existe tendencia hacia la disminución del tono y distensión. El contenido de la vesícula se espesa, esto puede ocasionar predisposición a la formación de cálculos biliares.(15)

METABOLISMO.

La mayoría de las funciones metabólicas se aceleran durante el embarazo para cubrir las demandas adicionales del feto en su crecimiento y sus sistemas de apoyo. La futura madre debe cubrir sus propias necesidades de reposición histica, las del feto y las necesidades preparatorias para el trabajo de parto y la lactancia.(14)

AUMENTO DE PESO.

El aumento promedio de peso durante el embarazo normal es de 9- 12 Kg

El peso puede disminuir un poco durante el primer trimestre por la náusea, el vómito y la intolerancia a los alimentos del principio del embarazo.

Pronto se supera la pérdida ponderal y en el 1º, 2º, y 3º trimestres existe un incremento promedio de 1.5 a 5.5 Kg

El aumento promedio de peso se distribuye así:

- 5 kg. Del feto, placenta y líquido amniótico.
- 900kg de peso.
- 2 kg. Del aumento del volumen sanguíneo
- 1.5 kg de las mamas
 - 2.5 a 4.5 kg de reservas maternas. (15).

METABOLISMO DEL AGUA

El aumento de la retención de agua es una alteración química básica del embarazo. Hay varios factores que alteran este fenómeno:

-El mayor nivel de hormonas sexuales esteroideas afectan la retención de sodio y líquido

-El menor nivel de proteína sérica también influye en equilibrio hídrico, al igual que la mayor presión y permeabilidad intracapilar.

- -Los productos de la concepción(feto placenta y líquido amniótico) originan un promedio de 3.5 lt de agua.
- - Otro incremento de 3.5 lt se encuentra dentro de los órganos maternos con hipertrofia y el aumento del volumen sanguíneo y líquidos intersticiales.
 - El líquido extracelular se distribuye sobre todo bajo el útero, el área de mayor presión venosa
 - La dilatación de los uréteres comienza en el primer trimestre, se observa en un 90 % de mujeres a término y desaparece en 4 a 6 semanas después del parto y puede persistir hasta 12 a 16 semanas después del puerperio.
 - A menudo ocurre un flujo vesicouretral bilateral durante el embarazo por ello, las mujeres que están en periodo de gestación son más susceptibles a las infecciones de vías urinarias.
 - La vejiga por lo general, funciona con eficiencia durante el embarazo. La frecuencia de la micción se debe a efectos hormonales y a la presión que ejerce el útero en crecimiento sobre la vejiga.
 - Las infecciones del sistema urinario, en particular la cistitis, son frecuentes durante el embarazo y se relacionan con estasis de orina y vaciado inadecuado de la vejiga.(15)

CAMBIOS EN LA PIEL.

El embarazo induce una hiperpigmentación de la piel facial(mascara del embarazo), de areolas y pezones, de la línea abdominal o morena, de axilas y de la región pudenda en las mayorías de las mujeres, en especial de la tez morena.

Esto es causado por la hormona estimulante de los melanocitos, una hormona que secreta la adenohipofisis y que da lugar a concentraciones de gránulos de melanina en citoplasma de células epidérmicas.

Aparecen las estrías, que son bandas de color que van desde rosada a violeta y aparecen en las mamas, abdomen, los muslos y las nalgas. Las estrías son el resultado de alteraciones elevadas de corticoides suprarrenales. Después del parto, las estrías se aclaran y se transforman en cicatrices superficiales permanentes de color plateado.

La pérdida de pelo es un proceso inverso a la anagenesis (crecimiento del pelo)Puede continuar por un período hasta de 6 meses.

El eritema palmar se cree que son originados por la elevación de las concentraciones de estrógenos que hay en el embarazo. Este desaparece después del parto.

El épulis es una lesión gingival hipertrofica hipersensible que sangra fácilmente. Puede presentarse en una o varias de ellas después del primer trimestre.

SISTEMA MUSCULOESQUELETICO.

Relajación de ligamentos.

Los cambios hormonales ocasionan aumento en la movilidad de las articulaciones sacroiliaca, sacrococcigea y pélvica, sínfisis pubica.

La postura cambia conforme progresa el embarazo y la cabeza y hombros se ensanchan hacia atrás para compensar el desalojamiento anteroposterior del útero en crecimiento.

Esto produce dolor dorsal, fatiga e incluso dolor en raíces nerviosas en el embarazo.(15)

CAMBIOS ENDOCRINOS.

Tiroides.

La glándula tiroides aumenta de volumen en el embarazo, y aunque la tasa metabólica basal se eleva, no es debido a la actividad tiroidea, es decir, la mujer embarazada normal se mantiene eutiroides. El crecimiento de la glándula se debe a hiperplasia del tejido que la forma y a una mayor vascularidad. Una gran parte del aumento de la tasa metabólica basal se debe a un mayor crecimiento y consumo de oxígeno del útero gestacional, el feto y la placenta.

No debe utilizarse yodo radioactivo durante el embarazo ya que puede dañar a la tiroides fetal. Este no sintetiza hormonas tiroideas durante el primer trimestre, sin embargo, puede demostrarse que dicha glándula fetal esta captando yodo radiactivo después de la 13 semana.

Paratiroides.

El tamaño de las glándulas paratiroides y la concentración de su hormona aumenta de manera paralela a los requerimientos de calcio fetal. La concentración de hormona paratiroidea alcanza su nivel máximo, aproximadamente del doble entre los 15 y 35 SDG y regresan a su nivel normal, incluso subnormal después del parto.

Hipófisis

Durante el embarazo aumenta un poco de tamaño.

El embarazo es posible por el estímulo hipotalámico de las hormonas hipofisarias anteriores:

- FSH—que estimula el crecimiento del óvulo.
- HL—que provoca la ovulación.

El estímulo de la hipófisis prolonga la fase del cuerpo lúteo del ovario que lo mantiene el endometrio secretor para el desarrollo del embarazo.

También otras dos hormonas alteran el metabolismo materno para sostener el embarazo: la tiotropina y la adenocorticotropica.

La prolactina, también se secreta en la hipófisis anterior y se encarga de la lactancia oficial.

La Hipófisis posterior: Contiene el mecanismo encargado de liberar oxitocina y vasopresina, que contiene tras efectos fisiológicos.

OXITOCINA: promueve la contractilidad uterina y estimulación de la secreción de la leche.

VASOPRESINA : produce vasoconstricción que da por resultado aumento de la presión arterial.

ANTIDIURÉTICO : desempeña una función muy importante en la regulación del equilibrio del-Agua.

Glándulas suprarrenales.

La corteza suprarrenal se hipertrofia durante el embarazo como una reacción al estado hiperestrogenico.

ocurre un cambio en el aumento de las concentraciones del cortisol(hormona que se encarga de regular el metabolismo de carbohidratos y proteínas)

Páncreas:

En la mujer embarazada aumentan las necesidades de insulina por la disminución de glucosa (lenta), los islotes de Langerhans experimentan tensión, por su efecto diabético en el lactogéno placentario(hpl) aumentan las necesidades maternas de insulina durante la gestación.

Hormonas placentarias.

Gonadotropina Coriónica Humana: Estimula la producción de progesterona y estrógenos por el cuerpo lúteo para conservar la gestación hasta que se ha desarrollado la placenta:

- Lactogéno Placentario Humano. También llamado somatotropina coriónica humana:
- Incrementa la circulación de los ácidos grasos libres.
- Disminuye el metabolismo materno de glucosa y aminoácidos
- Es antagonista Fisiológico de la insulina y se considera el factor diabético de la madre.
- Aumento de las mamas.

Relaxina. Hormona perceptible en suero de la mujer embarazada cuando no hay menstruación.

- No se conoce su origen.
- Inhibe la actividad uterina y ayuda a ablandar el cuello
- Puede disminuir la potencia de las concentraciones miométriales.

Progesterona: Hormona encargada de conservar el embarazo.

- En la segunda mitad del período menstrual estimula al endometrio para que cambie de proliferativo a secretor como preparación para la posible implantación.
- Inhibe la contractilidad uterina espontánea, previene el aborto.
- Bajo la estimulación de la progesterona, el moco cervical se vuelve más hostil a los espermatozoides e impide su penetración.
- Desarrollo de los lobulillos de las mamas.

Estrógenos: Secretados por el cuerpo lúteo, se generan primordialmente en la placenta a la 6ª semana de gestación.

- Estimula, hipertrofia e hiperplasia del útero para un ambiente propicio para el feto.
- Predomina el estriol-incrementa el riego sanguíneo uteroplacentario.
- Fomenta desarrollo de los conductos de las mamas.

Prostaglandinas

- Se originan en la mayor parte de los tejidos pero se encuentran más en las vías reproductivas y se cree que desempeña una función para iniciar el trabajo de parto.

(14)

CAMBIOS PSICOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO

El embarazo es un estado que produce alteración del ambiente corporal interno, el equilibrio hormonal y la imagen corporal interna que requiere de las relaciones sociales y cambios de las funciones de los miembros de la familia.

- -Al principio, habrá un incremento de sorpresa al saber que ha ocurrido la concepción aún cuando se ha planeado
- -Puede pasar en su mente la posibilidad de un aborto(si no se desea)
- -Algunas mujeres pueden estar deseosas de que nazca su producto pues están cansadas de estar embarazadas y algunas afirman que les molesta la presencia de este "INVASOR" dentro de su cuerpo, mientras que otras no desean salir al feto y ven al parto como la pérdida de un objeto amado.

En los diversos momentos de la gestación hay reacciones emocionales de la mujer embarazada según el periodo.

PRIMER TRIMESTRE(AMBIVALENCIA)

- -Hay un sentimiento general de que aún no están preparadas para tener un hijo.
- -La ambivalencia se puede relacionar con la necesidad de modificar las reacciones personales o los planes profesionales con el temor y la excitación sobre asumir un nuevo papel, con temores, y conflictos sobre el embarazo.

Las mujeres se sienten cómodas al señalar el tema de la ambivalencia tienden a enfocarse en dos áreas principales:

- 1 - Cambios en el estilo de vida, que incluye el dilema entre la profesión y la maternidad.
- 2 - La seguridad financiera.

- -La evidencia directa de esta ambivalencia incluye quejas sobre la depresión, molestias físicas y sentirse feas y poco atractivas.
- -Cuando se acepta el embarazo se muestra sentimiento de felicidad y placer, presenta menos molestias físicas y muestran gran tolerancia a las molestias como náuseas y vómitos aunque sean desagradables.
- -Vigilan más estrechamente el engrosamiento de su cintura, desarrollo de mamas y el aumento de peso. Además dedica mucho tiempo a elaborar fantasías de su embarazo y el impacto que tendrá en su vida.
- -Hay preocupación respecto a si el producto será normal y sano especialmente si ha estado expuesta a una infección lo que lleva a una angustia que se caracteriza por una tensión motora, inquietud, taquicardia, sudoración e hiperemia cutánea que son mediados por niveles circulantes de hormona corticosuprarrenales.

- -En ocasiones las preocupaciones de la mujer provienen de consejeras abuelas viejas que les dicen que la ingestión de algunos alimentos como fresas o melón puedan hacer que el producto tenga lunares.
- -En cuanto a la aceptación, el hijo de la mujer no parece real para ella y se enfoca en sí misma en su embarazo. (ROBIN 1984)

SEGUNDO TRIMESTRE.

- -Se caracteriza por una sensación de bienestar por que el cuerpo se adapta a los cambios hormonales y desaparecen algunas de las molestias iniciales del embarazo como náuseas y vómitos; la mujer se ha ajustado a la realidad del embarazo y se ha reconciliado consigo misma.
- -La percepción de los movimientos fetales a partir de las 20 SDG y la auscultación del latido cardíaco son hechos de tranquilidad; la madre se interesa en el crecimiento y desarrollo del feto. La futura madre o madres se describe cada vez como una persona más narcisista pasiva e introvertida por que se concentra en sus propias necesidades y las del feto que tiene en su interior.
- -Puede reflejar su propia niñez y sus relaciones con su madre, de quien hereda su sensación de identidad maternal. Puede cambiar drásticamente de la felicidad a la tristeza sin causa aparente.
- -Busca la experiencia de otras mujeres que ya han tenido hijos para comentar como es el parto.

TERCER TRIMESTRE:

- -Experimenta Sensación de orgullo con la ansiedad, por lo que vendrá para el niño.
- -Siente que al estar embarazada goza privilegios ya que se piensa que necesita ayuda.
- -Aumenta de nuevo las molestias físicas y el reposo adecuado se vuelve una necesidad.
- -La mujer esta ansiosa que termine el embarazo y se pregunta si la fecha probable del parto de su hijo es exacta.
- -Hace preparaciones finales para el recién nacido y pasa por ratos prolongados pensando en consideraciones de nombre para su hijo.
- -Para finales de este periodo a menudo existe un brote de energía en los cuales limpian y organizan sus hogares en forma vigorosa.(15)

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Repercusiones Psicosociales del Embarazo no Planeado Durante la

Adolescencia.

Durante la adolescencia la sexualidad cobra gran significado, se vincula estrechamente con la forma de vida de los / las adolescentes y con la problemática de salud que en este momento puede presentarse para ellos, entre ellos los embarazos no planeados ni deseados y las enfermedades de transmisión sexual.

El nacimiento de un hijo cuando es planeado y deseado es un acontecimiento que llena de orgullo y alegría a los futuros padres. Cumple la función de perpetuar la especie y representa la posibilidad de expresar amor, cuidados y trascender a través de los hijos. Sin embargo, cuando no es planeado genera temores de cómo enfrentarlo, por los cambios que este hecho puede generar sobre el proyecto de vida. En el caso de los / las adolescentes, deben enfrentar las posibles respuestas de la pareja, la familia, los amigos y las instituciones; la posibilidad de abandono de la escuela, la ruptura con el / la compañero(a), el matrimonio forzado, la salida del círculo de amigos y finalmente la responsabilidad que implica tener un hijo.

En la especie humana el periodo durante el cual un niño(a) debe ser alimentado, protegido y enseñado a sobrevivir es extenso. Padre y madre unidos asumen la responsabilidad del cuidado del nuevo ser. No obstante, los adolescentes no se encuentran completamente preparados para asumir tal responsabilidad. Las consecuencias del embarazo y la crianza se relacionan con aspectos no sólo de salud sino también psicológicos, socioeconómicos y, demográficos y sus efectos pueden reflejarse sobre la madre joven, el hijo, el padre adolescente, las familias y la sociedad.

La madre adolescente.

Los cambios que genera un embarazo, se suman a los cambios psicosociales de la etapa adolescente (rebeldía, ambivalencia, necesidad de independencia, confusión de su imagen corporal, búsqueda de identidad y aislamiento) Por lo tanto se producen temores, desequilibrio emocional depresión, angustia somatizaciones, intentos de aborto y en ocasiones de suicidio.

Considerando la iniquidad que existe entre hombres y mujeres, la adolescente soltera que se embaraza esta expuesta a recibir rechazo y crítica por parte de la familia y sociedad. Su autoestima se ve deteriorada, surgen sentimientos de culpa y minusvalía. Además se enfrenta a serios problemas económicos, abandono de sus estudios y pasa a formar parte de las desempleadas o subempleadas.

Algunas de ellas contemplan como alternativa el aborto. De decidirlo, enfrentará problemas económicos (hay que pagarlo), morales (sentimientos de culpa), biológicos (generalmente se hacen en condiciones insalubres) y legales (esta penado por la ley) A lo largo de su vida, será una situación que deseara ocultar.

Si continua con el embarazo ocultando su situación, vivirá momentos de gran soledad, tensión, ansiedad e incertidumbre. En el momento en que se haga evidente requerirá tomar decisiones, enfrentar a la familia y a la sociedad. Algunas veces, la tensión se ve incrementada por exigencias para realizar actos contrarios a sus deseos, como casarse o abortar.

En México es frecuente que la madre adolescente asuma la responsabilidad de criar a su hijo(a) a menudo con el apoyo de miembros de su familia de origen o de la familia del padre (Atkin, Ehrenfeld y dick; 1996) El nacimiento de el / la nuevo hijo puede generar confusión de roles familiares, por ejemplo: Los abuelos asumen la función de padres y la madre prácticamente se relaciona como hermana mayor de su hijo(a)

La carencia de recursos económicos lleva a la pareja a habitar en casa de los padres o los suegros, generando mayor dependencia familiar debido a que requieren someterse a las reglas familiares. Levine y colaboradores (citado en Taquín, Ehrenfeld y dick 1996) encontraron que 20 años después de haber sido madres adolescentes, las mujeres continuaban recibiendo apoyo de su familia de origen en mayor medida que las mujeres que se embarazaron a mayor edad. Así mismo, las madres adolescentes mencionaron planes a futuro más limitados, menos claros y percibían la maternidad como una situación más difícil.

En casos extremos, las madres son rechazadas por sus familiares, y se ven orilladas a vivir en condiciones adversas, con pocas posibilidades de bienestar y superación.

Por tales motivos, al embarazo entre adolescentes lo consideran "la puerta de entrada al ciclo de la pobreza". Estas jóvenes, tienen más probabilidades de ser pobres, abandonar los estudios, percibir bajos salarios y divorciarse. Las madres solteras, también verán limitados sus derechos legales, el acceso a los servicios de salud y fácilmente pueden caer en la prostitución. Comúnmente, enfrentan solas las obligaciones debido a que no cuenta con apoyo económico ni afectivo del padre de su hijo.

Los hijos.

Los hijos no planeados ni deseados de las adolescentes; frecuentemente son niños rechazados (conciente o inconscientemente) por la madre y la sociedad. Están más propensos a sufrir más trastornos emocionales, golpes, abandono, carencias económicas, afectivas y educativas; o aún de carecer un hogar por haber sido abandonados.

Jóvenes que deciden tener a sus bebés, en principio buscan darles cuidados y protección. Ante la dificultad económica y las limitaciones que el hijo representa para su vida personal y social, tienden a desatenderlos por periodos prolongados, generando abandono y maltrato infantil. Al tiempo, puede suceder que él / la hijo(a) se convierta en un obstáculo ante una eventual relación de pareja.

Es frecuente que los hijos de adolescentes presenten dificultades de adaptación social y escolar. Algunos problemas comunes son: agresividad, desobediencia, falta de concentración, dificultad para el control de impulso y mayor propensión a cometer actos delictivos.

El padre adolescente.

Para el varón, la situación se presenta diferente, injusta e irresponsablemente, muchos jóvenes siguen pensando que es obligación de la joven emplear métodos anticonceptivos, así mismo, adoptan una actitud negativa en el uso del condón. Si ocurre un embarazo no planeado, "no es de su incumbencia, ella no se cuidó". Otros en un aparente y limitado deseo de colaborar, se ofrecen a pagar un aborto. Sin embargo, muchos hombres que embarazan a una adolescente terminan abandonándola a su suerte.

Se ha observado que los adolescentes que responden más favorablemente ante el embarazo de su pareja, son los novios que previos al embarazo mantienen una buena relación con ella y su familia, y cuya perspectiva socioeconómica es más favorable (Taquín, Ehrenfeld y Dick; 1996)

La pareja adolescente.

La pareja que se casa como consecuencia de un embarazo no deseado, tal vez no lo hagan con la persona que hubieran deseado, sino con la que tuvieron que casarse. Esto se traduciría en problemas de relación de pareja y desintegración familiar. Aún en el caso de que la pareja sea la deseada, les queda poco tiempo para ajustarse a las exigencias matrimoniales, enfrentando súbitamente las obligaciones y compromisos de la paternidad, cuando aún desean jugar y divertirse.

Una pareja adolescente puede tener sentimientos de afecto real. Debido al gran cariño que se tienen mantienen vida sexual activa. Sin embargo por la incipiente identidad adulta, es casi seguro que al tiempo se modifiquen sus intereses, deseos actitudes y afectos. La joven pareja, requiere tiempo para madurar y establecer un compromiso real. De no emplear medidas de control natal, es casi seguro que se verán

involucrados en una paternidad-maternidad temprana no deseada, y en matrimonios precipitados que súbitamente los enfrenta con la responsabilidad de cuidar un hijo y un hogar.

Las características personales del padre y la madre adolescente, así como la calidad de su relación, afectarán sus habilidades como padres y sus posibilidades para continuar con su desarrollo personal. El nivel de satisfacción que tengan como padre/ madre también incidirá en la relación con el hijo

La sociedad.

La maternidad precoz, a menudo esta asociada con el aumento de la fecundidad durante la vida reproductiva de la mujer. Esto conduce a un crecimiento de la población más rápido que obstaculiza el desarrollo socioeconómico. Por otro lado, la familia y la sociedad, requieren formas para ayudar a las jóvenes a sostener a sus hijos, convirtiéndose en una carga social adicional. (16)

CONSECUENCIAS FISICAS PSICOLOGICAS PARA LA MADRE ADOLESCENTE.

Se ha relacionado el embarazo adolescente con mayor intensidad de enfermedades maternas, como toxemia, hipertensión, anemia, deficiencias nutricionales, hiperémesis gravídica, emesis gestaciones, estados de preeclampsia, incidencia de enfermedades, de transmisión sexual durante la gestión, hemorragias del embarazo, abortos, infecciones del tracto urinario, abrupto placenta, desproporciones cefalo-pélicas, parto prolongado y parto prematuro (Arestey, González, Esteban, Gástald y Alfaro, 1988)

Además, en los casos de las madres adolescentes se necesita más frecuentemente el empleo de fórceps y la práctica de cesáreas durante el parto que en el caso de aparecer en el parto mayor proporción de desgarros del canal blando, roturas prematuras de membranas, bolsas amnióticas rotas durante más de 48 horas y líquido amniótico de características anormales.

En el posparto, las madres adolescentes suelen sufrir infecciones urinarias, fiebres prolongadas superiores a los 38° c (48 horas), anemias puerperales y dehiscencias de las suturas.

Estos problemas se han relacionado también con la clase social más baja, los hábitos personales de nutrición pobres, el consumo de drogas y alcohol y el inadecuado cuidado prenatal, Lawson, 1994)

El peligro de muerte en el parto es cinco veces superior entre las mujeres de 16 años que en las de 20 años.

Algunos investigadores han indicado que, al margen de las condiciones socioeconómicas y asistenciales, el embarazo adolescente plantea más problemas, en función de que la chica no haya alcanzado todavía su pleno desarrollo (Zuckerman, Wolker y Farbjm, 1948)

Psicología y la maternidad en adolescentes.

El embarazo supone para los adolescentes, en muchas ocasiones, el abandono de los estudios, aunque todavía no tenga la suficiente competencia para entrar en el mercado de trabajo a un nivel competitivo. En consecuencia, los ingresos que pueden percibir son la mitad de lo que alcanzan una madre con veinte años o más, por lo que se ve forzada a depender de ayudas económicas familiares, de cualquier otro tipo.

Los problemas económicos se suelen agudizar, ya que la mitad de las adolescentes casi siempre tienen otro hijo de tres años del nacimiento primero. Por ello, las familias en las que su cabeza es una madre adolescente solteras están condenadas, de alguna manera, a la pobreza (Black y DeBlasie, 1985) Los problemas económicos suelen asociarse con presiones sociales de tipo negativo, por lo que los adolescentes son abandonadas, en algunos casos, por sus propios familiares. También sufren el aislamiento por parte de sus amigos que, evidentemente, no tienen problemas económicos y de tiempos propios de las madres adolescentes. Todas estas circunstancias acaban por provocar en ellas niveles de ansiedad muy altos y un progresivo desajuste psicológico.

Si no hubiera apoyo familiar y social, es posible que las adolescentes recurrieran a la venta de drogas, a la prostitución o a la delincuencia, con el objetivo de obtener los medios económicos necesarios para la manutención de su hijo y de sí misma.

Así indican las estadísticas: uno de cada cinco matrimonios en que la mujer es adolescente se rompe antes de un año. Y uno de cada tres se rompe antes de los primeros años de convivencia. Así, muchas madres adolescentes terminan viviendo solas, económicamente dependientes y socialmente aisladas.

En estas condiciones, las adolescentes embarazadas han de hacer frente, principalmente, a tres graves crisis. Deben enfrentar a los problemas y conflictos de identidad, dependencia e impide su autonomía.

Deben hacer frente a la crisis que supone aceptar los rápidos cambios corporales ocasionados por el embarazo, sobre todo por tratarse de una edad en la que el aspecto físico es tan importante para la mujer, deben hacer frente a las consecuencias físicas del embarazo que deja en su cuerpo, que suelen ser más relevantes para este grupo, puesto que mantienen un cuidado prenatal muy bajo.

Para algunas adolescentes es muy difícil aceptar el papel de madres, precisamente en el momento en el que empezaban a poderse llamar "mujeres", más que otra cosa por su desarrollo físico. A esto debe añadirse en otras ocasiones el papel de esposa (si se resuelve por vía del matrimonio) y/o, probablemente, el papel de madre soltera, buscar trabajo para conseguir los recursos necesarios para sacar adelante a su hijo actúa también como un elemento disruptor.

En resumen, desde el punto de vista psicológico, suele aparecer un cuadro caracterizado por los siguientes síntomas: tristeza, pesimismo, sentimientos de caso, insatisfacción, culpa, expectativas de castigo, auto acusaciones, ideas suicidas, lloros, irritabilidad, indecisión, auto concepto negativo, dificultad para trabajar, insomnio, fatiga, pérdida de la libido, del apetito y de peso, obsesión por los cambios corporales provocados por el embarazo, etc. (Arestey, González, Esteban, Gastaldo y Alfaro, 1988)

Estos síntomas, facilitan la aparición de otros trastornos psicopatológicos: Estrés post-traumático, consumo exagerado de alcohol, abuso de drogas y dependencia, depresión, suicidio y desórdenes de conducta. Estos trastornos aparecen con más frecuencia o se agravan si coinciden con las condiciones socioeconómicas y culturales deprimidas.(17)

12.- "Los problemas de los adolescentes y la Educación Sexual"
<http://www.ses.rcanaria.es/infosatud/jovenes/>.http.

13.- Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, parto y Puerperio y del Recién Nacido 1995
"Definición de Embarazo"
Secretaría de Salud,
pp. 18

14.- Alan H. DeCherney,
Martín L. Pernoll,
Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos,
"Embarazo",
7ª Edición, México,
Editorial Manual Moderno,
1997,
pp. 201-206, 177-178, 1394-1395.

15.-Cunningham

MacDonald

Gant

Leveno

Gilstrap

Williams Obstetricia

"Metabolismo de los Nutrientes en el Embarazo"

4° Edición, México ,

Editorial Mason

1996

pp. 208-211, 221-223, 207-208, 230,226,228.

16.- Manual de Prevención del Embarazo no Planeado en la Adolescencia.

"Repercusiones psicosociales del Embarazo no planeado"

Secretaria de Salud

Salud Reproductiva, México 2000

pp. 29-32.

17.- Polaino, Lorente, Aquilino

Pedro Martínez Cano

Embarazo y Maternidad en la Adolescencia

"Consecuencias Físicas y Psicológicas para la Madre Adolescente"

Impresión: Universidad de Navarra, Instituto de Ciencias para la . Familia, Raip, 1995

Pág. 126

ENFERMEDADES DE TRANSMICIÓN SEXUAL

Clasificación

A fin de poder conocer mejor las enfermedades sexuales ("venéreas"), vamos a clasificarlas de acuerdo a la importancia que tienen en la transmisión del virus del SIDA. Siendo así, las describiremos en 3 grupos:

Grupo 1

Aquellas que producen úlceras o llagas (heridas abiertas):

Sífilis

Chancro

Herpes Genital

Granuloma inguinal

Este grupo de molestias por presentar heridas abiertas, representan un mayor riesgo pues las mismas facilitan la penetración del virus. Principalmente en el caso de la sífilis donde la herida no presenta dolor. En

estos casos el riesgo de contraer el virus del SIDA (si la persona estuviera infectada) puede aumentar hasta un 13%.

Grupo 2

En este grupo se encuentran todas las enfermedades sexuales que se manifiestan produciendo secreciones o pus:

Gonorrea

Clamidia

Tricomonas

Hongos

Estas molestias que presentan secreciones, flujos o pus (en algunas ocasiones sangre) tienen una mayor concentración de glóbulos blancos en las mismas y según estudios realizados en el África por el CDC, si la persona estuviera infectada

por el virus del SIDA, la concentración de estos en las secreciones sexuales aumenta hasta el doble de lo normal, en estos casos, el riesgo de transmitir el virus se incrementa hasta un 7%.

Grupo 3

Verrugas genitales

Sarna

Piojos

Otras

incluimos también las verrugas genitales o condilomas por ser una molestia frecuente en los consultorios ginecológicos de varias regiones de Latinoamérica.

La sarna y los piojos (que tienen otras formas de contagio) también aprovechan la relación sexual para pasar a un nuevo huésped. En esta situación, ambos parásitos provocan escozor que al rascarlos pueden ocasionar pequeñas heridas.

La presencia de lesiones abiertas en diferentes regiones en los genitales son puertas de entrada para el virus si las secreciones sexuales de la pareja estuvieran infectadas. (semen, fluidos vaginales)

Finalmente en otras enfermedades tendremos otras enfermedades que también se transmiten por relaciones sexuales pero que no son muy frecuentes en nuestro medio (Hepatitis B, Linfogranuloma venéreo, molusco contagioso) (20)

Verrugas Genitales (condilomas)

Esta enfermedad se puede presentar en cualquier etapa de la vida, pero generalmente acomete a los que son más activos sexualmente. Existen estudios que demuestran que tiene preferencia por mujeres embarazadas que están con las defensas orgánicas debilitadas.

CAUSA

Las verrugas genitales, conocidas también por condilomas, son causadas por una especie de virus, el Papiloma virus.

PERIODO DE INCUBACIÓN

La mayoría de las personas comienzan a presentar la primera verruga 3 meses después del contagio, pudiendo variar de 2 semanas hasta los 8 meses.

MANIFESTACIONES

En el principio se presenta una o más verrugas muy pequeñas que en algunos casos desaparecen espontáneamente o entonces pueden crecer poco a poco y desarrollarse como formaciones vegetantes que se parecen mucho a una coliflor.

En el hombre pueden localizarse en el glande, prepucio, "frenillo", cuello de la cabeza del pené, el orificio de salida de la orina y en algunos casos en el escroto.

En la mujer en la parte externa del genital, en el orificio de salida de la orina (uretra), en cualquier parte de la vagina, en el cuello del útero y la región entre la vagina y el ano, también alrededor de este.

Puede haber comprometimiento de del ano y recto aunque la persona no practique relaciones anales.

En algunos casos las lesiones pueden mostrarse extensas y voluminosas llegando a un aspecto gigantesco.

La gestación en la mujer embarazada puede favorecer el crecimiento acelerado, rápido e intenso. Después del parto las verrugas pueden decrecer.

RECOMENDACIONES

Tal vez lo más importante cuando una persona tiene condilomas, es ir al médico cuanto antes, las verrugas se curan con facilidad cuando son pequeñas. Cuando crecen y mientras más grandes son, más difícil el tratamiento, se tiene que ir varias veces al control y eso puede ser por un tiempo prolongado.

Ojo: Cuando una persona tiene verrugas genitales debe usar el condón en las relaciones sexuales con la pareja hasta solucionar el problema.

TRATAMIENTO

Es posible que las verrugas genitales en el varón solo se vean con una lupa. La terapéutica de pequeñas verrugas vulvares consiste en resina de podofila a 25 % en tintura de benzoína(no debe usarse durante el embarazo o en lesiones con hemorragia) o ácido tricloroacético de 50 a 90 %, aplicados cuidadosamente para evitar la piel vecina. El dolor de la aplicación del ácido tricloroacético puede disminuirse con una paste de bicarbonato de sodio aplicada inmediatamente después del tratamiento. La resina de podofila debe lavarse después de 2 a 4 horas. También es eficaz en congelamiento con nitrógeno líquido. El tratamiento de grandes verrugas (mayores de 2 cm) y de verrugas vaginales es con láser de CO₂ o electrodesecación y raspado de la base, después de anestesia local y general. Pueden tratarse múltiples verrugas vaginales con aplicaciones intravaginales de Fluorouracilo. Hay que usar la mitad de un aplicador de crema de fluorouracilo a 5 % todas las noches por cinco días. Después de introducir la crema se coloca un tampón y se protegen adicionalmente el introito y la vulva aplicando unguento de óxido de zinc.(19)

CLAMIDIA

La clamidia es otra enfermedad de transmisión sexual relativamente reciente, tiene una propagación rápida y la característica de no presentar manifestaciones significativas en el inicio de sus síntomas, con esto puede pasar desapercibida y ocasionar alteraciones graves en una etapa posterior.

Nota.- El 50% de los casos de esterilidad son provocados por esta enfermedad.

CAUSA

Es causada por unas bacterias llamadas Clamidia tracomatis, tienen preferencia por las mucosas de los conductos del sistema reproductivo y urinario.

También puede afectar la mucosa del recto (cuando hay relaciones anales)

La boca, lengua o garganta (si hay relaciones orales)

Las conjuntivas de los ojos cuando el bebé nace y la madre tiene clamidia o cuando el adulto toca sus ojos con dedos contaminados, principalmente el hombre.

PERIODO DE INCUBACIÓN

Las primeras manifestaciones se presentan de 1 a 3 semanas después que sucede el contagio y en la mayoría de las personas afectadas (sean hombre o mujeres), la enfermedad puede avanzar en silencio, sin presentar ningún malestar.

MANIFESTACIONES EN EL HOMBRE

Produce una secreción o flujo en el pené que generalmente es color transparente, tipo "clara de huevo", pudiendo llegar a tonos amarillentos, este flujo no es percibido como una enfermedad, sino apenas como una molestia insignificante y pasajera.

Puede haber dolor y ardor al orinar.

Es posible contaminar las conjuntivas de los ojos con los dedos de las manos (estas se contaminan al orinar), posteriormente los dedos pueden entrar en contacto con los ojos.

MANIFESTACIONES EN LA MUJER

El flujo vaginal aumenta considerablemente.

También puede haber dolor y ardor al orinar.

Provoca infección en el cuello del útero con presencia de flujo con las mismas características que se presentan en el hombre: transparente o "amarillento".

Puede haber sangrado vaginal entre las menstruaciones (sangre viva)

COMPLICACIONES

Cuando la persona tiene clamidia no percibe los síntomas anteriormente citados y no hay tratamiento oportuno, puede tener una serie de complicaciones graves pues la infección va invadiendo el interior de los genitales.

En el hombre. La Clamidia se propaga con facilidad por las mucosas del sistema reproductor pudiendo ocasionar infección en todas las glándulas que hay en el trayecto.

En una fase posterior puede llegar a una parte de los testículos llamada epidídimo que funciona como una sala de embarque de los espermatozoides. En estos casos el proceso inflamatorio puede ocasionar obstrucción permanente de los conductos con la consecuente incapacidad para procrear.

En la mujer. La infección puede llegar hasta las trompas provocando inflamación de las mismas y en ausencia de tratamiento, puede provocar la obstrucción de este

conducto en el cual se desplaza el óvulo en su viaje desde el ovario hasta el útero.

Puede llegar a los ovarios y provocar una severa infección con daños graves en el tejido germinal, en algunas ocasiones puede comprometer el funcionamiento normal de los mismos con la consecuente incapacidad para fecundar.

Esta infección de trompas y ovarios ocasiona dolores de bajo vientre que incomodan a la paciente. Es descrita en términos médicos como Enfermedad inflamatoria Pélvica.

Ocasionalmente puede haber contaminación de los ojos (conjuntivitis)

CLAMIDIA Y EL EMBARAZO.

Cuando una madre tiene clamidia, puede contagiar a su bebé en el momento del parto al pasar por el canal vaginal, cuando esto sucede puede provocar: Conjuntivitis de evolución rápida que se complica con pérdida parcial o total de la vista si no se actúa oportunamente. También puede provocar neumonías crónicas.

INFECCIÓN POR CLAMIDIAS.

El cultivo de células es el método de mayor especificidad (casi 100 %)

Tratamiento:

- Tetraciclina, 500 Mg. Por vía oral cuatro veces al día, durante siete días como mínimo.
- Cuando las tetraciclinas están contraindicadas o no se toleran, debe administrarse eritromicina base, 500 Mg. o etilsuccinato de eritromicina, 800 Mg. por vía oral cuatro veces al día durante siete días. Un régimen alternativo para las pacientes que no pueden tolerar la eritricina es la amoxicilina, 500 Mg., por vía oral tres veces al día. durante 7 a 10 días.
- La ofloxacina, 300 Mg. por vía oral dos veces al día por siete días, es la única quinolona eficaz contra la infección por clamidias. (18)

SIFILIS

La sífilis es una de las enfermedades de transmisión sexual más antiguas que continua presentándose con frecuencia en todas las regiones del mundo.

ETIMOLOGIA

La palabra sífilis deriva del nombre de un pastor llamado Syphilus, protagonista de un poema escrito por el médico Girolamo Fracastoro de Verona - Italia en el siglo XVI; el mismo describe a la enfermedad que acomete al mencionado personaje.

CAUSA

La sífilis es provocada por un microorganismo cuyo nombre científico es *Treponema pallidum*, tiene la forma de un espiral y su tamaño es de 15 a 20 milímetros. Fuera del cuerpo es muy frágil y apenas consigue sobrevivir 26 horas.

PERIODO DE INCUBACIÓN Y SÍNTOMAS

Desde el momento en que se produce el contagio del *Treponema*, este comienza a multiplicarse rápidamente en el local donde penetra y posteriormente se disemina por la corriente sanguínea al interior del organismo.

PRIMERA MANIFESTACIÓN

La primera manifestación de la enfermedad es una úlcera o llaga que se presenta de 21 a 25 días después que sucede el contagio.

Esta úlcera generalmente es única, circular y lo más importante: No produce dolor. Tiene los bordes nítidos, regulares y duros, (por este motivo la denominan chancro duro)

El centro de la misma es limpio, no tiene secreciones ni pus, a raíz de esto mucha gente la describe como "llaga". Tiene color carne.

En el hombre se puede presentar en el glande, en el prepucio o en la intersección de ambos.

En la mujer en cualquier parte del genital externo, también en el interior de la vagina o en el cuello del útero.

En situaciones que son menos frecuentes puede presentarse en cualquier parte del genital externo, cuando esto sucede, es frecuente que la úlcera tenga asociada una infección oportunista provocada generalmente por bacterias.

Si la persona tiene relaciones sexuales orales, la úlcera puede presentarse en la lengua, pudiendo afectar los labios, paladar o garganta.

Otros lugares pueden ser los dedos si tienen heridas, en estos casos, el contagio sucede por contacto de la herida con la úlcera o con secreciones sexuales contaminadas.

Unos 10 días después que desaparece la úlcera, puede presentarse un ganglio hinchado en la región inguinal, duro, que no duele y no tiene señales de inflamación.

Cuando no se busca tratamiento, la úlcera desaparece espontáneamente de un tiempo que puede variar de 1 a 5 semanas.

Lo que ocurre con frecuencia.- Al no sentir dolor en la úlcera o llaga, la persona se queda expectante y por instinto se coloca cualquier pomada que tenga a la mano. Como el cuadro no empeora ni tampoco llega el dolor, entonces atribuye al medicamento el "control" de la situación, mucho más cuando desaparece la llaga. (En realidad ese evento hace parte de la historia natural de la enfermedad)

No se olvide.- Las personas al no sentir dolor, pueden continuar normalmente con su actividad sexual, el riesgo se encuentra en esta etapa, si tiene relaciones sexuales con una pareja infectada por el virus del SIDA. Esa herida abierta en contacto con secreciones infectadas son una puerta abierta a la entrada del virus.

MANIFESTACIONES POSTERIORES

Se caracterizan por la presencia de lesiones en la piel que se presentan de 2 a 20 semanas después que desaparece la úlcera. Estas manifestaciones pueden estar precedidas de un estado muy parecido a una gripe común.

Las lesiones son diseminadas y pueden presentarse en cualquier parte del cuerpo: cara, tórax, miembros superiores, miembros inferiores, pero tienen preferencia por las palmas de las manos y las plantas de los pies. Es por la presencia de esas lesiones que las personas acuden en busca de ayuda, generalmente van a una farmacia.

Caida de cabello.-Otra manifestación puede ser la caída del cabello en diferentes regiones de la cabeza, esta caída es temporal ya que una vez que la persona se hace el tratamiento, los cabellos vuelven a crecer.

Otras alteraciones en la piel

En las regiones donde hay mayor humedad como en la región del glande, en la zona perianal, en la "raya" intergútea o en la región inguinal, principalmente en el borde interno donde nace la pierna, se presentan unas placas endurecidas de piel

con mucosa en la superficie, esta mucosa tiene una secreción característica.

Si la persona no busca atención médica en esta etapa, cosa que es muy difícil de ocurrir, nuevamente desaparecen las manifestaciones y se inicia otro periodo de latencia o silencio.

MANIFESTACIONES TARDIAS

Después que pasa un largo periodo de silencio que puede variar de 2, 4 hasta 10 años o más, comienzan a presentarse las manifestaciones tardías de la sífilis que son graves y ponen en riesgo la vida de la persona. No podemos olvidarnos

que antes que se descubra la penicilina, las personas morían por causa de esta enfermedad.

En el sistema circulatorio pueden provocar la dilatación de la principal arteria del cuerpo (aorta) Su complicación más grave es la ruptura de la misma ocasionando muerte súbita.

En el sistema nervioso pueden presentarse alteraciones que varían desde la demencia hasta parálisis cerebral progresiva, también pueden ser posibles dilataciones y ruptura de pequeños vasos (derrame cerebral)

En piel y mucosas pueden verse deformaciones y apareamiento de lesiones con formas bastante raras que acometen con mayor frecuencia la región de la frente, pómulos, paladar, nariz, etc.

SIFILIS CONGENITA

Cuando una madre tiene sífilis, puede transmitirla a su bebé durante la gestación o en el momento del parto.

Si el bebé es contagiado durante la gestación, puede ocurrir aborto, nacer muerto o con deformaciones graves.

Si el bebé se contagia en el momento del parto, es posible controlar las complicaciones, de todas maneras pueden presentarse secuelas permanentes.

¿Cómo saber si una persona tiene sífilis?

En las etapas en que se presentan manifestaciones o síntomas, es fácil para los médicos detectar la enfermedad.

En las etapas donde no hay ninguna manifestación, un examen de sangre de fácil realización puede detectar la infección. El examen de sangre más conocido y utilizado es el VDRL..

Identificación Del microorganismo.

Treponema pallidum por lo regular se identifica mediante examen en campo oscuro de la muestra de las lesiones cutáneas, pero el período de recuperación del *treponema* es muy breve, en la mayor parte de los casos el diagnóstico dependerá de la historia clínica y las pruebas serológicas. En la actualidad se dispone de una técnica de inmunofluorescencia para frotis en seco. La tinción con plata de *T. Pallidum* de las muestras de biopsia, los cortes placentarios o el material de necropsia, pueden confirmar el diagnóstico en casos difíciles.

Pruebas Serológicas.

Las pruebas para diagnóstico después que ha desaparecido la lesión primaria o secundaria húmeda se limitan primordialmente a las pruebas serológicas. Estas se vuelven positivas varias semanas después de que aparece la lesión primaria.

a) Pruebas no treponémicas.

Estas determinan la prueba de VDRL (la prueba no treponémica en uso más amplio) por lo general se vuelve positiva de 3 a 6 semanas después de la infección, o 2 a 3 semanas después de la aparición de la lesión primaria; casi invariablemente es positiva en la etapa secundaria.

El título de VDRL por lo general es alto en la sífilis secundaria y tiende a disminuir casi hasta cero en las modalidades tardías de la enfermedad.

b) Pruebas de anticuerpo treponémico.

La prueba de absorción del cuerpo treponémico fluorescente (FTA-ABS) y la valoración de microaglutinación para *T pallidum* (MHA-TP) detectan cuerpos contra espiroquetas del género *treponema*.

TRATAMIENTO.

Sífilis temprana.

1. - Penicilina G benzatínica, 2,4 millones de unidades por vía intramuscular, dosis única.
2. - Clorhidrato de tetraciclina, 500 Mg. Por vía oral, cuatro veces al día, o 100 Mg. De doxiciclina 2 veces al día durante 14 días, para pacientes alérgicas a la penicilina no embarazadas.
3. - Eritromicina (estearato, etilsuccinato o base), 500 Mg. Por vía oral, cuatro veces al día durante 15 días (30 gr. en total), si la paciente es alérgica a la penicilina y no se tolera o se contraíndica la tetraciclina.

Sífilis tardía.

1. - Penicilina G benzatínica, 2,4 millones de unidades intramuscular durante tres semanas sucesivas (total 7.2 millones de unidades).

2. - Clorhidrato de tetraciclina, 500 Mg. Por vía oral, cuatro veces al día o bien 100 Mg. De doxiciclina 2 veces al día durante 14 días, para pacientes alérgicos a la penicilina.

(18)

SARNA(scabiosis)

La sarna afecta al ser humano desde hace siglos, pero fue luego después de la segunda guerra mundial que la incidencia disminuyó como consecuencia del uso de DDT y otros insecticidas.

En la actualidad sigue siendo una molestia frecuente y es considerada de transmisión sexual simplemente por el hecho de que durante esa actividad el parásito puede pasar a otra persona.

Como la sarna es provocada por un parásito que vive sobre y en las camadas que hacen parte de la piel, es muy fácil encontrarlos en las sábanas y otras prendas de las personas afectadas que al entrar en contacto con otras puede provocar el contagio. Es por eso que en la gran mayoría de los casos se observan micro-epidemias dentro de los hogares así como de ambientes cerrados donde conviven día a día: jardines de infancia, colegios, escuelas, cuarteles, cárceles, etc.

En realidad el contagio sexual de la sarna no deja de ser una eventualidad, así como sucede con la gripe, además afecta a niños y ancianos que no tienen actividad sexual.

CAUSA

La causa es un insecto muy pequeño cuyo nombre es *Sarcoptes scabiei* (un artrópodo de la familia de los Sarcoptídeos)

Los parientes de este insecto que provocan sarna en otros animales no hacen lo mismo con el humano.

TAMAÑO

El macho mide 200 a 350 micras de largo por 145 a 190 de ancho.

Por su parte la hembra mide de 330 a 350 micras de largo por 250 a 350 de ancho, con esas dimensiones es difícil observarlo a simple vista.

Su cuerpo es ovalado, con 4 pares de patas, su color varía de ceniza al castaño enrojecido.

¿Cómo viven estos parásitos?

El lugar donde le gusta pasar más tiempo a la hembra es en el fondo de unos túneles que ella cava en las camadas de la piel, en su interior deposita huevos que miden 150 x 100 micras.

En 7 días nacen unas larvas que migran a la superficie, lugar donde se alimentan y crecen. Después de 4 semanas están maduras sexualmente.

Posteriormente las hembras fecundadas empiezan a cavar sus propios túneles iniciando un nuevo ciclo. Las hembras viven una media de 3 meses y los machos 2 meses, estos también viven en los túneles cavados por las hembras pero frecuentan mucho la parte externa de la piel.

MANIFESTACIONES

Se caracterizan por la presencia de lesiones en la piel con escozor que aumenta antes de acostarse.

El escozor es tan intenso que puede interferir las actividades de la persona (esta no puede evitar rascarse), por su parte las uñas al rascar producen lesiones que fácilmente son contaminadas por bacterias complicando el cuadro.

Es muy frecuente que otros miembros de la familia queden contagiados por contacto con sábanas o ropa (sin necesidad de contacto sexual) Puede afectar a niños y ancianos que no son activos sexualmente.

Tiene una rápida propagación en ambientes cerrados: escuelas, jardines de infancia (kinders), cuarteles, prisiones, internados, etc.

Cuando afecta a los niños puede afectar grandes áreas de su cuerpo llegando al rostro, plantas de los pies, palmas de las manos (cosa que es infrecuente en adultos)

Diagnóstico.

La presencia de surcos acarinos y prurito nocturno intenso y la existencia de miembros de la familia afectos, habrá que sospechar una escabiosis. En la mujer, el prurito localizado en los pezones asociados a una erupción pápular pruriginosa generalizada es característico de escabiosis, igual que lo es en el hombre hallas pápulas pruriginosas en el escroto y pené.

Para confirmar el diagnóstico hay que visualizar el acaro, sus huevos y heces, con microscopia óptica. Para ello se localiza un surco acarino, preferentemente en las manos o muñecas, y con una aguja se punciona un extremo, realizando una pequeña escarificación. Seguidamente se extiende la aguja en un portaobjetos, se aplica una gota de agua o aceite en su superficie y se observa en el microscopio. En ocasiones no se aprecia el ácaro, pero sí los huevos y heces,

Tratamiento.

Ante todo es importante ducharse o bañarse y aplicar hexacloruro de gammabenceno (lindano) en forma de loción, del cuello hacia abajo, durante 8 a 12 horas y aclarar después de este tiempo. Se puede realizar una segunda aplicación a la semana si la sintomatología no ha mejorado.

El lidano puede tener efectos tóxicos sobre el sistema nervioso central, concretamente convulsiones, por lo que no se utilizará en niños, mujeres embarazadas ni en mujeres lactantes.

En estos casos se aplica la permetrina al 5 % en crema, aplicada durante 8 a 12, horas se considera el tratamiento más eficaz y seguro para la escabiosis.

IMPORTANTE

Durante el tratamiento, que generalmente es para todos o la mayoría de la casa, no se olvide:

Hervir la ropa interior y de cama de todos los afectados durante 10 minutos. (Hay otros que prefieren lavar minuciosamente las mismas)

Aplicarse la medicación en los horarios recomendados para exterminar a los parásitos, si un integrante de la familia no cumple con los tiempos indicados o abandona el tratamiento, puede ocasionar una nueva reinfección a todos en cuestión de días:

(20)

PIOJOS (ladilla)

La presencia de piojos en los pelos del pubis es conocida hace siglos y debido a que estos parásitos pueden pasar a otra persona durante la relación sexual, también está incluida dentro de las antes denominadas "enfermedades venéreas".

CAUSA

Esta molestia es causada por una especie de piojos llamada *Phthirus pubis*, estos piojos parasitan la parte externa del cuerpo, en la región del pubis.

El *Phthirus pubis* es un insecto del género *Phthirus*, orden Anoplura (piojos chupadores), fue descrito por Lineu en 1758.

Este piojo puede observarse a simple vista o mejor con el auxilio de una lupa de mano y es más visible cuando está con el estómago lleno.

El macho mide un centímetro y la hembra un milímetro y medio.

Tiene la forma de un pequeño cangrejo con la cabeza corta. Su abdomen formado por 6 anillos es más grande que el tórax.

Este piojo afecta principalmente la región del pubis y las áreas vecinas (abdomen inferior, la región anal, de la parte superior de las piernas)

La hembra pone sus huevos (liendres) en los pelos púbicos, cerca del lugar de implantación.

La extensión de las zonas afectadas depende de la cantidad de pelos existentes y del aseo de la persona. Se pueden apreciar invasiones extensas en hombres que tienen muchos pelos. En las mujeres el 95 % de los casos se limitan a la región del pubis.

El cuero cabelludo casi nunca es acometido por esta especie de piojos (los que habitan la cabeza son unos parientes muy parecidos)

Eventualmente puede ser encontrado en las axilas o bigote.

CONTAGIO

El principal modo de transmisión de estos piojos es por medio de la relación sexual aunque eventualmente puede llegar a otras personas por contacto con sábanas y otras prendas de la persona afectada.

La transmisión de los piojos de una persona a otra es muy fácil; prácticamente el 95 % de quienes tienen relaciones sexuales con personas con piojos contraen el parásito.

INCIDENCIA

La presencia de piojos es muy frecuente en nuestro medio, principalmente en los grupos sociales más pobres, sin embargo el número de casos en centros de atención médica no es significativo debido principalmente al hecho de que las personas se automedican o tienen soluciones caseras que hacen parte del conocimiento popular.

MANIFESTACIONES

La principal manifestación de esta molestia es el escozor en la región del pubis, este llega a ser tan intenso que perturba la actividad normal de la persona.

Cuando se aplica cualquier pomada que tenga corticoide en la zona afectada, puede evitar el escozor, sin embargo el parásito se propaga más de lo habitual.

También se pueden observar las picadas que hacen los parásitos en la piel (para alimentarse) y los huevos o liendres adheridos a los pelos del pubis.

COMPLICACIONES

Las principales complicaciones son lesiones provocadas por las uñas al rascarse, otras bacterias pueden aprovechar la presencia de esas lesiones para invadirlas y propagarse.

Generalmente el diagnóstico de las lesiones es clínica. En todo paciente con prurito general o axilar hay que considerar el diagnóstico de pediculosis pubis. El empleo del microscopio Óptico puede ser útil para identificar al parásito o sus huevos.

Tratamiento.

El tratamiento de elección es el lindano. Se lava la zona afectada con el producto en forma de shampoo y se aclara en 10 minutos, o se aplica el mismo en forma de loción, y se deja de 8 a 10 horas, durante unos 7 a 10 días.

El lindano no se debe utilizar en niños ni en mujeres embarazadas o lactantes, debido a su posible neurotoxicidad, y en estas situaciones se usara permetrina.

La permetrina al 1 % aplicándola durante unos 10 minutos y aclarando después. También se recomienda realizar una segunda aplicación al cabo de siete a diez días.

En caso de que las pestañas y cejas estuviesen afectadas se utilizará óxido amarillo de mercurio al 0.2 % en vaselina, 2 veces al día por una semana, o únicamente vaselina.

(20)

Hongos

Los hongos son tal vez los gérmenes mas difundidos en la naturaleza, estos se caracterizan por necesitar de humedad para vivir y sus esporas (huevos) pueden soportar largos periodos de tiempo en ambientes secos. Es por esta razón que las infecciones provocadas por hongos son muy frecuentes en los seres humanos.

La infección por hongos también es conocida en términos médicos como candidiasis.

Los hongos no son transmitidos únicamente por relaciones sexuales, también es posible como consecuencia de otros factores como:

El embarazo.- Una mujer en la etapa de gestación aumenta hasta 2 veces más la posibilidad de presentar infección por hongos.

La diabetes.- En este caso, la presencia de una mayor concentración de azúcar en la región genital disminuye la acidez, condición que favorece el desarrollo de hongos.

Uso de medicamentos como antibióticos de amplio espectro, corticoides y otros que disminuyen las defensas orgánicas.

Uso de ropa interior sintética, muy apretada, que conserva e incrementa la humedad en la región genital.

CAUSA

La causa de esta enfermedad es una especie de hongo llamado *Cándida albicans*.

Este microbio es oportunista y vive en las mucosas genitales en pequeñas cantidades sin causar molestias; pero toda vez que las defensas del cuerpo caen o son debilitadas por cualquier motivo, estos hongos se reproducen fácilmente y pasan a manifestar síntomas.

¿CÓMO SE MANIFIESTA EN EL HOMBRE?

Inicialmente se presenta escozor en la cabeza del pené (glande)

Irritación, puntos de inflamación en el glande e hinchazón del prepucio como consecuencia del rascado o frotamiento.

Se puede acumular una secreción blanca alrededor del cuello del pené, con aspecto de "quesillo".

¿COMO SE MANIFIESTA EN LA MUJER?

En la mujer los síntomas se caracterizan por presentar:

Escozor que es generalmente intenso y como consecuencia del rascado se producen excoりaciones (heridas)

El genitál externo, la vagina y el cuello del útero pueden presentarse enrojecidos, hinchados. Este cuadro empeora en los días previos a la menstruación.

Se observa también un flujo sin olor, de color blanco y con aspecto parecido a la "nata de leche" o "leche cortada" que se muestra adherido a las paredes de la vagina y en ocasiones pueden manchar el calzón.

La paciente puede ir al baño más seguido a orinar cantidades menores a las habituales. También puede haber sensación de quemazón al orinar.

IMPORTANTE

Las personas que tienen hongos en los genitales, deben estar conscientes de que una vez que inician el tratamiento, no deben interrumpir el mismo, ni cuando la mujer este en su período menstrual.

Diagnóstico.

El diagnóstico de rutina consiste en el examen micológico directo y cultivos con el material obtenido del interior de la vagina y el cuello uterino con hisopo estéril.

Para el examen directo se realizan preparaciones mezclando la secreción vaginal con una gota de agua destilada (en vez de KOH que se utiliza en las dermatofitosis)

Son también útiles los frotis teñidos por los métodos de Gram, Giemsa, etc. El examen directo tiene más valor cuando se encuentran blastoporos o pseudomicelio o micelio verdadero y también permite comprobar la concentración de las levaduras existentes en la vagina.

El resultado más precoz se consigue sembrándola en suero sanguíneo humano o de animales, generalmente de conejos, e incluso en clara de huevos, e incubando a 37° C durante 2 a 3 horas, aproximadamente el 95 % de las cepas de *C. albicans* forman tubos germinativos en este medio.

Tratamiento:

- o Butaconazol, clotrimazol o miconazol en crema o supositorios todas las noches por tres a siete días, también han tenido éxito los supositorios de nistatina, la solución de violeta de geneciana(1 a 2 %) o las cápsulas de ácido bórico(600 Mg. 2 veces al día). (20)

HERPES GENITAL

El herpes genital es una enfermedad que cada vez va ganando mayor espacio en este grupo de molestias que se transmiten por medio de las relaciones sexuales.

Es incurable pero no mortal y se manifiesta en episodios que se repiten constantemente durante toda la vida.

HISTORIA

Richard Norton la describe por primera vez en el año 1694. La denominó "herpes febril".

En el año 1941 es identificado el agente causal a partir de estudios efectuados en las úlceras que provoca.

CAUSA

El herpes genital es causado por un virus cuyo nombre completo es Virus del herpes Simple tipo 2. (El herpes labial es causado por el Virus del Herpes

Simple tipo 1) y tiene las siguientes características: Su tamaño es de aproximadamente 180 a 200 nanómetros.

Es sensible a la acción del calor y puede ser destruido arriba de los 56°C. en 30 minutos.

No resiste tampoco al contacto con éter, formol, fenol y otros antisépticos comunes.

Resiste muy bien el frío hasta - 70°C.

PERIODO DE INCUBACION

El tiempo que pasa desde el momento del contagio hasta que se presentan los síntomas puede variar de 1 a 7 días, pudiendo llegar en casos extremos hasta 30 días. 24 horas después del contagio surgen las primeras manifestaciones que consisten en el enrojecimiento de la región afectada, acompañados de ardor, escozor y dolor que pasa a ser más intenso, principalmente cuando hay contacto con la zona.

Puede ser posible la presencia de fiebre, dolor de cabeza y dolores musculares.

Posteriormente aparecen pequeñas ampollas o vesículas con líquido en su interior; generalmente se las ve agrupadas.

Después de 4 a 5 días, las ampollas se rompen pasando a formar una o pequeñas

úlceras que continúan manifestando dolor intenso. A seguir y por un tiempo que puede variar de 1 a 3 semanas, las úlceras van cicatrizando hasta desaparecer por completo, hasta un nuevo episodio.

En el hombre las úlceras se presentan en cualquier parte del pené, orificio de salida de la orina, escroto e incluso nalgas.

En las mujeres en cualquier parte del genital externo, vagina, cuello del útero.

Cuando la persona practica relaciones sexuales orales, las lesiones se pueden manifestar en labios, lengua o garganta.

NUEVOS EPISODIOS

Con una frecuencia que varía de persona en persona y también en la misma persona, el herpes vuelve a manifestarse casi siempre en el mismo lugar. La secuencia de síntomas es la misma que se presenta la primera vez.

Los nuevos episodios pueden ser desencadenados por la tensión nerviosa, altas exposiciones al sol (rayos ultravioleta), por enfermedades que afectan el sistema de defensa del cuerpo.

HERPES Y EMBARAZO

Las mujeres que tienen herpes genital y están embarazadas, deben someterse a una cesárea.

El parto normal puede ocasionar el contagio del bebé con consecuencias que pueden ser graves, principalmente si se presenta meningitis. También pueden presentarse secuelas permanentes por daño cerebral.

Si acomete las conjuntivas de los ojos puede ocasionar pérdida total de la visión.

(19)

CHANCRO

El chancro es otra enfermedad que también se manifiesta por medio de úlceras o llagas, tiene preferencia por climas tropicales, por las grandes ciudades (principalmente aquellas que tienen puertos) Se presenta por épocas, de forma epidémica. Acompaña también las guerras y las migraciones.

HISTORIA Bassereau establece la diferencia con la sífilis en el año 1852. Ducrey identifica al agente causal en el año 1889.

En el año 1939 se encuentra disponible la sulfá que disminuye con intensidad de la incidencia de la enfermedad.

CAUSA

El chancro es causado por unas bacterias pequeñas llamadas *Haemophilus ducrey*.

Su tamaño es de 1.5 X 0.5 micrómetros (de largo y de ancho respectivamente)

Forman cadenas paralelas, son inmóviles y no tienen cápsula.

Fuera del organismo puede ser destruido con facilidad con calor arriba de los 42°C. y por los antisépticos comunes.

PERIODO DE INCUBACION

El tiempo que pasa desde el contagio hasta que se presentan los síntomas de corto, generalmente de 2 a 5 días.

MANIFESTACIONES

Una vez que el *Haemophilus ducreyi* penetra dentro de una persona, comienza a multiplicarse principalmente en las regiones que son mucosas y en la piel que tenga heridas, ambientes por los cuales tiene preferencia.

En el hombre la primera úlcera se presenta generalmente en el prepucio, en el "cuello" del glande, en el glande propiamente dicho o en el orificio de salida de la orina y semen.

En la mujer puede manifestarse en los labios mayores, en la región del clitoris y zonas adyacentes como también en la vagina y cuello del útero.

La úlcera del chancro comienza con una pequeña ampolla que se rompe en poco tiempo y pasa a convertirse después de aproximadamente 2 a 3 días en una úlcera que tiene las siguientes características:

Es dolorosa, principalmente cuando se la toca. Esta es la principal diferencia con la úlcera de la sífilis (que no duele)

Tiene los bordes irregulares y generalmente es rasa.

La zona central de la úlcera acumula una secreción blanca que en algunos casos puede tener el aspecto de pus, por ese motivo se dice que esta úlcera es "sucia".

Es múltiple, es decir, puede venir acompañada de otras úlceras que generalmente están junto a la primera.

Es frecuente un ganglio hinchado en la región inguinal, del mismo lado donde se encuentra la úlcera, este poco a poco se convierte en un absceso ("puchichi") Después que este madura, comienza a vaciar su contenido al exterior por medio de un orificio único.

Si la persona practica relaciones sexuales orales, la úlcera puede manifestarse en la boca, lengua, paladar o garganta.

En ocasiones puede acometer dedos y mamilas.

Al afectar tejidos más profundos, provoca cicatrices permanentes en las regiones afectadas.

¿Cómo saber si una persona tiene chancro?

Para los médicos es fácil diagnosticar la enfermedad (las manifestaciones son características), de todas maneras, existe un examen de laboratorio de fácil procedimiento que permite visualizar al *Haemophilus ducreyi*, de esa forma se confirma el diagnóstico.

Diagnóstico.

El cultivo de células es el método de detección de mayor especificidad(casi 100 %)

Tratamiento:-

- Tetraciclina 500 Mg. vía oral cada 6 horas por 7 días, o doxiciclina 100 Mg. por vía oral cada 12 horas por siete días.

- Cuando las tetraciclinas están contraindicadas o no se toleran debe administrarse eritromicina base 500 Mg. o etilsuccinato de eritromicina 800 Mg. por vía oral cada 6 horas por siete días. Un régimen alternativo para las pacientes que no pueden tolerar la eritromicina es la amoxicilina 500 Mg., vía oral cada 8 horas por siete a diez días.

(18)

Granuloma Inguinal(Donovanosis)

El granuloma inguinal es también una enfermedad que se transmite por medio de las relaciones sexuales, su evolución es crónica y no es tan contagiosa como las anteriores, tampoco es frecuente en nuestro medio.

Se caracteriza por presentar lesiones ulcerosas en la región genital, inguinal y perianal. Con menos frecuencia puede afectar otros sectores de la piel, mucosas o inclusive órganos internos.

SINONIMOS

Dependiendo de la región, el granuloma inguinal tiene varias denominaciones:

Granuloma venéreo, Granuloma tropical, Donovanosis, Granuloma contagioso, Granuloma ulcerativo, Granuloma Donovaní.

CAUSA

Es causada por una bacteria llamada *Calymmatobacterium granulomatis* (*Donovania granulomatis*)

Puede ser encontrada en las lesiones, vistas al microscopio se las puede apreciar dentro de los glóbulos blancos.

Su tamaño es de 0.6 a 2 milimicras.

HISTORIA

Mc Leed la describe por primera vez el año 1882, la denomina "Úlcera Serpiginosa".

Donovan descubre al agente causal el año 1905, lo considera un protozoario.

En el año 1943 Anderson establece la naturaleza bacteriana de la enfermedad.

Marnell y Santora en el año 1950 crean el término Donovanosis en homenaje a su descubridor.

PERIODO DE INCUBACION

El tiempo en que se presentan las primeras manifestaciones es variable, generalmente ocurre de 2 semanas a 1 mes.

Hay algunos autores como Greenblatt, Dienst y Torpin que proponen de 42 a 50 días. Otros mencionan de 3 días a 6 meses.

MANIFESTACIONES

Generalmente se inicia con una pequeña pápula o nódulo que no duele y con el tiempo se vuelve una pequeña úlcera que aumenta de tamaño progresivamente.

La úlcera se multiplica y al crecer alcanzan amplias regiones.

En el sexo masculino las lesiones inciden más en el pené (prepuccio, glande o la intersección de ambos), el orificio de salida de la orina (uretra), también puede acometer el escroto.

En las mujeres las lesiones pueden afectar con mayor frecuencia los pequeños labios, vulva, vagina, cuello del útero y el pubis.

El medio de la úlcera es blando y de color carne, con bordes irregulares, bien delimitados. Tienen olor fétido.

También pueden afectar la región anal si la persona tiene relaciones anales.

Es frecuente que las lesiones sean de gran tamaño, llegando a deformar los órganos genitales. En estos casos el tratamiento debe ser por medio de una cirugía.

El diagnóstico del granuloma inguinal se establece demostrando, en biopsia o material de frotis teñido con Wright, Giemsa o tinción con plata, células mononucleares grandes que tienen una o más inclusiones quísticas con los llamados cuerpos de Donovan, que son partículas pequeñas redondas en forma de bastoncillos que se tiñen de morado en los preparados tradicionales con hematoxilina y eosina.

Tratamiento.

La tetraciclina es el fármaco de elección, 500 Mg. por vía oral, cada 6 horas, durante 3 semanas.

La eritromicina, 500 Mg. cada 6 horas durante 2 a 3 semanas.

(18)

GONOREA

La gonorrea es la enfermedad "venérea" más antigua y frecuente de todos los tiempos, en la actualidad se encuentra en tercer lugar a nivel mundial con 62 millones de casos anuales, detrás de la infección por tricomonas (170 millones) y clamidia (89 millones)

SINONIMOS

Se la conoce también como: "gota militar" o "gota matinal".

HISTORIA

Es descrita en el año 2637 a. C. en China.

La Biblia también se refiere a esta enfermedad en el libro del Viejo Testamento: Levíticos Cap. 15. Galeno en el año 130 antes de Cristo la denominó gonorrea.

Neisser en el año 1879 identifica al microbio causante y lo denomina gonococo.

Según muchos historiadores la enfermedad fue traída de Europa a América por los tripulantes de Cristóbal Colón, en la época de los grandes descubrimientos.

CAUSA

Los microbios que causan la gonorrea son unas bacterias que se llaman Neisseria gonorrhoeae pero se las conoce más por gonococos,

Su tamaño varía de 0.6 a 1 micrómetro.

Tienen la forma de porotos o "riñones" y se encuentran formando pares, con sus caras cóncavas juntas, por este hecho también les dicen diplococos.

Es exclusivo de los seres humanos.

PERIODO DE INCUBACION

El tiempo que tardan en presentarse los síntomas es generalmente de 2 a 5 días pudiendo variar hasta 10 días.

Existen unos cuantos casos registrados que llegan o pasan los 15 días.

MANIFESTACIONES EN EL HOMBRE

Inicialmente hay una sensación de "hormigamiento" o escozor en el conducto por donde pasa la orina en el pené (uretra)

También se presentan alteraciones al orinar: La persona va más seguido al baño y la cantidad es menor a la que siempre orina. 2 a 3 días después surge por la uretra pus de color crema-amarillento llegando a veces a amarillo-verdoso, esta secreción es característica y se la puede identificar con facilidad, fluye espontáneamente y en mayor cantidad si se presiona con los dedos.

En algunos casos la secreción no es purulenta, pudiendo ser más transparente o en algunos casos pasan desapercibidos.

MANIFESTACIONES EN LA MUJER

Inicialmente se puede presentar un flujo de pus de considerable intensidad que puede llegar a manchar el calzón. Su color también es variable (similar al hombre) y tiene un olor fétido.

Pueden presentar infección en el cuello del útero donde se puede apreciar el flujo de pus, en estos casos el cuello se ve enrojecido irritado y con las señales características de una inflamación. Sin embargo, puede pasar desapercibida.

A veces la infección se presenta en el conducto donde sale la orina (uretra), cuando eso sucede, los síntomas pueden estar acompañados de dolor y ardor al orinar. También puede ir al baño más seguido a orinar cantidades menores a las habituales.

COMPLICACIONES

Cuando no hay tratamiento oportuno, cuando los gonococos son resistentes al tratamiento o cuando las dosis son interrumpidas, la enfermedad sigue su curso invadiendo el interior de los órganos reproductores.

En el hombre:

- -En aquellos que tienen exceso de prepucio y el orificio del mismo todavía estrecho (con dificultades para exponer el glande), pueden presentar hinchazón, enrojecimiento y pus.
- -Pueden ser invadidas varias glándulas ubicadas en el trayecto de la uretra que sirven y producen componentes del semen.
- -Si la infección continúa puede llegar a la próstata, en estos casos hay dolor en la región que rodea al ano, principalmente cuando se termina de orinar, a veces ese dolor puede extenderse hasta la parte inferior del vientre. También puede haber fiebre y mal estar general.
- -En una fase posterior la infección puede llegar hasta los testículos provocando una inflamación cuya principal complicación es la obstrucción del canal espermático ocasionando esterilidad.

En la mujer:

- Una de las principales complicaciones es la inflamación de unas glándulas ubicadas en el genital externo (glándulas de Bartolino), ocasionando
- inicialmente una tumoración con calor, enrojecimiento progresivo y dolor que se va transformando en un absceso ("puchichi") que necesariamente tiene que ser drenado una vez que "madura".
- Cuando la infección penetra por el cuello del útero, puede llegar a las trompas de Falopio y posteriormente a los ovarios provocando una severa
- inflamación de ambos, en estos casos se presenta dolor de bajo vientre, pulsátil con fiebre y alteraciones en la menstruación. Si no hay tratamiento en esta etapa el cuadro puede complicarse hasta provocar peritonitis.
- En el proceso de cicatrización de la infección puede provocar obstrucción en las trompas que puede ser parcial o total, llevando en este último caso a la esterilidad de la mujer.

En las relaciones anales:

- Cuando una persona tiene relaciones anales con un hombre con gonorrea, después de unos días va a presentar dolor al defecar, escozor, ardor y una secreción purulenta o pus mezclada con sangre por el ano.

Otras complicaciones:

- Cuando la persona practica relaciones orales a un hombre con gonorrea puede presentar una infección en la garganta provocada por los gonococos.
- La gonorrea puede contaminar las manos con facilidad (principalmente en los hombres al orinar), - cuando esto sucede, es muy fácil contaminar los ojos provocando una conjuntivitis que necesita un tratamiento adecuado y oportuno.

Infección en la sangre

Hay ocasiones en que los gonococos consiguen entrar en la corriente sanguínea (sangre) diseminándose por el interior del cuerpo, en estos casos puede afectar:

Las articulaciones.- Principalmente puños y rodillas (se presenta en 9 de cada 10 personas que tienen la infección en la sangre) Si no es tratada con rapidez, puede provocar erosión del cartilago de la cápsula articular y la consecuente incapacidad para los movimientos.

El corazón.- En estos casos los gonococos invaden las válvulas del corazón, esto puede ocasionar una embolia que deriva en la muerte del paciente o entonces en secuelas permanentes como la parálisis. Otra complicación es una lesión permanente en las válvulas llevando con el tiempo a una insuficiencia del corazón para bombear la sangre al cuerpo.

Las meninges.- A veces puede provocar inflamación de las meninges (meningitis) y causar daños severos y permanentes.

GONORREA Y EL EMBARAZO

Cuando la mujer embarazada tiene gonorrea, puede contagiar a su bebé en el momento del parto. Si no hay tratamiento preventivo presentará infección en los ojos (conjuntivitis) que puede complicarse seriamente.

No se olvide:

Existen cepas (grupos, familias) de gonococos que son resistentes a la acción de la penicilina y otros antibióticos, por este motivo, busque ayuda yendo donde un médico. El tratamiento actual de la gonorrea ya no es el mismo de antes.

Cuando una persona tiene gonorrea, debe lavarse las manos toda vez que entra al baño, esto para prevenir la contaminación de los ojos.

Diagnóstico:

Con el examen de frotis teñido, se puede basar un diagnóstico presuntivo de gonorrea; sin embargo, la confirmación requiere identificación positiva en medios selectivos.

Los exudados se examinan bajo inmersión en aceite para identificación presuntiva.

Los cultivos se forman como presuntivos de *N. Gonorrhoeae*,

Tratamiento:

El tratamiento debe cubrir, *N. Gonorrhoeae*, *Chlamydia Trachomatis* y sífilis en incubación.

El tratamiento en adultos en regimenes recomendados son:

- a) Ceftriaxona, 125 Mg. por vía intramuscular una vez al día mas doxicilina, 100 MG por vía oral dos veces al día por siete días.
 - b) Cefixima, 0.4 gr., una vez al día por vía oral, mas doxicilina, 100 Mg. por vía oral dos veces al día por siete días.
 - c) Ofloxacina, 0.4 gr., o ciprofloxacina, 0.5 gr. vía oral una vez en pacientes no embarazadas mayores de 17 años, mas doxicilina como se indica antes.
- Regimenes Alternativos.
- a) Espectomicina 2 gr. por vía intramuscular dosis única, seguidos por doxicilina como se indica antes. , para pacientes que no pueden tomar cefalosporinas ni quinolonas.
 - b) Cefotaxima 0.5 gr. por vía intramuscular dosis única, mas doxicilina como se indica antes.
 - c) Norfloxacin 0.8 gr., vía oral dosis nuca, en pacientes no embarazadas mayores de 17 años, mas doxicilina como se indica antes..

En los pacientes en los cuales esta contraindicado las tetraciclinas o no se toleran, se puede emplear eritromicina base o estrato, 500 Mg. Cuatro veces al día por siete días.

Las cefalosporinas y quinolonas recomendadas actualmente, y los regimenes inhibidores de la beta-lactamasa, constituyen un tratamiento eficaz contra las sepsas de *Neisseria Gonorrhoeae* productoras de penicilinasa.

(18)

TRICOMONAS

La infección por tricomonas es la enfermedad más frecuente y difundida en todo el planeta con una incidencia anual de 170 millones de casos. Afecta los genitales y las vías urinarias tanto en la mujer como en el hombre.

CAUSA

La causa de esta molestia es el *Trichomonas vaginalis*, un parásito que tiene forma ovalada.

Su estructura es provista de 4 flagelos (colas) y una estructura ondulante que le permiten gran movilidad

Tiene un tamaño de aproximadamente 15 milimicras (un poco más grande que un glóbulo blanco) y fácilmente visible al microscopio común.

Este parásito fue descubierto por Alfred Donné en Francia en el año 1836.

Solo afecta al ser humano.

CONTAGIO

La principal vía de contagio es la relación sexual y con menor frecuencia a través de instrumentos ginecológicos mal esterilizados, muy raramente se puede transmitir por toallas o baños públicos.

¿CÓMO SE MANIFIESTA EN EL HOMBRE?

La gran mayoría de los afectados no presentan síntomas, es decir, tienen la infección pero ninguna manifestación, en este caso son portadores sanos de la enfermedad.

Algunos sienten escozor en el orificio por donde sale la orina en el pené (meato urinario)

Pueden haber punzadas en ese conducto por donde pasa la orina y el semen en el pené(uretra)

¿CÓMO SE MANIFIESTA EN LA MUJER?

Pueden comenzar con un flujo que poco a poco aumenta de cantidad, es de color crema marfil a tono verdoso, con presencia de pequeñas burbujas de aire (aspecto espumoso)

El escozor es frecuente e intenso, llevando a rascarse o frotarse y como resultado los genitales externos pueden verse hinchados y enrojecidos.

Otra manifestación frecuente es la ida al baño varias veces para orinar pequeñas cantidades.

IMPORTANTE

Se debe recordar a quienes tienen tricomonas que el tratamiento debe ser realizado a la pareja también.

Lo que sucede con más frecuencia es la mujer que se realiza en tratamiento y el marido o pareja estable la contamina nuevamente, repitiendo constantemente este círculo vicioso. Al final, los gérmenes pueden desarrollar resistencia al medicamento complicando el cuadro y llevando a realizar tratamientos más caros.

Los hombres, parejas de mujeres con tricomonas al no sentir nada significante supuestamente creen que están sanos y no tienen que tomar ni aplicarse medicamento alguno.

Estos tienen que entender que el tratamiento es para ambos. La infección por tricomonas solo tiene solución cuando ambas personas se someten al tratamiento.

Diagnóstico.

Examen en fresco. Para su realización se obtiene el material del fómix anterior y posterior en la mujer, posteriormente se diluye en solución salina. Una gota de esta suspensión se observa al microscopio.

El empleo de duchas vaginales en las 24 horas anteriores al examen en fresco reduce la sensibilidad de este método.

El diagnóstico por examen en fresco en el hombre es más difícil. Se puede utilizar como muestras las secreciones genitales como el sedimento urinario de la primera micción matutina. En este particularmente después de un masaje prostático, puede aumentar la sensibilidad.

El cultivo.

Es el método más sensible y permite detectar hasta el 95 % de las infecciones en la mujer. Esta especialmente indicado para las infecciones en el hombre.

El medio del cultivo debe inocularse inmediatamente después de obtenida la muestra, siendo una temperatura de 30 a 37° C y una atmósfera anaeróbica las condiciones óptimas de crecimiento.

Tratamiento.

- Suele usarse metronidazol, 2 gr. en dosis única por día, o 250 Mg., 3 veces al día por semana. En caso de resistencia 2 gr. cada 24 horas por 3 a 7 días. (19).

S I D A

Síndrome: Conjunto de signos y síntomas que caracterizan a una determinada enfermedad.

Inmunodeficiencia: Debilitamiento de las defensas del organismo.

Adquirida. Que se adquiere en el transcurso de la vida por diferentes formas.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida fue descrito por primera vez en 1980, cuando se observó que un grupo de pacientes tenía alteraciones de la inmunidad celular y neumonía por pneumocystis carinii

FRAGILIDAD DEL VIH.

Como todos los virus, el VIH, no puede vivir fuera de una célula. durante mucho tiempo; sin embargo, dentro de ella es bastante resistente

El VIH tiene una envoltura rica en grasas(fosfolipídica), relativamente sensible al calor, y determinada temperatura todo se disuelve; así es calor a 100°C destruye el virus en muy poco tiempo. Además del cloro, otros agentes químicos que destruyen al VIH son la acetona y el alcohol.

AGENTE

Los agentes etiológicos del SIDA son los virus de inmunodeficiencia humana, VIH-1 y VIH-2, que son los retrovirus RNA, capaces de producir una disfunción inmunológica grave en los linfocitos cooperadores T4. La

mayoría de los casos en 1992 fueron causados por la infección del VIH-1, siendo la infección por VIH-2 endémica en África Occidental. Los retrovirus tienen genomas que codifican la transcriptasa inversa, que permiten la transcriptasa de DNA a partir de RNA. Por tanto, el virus puede hacer copias de DNA de su propio genoma en las células huésped.

PATOGENIA

El común denominador del SIDA es la inmunosupresión grave, principalmente en la inmunidad mediada por células, que da origen a una diversidad de infecciones oportunistas y neoplásicas. Los linfocitos derivados del timo-linfocitos T- definidos fenotípicamente por el antígeno de superficie CD4, son el principal blanco. El antígeno CD4 sirve como receptor para el virus, el cual luego es interiorizado y emplea la transcriptasa inversa para transcribir su RNA en DNA genómico. Por tanto el DNA vírico se integra en el DNA celular para el resto de la vida de la célula, vida que se acorta a causa de la infección. Después de la infección, con el paso del tiempo desciende en forma incidiósa y progresiva el número de células T, produciéndose finalmente una inmunosupresión grave. También puede infectarse los micitos macrófagos, y la infección de las células microgliales del encéfalo, puede causar alteraciones neuropsiquiátricas. Las personas infectadas por VIH tienen también una mayor incidencia a neoplasias, especialmente de sarcoma de kaposi, linfomas de células B y no Hodgkin, y algunos carcinomas.

VÍAS DE INFECCIÓN.

A través de varios sistemas el virus del SIDA, se ha aislado de diversos líquidos del cuerpo, como la sangre, el semen, el líquido vaginal, el líquido cefalorraquídeo, las lágrimas y la saliva. Parece que los líquidos que brindan suficiente virus para transmisión se limita a sangre, semen, líquido vaginal, y líquido cefalorraquídeo. El virus se encuentra en los macrófagos y en estos líquidos. Los macrófagos también sirven como reservorio para el virus del SIDA. Los sitios ideales para el establecimiento de la infección, después de la exposición son el sistema cardiovascular, las heridas abiertas de la piel, el pené la vagina y el recto.

El virus del SIDA se transmite de forma efectiva por contacto sexual sin protección (homosexual, heterosexual, siempre y cuando este infectada un miembro de la pareja) El virus también se transmite de manera efectiva a través de las transfusiones sanguíneas e intercambio de sangre, como puede suceder en agujas hipodérmicas contaminadas e inyecciones, heridas abiertas y mucosas expuestas en los trabajadores de la salud. El virus también se transmite de las mujeres infectadas a sus hijos durante el nacimiento. , a través de la lactancia materna, infección transplacentaria.

No hay evidencia de que el SIDA se pueda diseminar a través del beso normal (algunos expertos opinan que el beso prolongado, vigoroso, profundo y húmedo, que da por resultado laceraciones o fuga de líquidos en el revestimiento de la boca y si hay úlceras preexistentes podría teóricamente transmitir el virus) A sí mismo, aunque los mosquitos puedan ser portadores del virus del SIDA por varios días, no hay evidencia de que el virus se pueda multiplicar dentro del cuerpo de estos insectos o que sean capaces de transmitir el padecimiento.

ETAPAS.

Existen cuatro etapas de evolución, dos de ellas por debajo del umbral clínico y dos por encima.

Etapa I

Puede existir un cuadro clínico de pocos días de evolución de tipo inespecífico, que con frecuencia puede semejar un cuadro faringoamigdalino pero de fuerte intensidad, acompañado de fiebre elevada, ataque importante al estado general y adenopatía, sin embargo, dado que el mismo puede presentarse como consecuencias de otras etiologías, resulta difícil su reconocimiento.

En ocasiones el virus puede ocasionar un cuadro parecido al de la morfonucleosis infecciosa, en otras ocasiones puede presentarse una encefalitis viral con daño neurológico severo del cual logra recuperarse, cuando se ignora lo anterior se podrá pensar que el paciente se curó (la curación es aparentemente total). El paciente en etapa inicial, continuara su evolución pero, por varios años, se mantendrá asintomático hasta que la etapa 3 se inicie. Resulta difícil identificar al paciente que evoluciona en esta etapa, debido a que no existen anticuerpos detectables a través de las pruebas disponibles (Elisa y la detección del antígeno viral a través de porciones proteicas).

La información disponible señala un promedio de 3 a 8 semanas, algunos autores refieren que la duración puede ser tan larga como de un año.

Etapa II.

- Presencia DE anticuerpos (inmunoglobulina G)
- Asintomático (se encuentra por debajo del umbral clínico)
- Es posible que se identifique por medio de pruebas serológicas
- Duración de 3 a 10 años, con un promedio de 5 años.
- El periodo de lactancia depende de la viremia existente en la sangre infectada así como del serotipo viral.
- Existe daño celular y en algunos casos, severo.
- Existe por lo menos 2 de cada 10, de que el paciente pudiera permanecer en etapa II por
- Tiempo indefinido.

Al finalizar esta etapa, el paciente entrara en una evolución clínicamente identificable.

Etapa III

- Denominada linfadenopatía crónica generalizada (complejo relacionado al SIDA-PRESIDA)
- Para denominar a alguien como caso de SIDA, se debe cumplir con los requisitos establecidos (CDC o por la OMS), por lo tanto, todo paciente clínicamente, pero que no cumple los requisitos señalados estará en etapa III y no en IV.

Etapa IV.

- SIDA propiamente dicho.
- Desde el punto de vista del laboratorio, con menos de 200 T4 (en forma repetida), esta en SIDA.

Por lo anterior el paciente, continuara en evolución hasta la defunción (la duración de esta etapa depende de la calidad de vida lograda)

La duración del paciente puede ser tan corta de 10 meses ó hasta de 2 o 4 años, con una buena calidad de vida, que le permita aún, el laborar.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

A) PRODRÓMOS.

- Fatiga, malestar general.
- Fiebre (semanas ó meses)
- Adelgazamiento
- Linfadenopatía (puede existir antes, durante o después de los pródrómos)
- Diarrea persistente: las evacuaciones líquidas copiosas, casi siempre diarias, pueden acompañarse de gran pérdida de peso y desnutrición.
- Monoliasis bucal recurrente, herpes
- Manchas azules o pardas

B) A Parición De La Enfermedad (Generalmente A Partir De Infecciones Oportunistas)

- 1) Síndrome pulmonar: disnea, hipoxia, dolor torácico, infiltración pulmonar difusa, por psuedomocistis.
- 2) Síndrome del SNC: demencia confusión, cefalea, síntomas neurológicos por infecciones oportunistas (meningitis encefalitis)
- 3) Síndrome gastrointestinal, diarrea, pérdida de peso, colitis, por toxoplasmosis gondii, criptococo.
- 4) Fiebre de origen desconocido. Por mycobacterium avium-intracellulare que invade médula ósea, ganglios linfáticos.
- 5) Neoplasias: sarcoma de kaposi
- 6) Otros: faringitis, artralgias, mialgias, letargias, malestar, náuseas, vómito.

DIAGNOSTICO.

1. - Ensayo de inmunoadsorción a enzimas-Elisa-

En general se interpreta como.

Positivas : muy reactivas / Negativas. No reactivas. / Indeterminadas. Potencialmente reactivas.

2. - Prueba de confirmación. Western Blot. Se trata de demostrar la existencia de anticuerpos contra los miembros de los tres productos genéticos principales del VIH (proteínas gag, pol y de la envoltura) Es una prueba definitiva de infección por VIH.

3. - Falta de antecedentes de enfermedad inmunosupresoras o de tratamiento de este tipo.

4. - Evaluación inmunitaria. Revela un defecto profundo de la función mediada por células, el grado de inmunodeficiencias sirva para predecir el pronóstico específico y la terapéutica.

5. - Prueba cutánea: Para determinar si el sistema inmunitario celular esta funcionando.

6. - Alteraciones serológicas.

7. - Examen de heces puede revelar gérmenes entericos

TRATAMIENTO.

A.- Antirretroviral específico: La supresión de la replicación del VIH.

Fármaco	Dosis	Toxicidad	Consideraciones
Zidobudina	125mg cada 12 hrs.	anemia, leucopenia, miopatia	
Didanosina	200mg / d/12 hrs.	Neuropatía Periférica Pancreatitis	cada dosis se debe componer, por lo menos de 2 comp.

B.- Antimicrobiano: Tratamiento de las infecciones y de los tumores malignos asociados.

Fármaco	Indicación	Efectos adversos
Trimetopirim con Sulfametoxazol	Neumonía	erupciones, disminución de leucocitos, fiebre.
Anfotericina B	Meningitis criptocococica	daño renal y hepático, anemia.

Radioterapia en las lesiones de Sarcoma de Caposí, que son desfigurantes o anatómicamente inconvenientes.

(19)

ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA.

El comportamiento sexual de los/ las jóvenes señala que los/ las adolescentes inician practicas sexuales sin ninguna protección anticonceptiva, exponiéndose, entre otras situaciones, a embarazos no deseados con todas sus consecuencias. De ahí la importancia de dar un repaso al tema de anticoncepción como recurso preventivo.

Los avances de investigación científica y tecnológica han permitido disponer de métodos anticonceptivos de gran efectividad y gran seguridad, que logran ampliar las opciones a las necesidades manifiestas, así como garantizar el acceso y disponibilidad de los métodos a los jóvenes.

Es necesario recalcar que pocos jóvenes recurren a un método anticonceptivo, esto ha sido motivo de preocupación para tratar de entender cual es la visión que tienen los jóvenes acerca de la anticoncepción, sus beneficios y características.

Lo anterior, destaca la imperiosa necesidad de reforzar la educación sexual, no solo proporcionando información acerca de la fisiología, sino que además es necesario identificar y satisfacer las necesidades individuales, las dudas, inquietudes, expectativas, etc. Es necesario revisar junto con los/las jóvenes, las

ventajas, desventajas, indicaciones y contraindicaciones, poniendo énfasis en la forma correcta de uso, como en el caso del condón, así como en la necesidad de acudir a consulta para la descripción de aquellos productos hormonales que requieren control y seguimiento.

Los métodos anticonceptivos se clasifican en dos grandes grupos; métodos temporales o reversibles y métodos permanentes o no reversibles. La reversibilidad se refiere al retorno de la fecundidad

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES

Hormonales orales:

- Hormonales orales combinados.
- Hormonales orales de progestina sola
- Hormonales alternos.

Hormonales inyectables:

- Hormonales inyectables combinados
- Hormonales inyectables que solo contienen progestina.

Método hormonal subdérmico

Dispositivo intrauterino medicado con cobre.

Métodos de barrera y espermicidas

Naturales o de abstinencia periódica.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES.

Oclusión bilateral

Vasectomía sin bisturí.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES

Anticonceptivos Hormonales.

Los anticonceptivos hormonales son recursos anticonceptivos de tipo temporal que contienen hormonas esteroides sintéticas. Actualmente se encuentran disponibles en tres presentaciones: hormonales orales, hormonales inyectables, y los implantes subdérmicos.

Hormonales Orales:

En México existe una amplia gama de opciones con diferentes formulaciones, concentraciones y presentaciones. Se ubican en tres grupos:

- Hormonales combinados(estrógeno con progesterona)
- Monohormonales (que contienen solo progesterona)
- Hormonales alternos(de emergencia)

La anticoncepción oral es una opción efectiva y segura para las mujeres que desean regular su fecundidad en forma temporal, y que están dispuestas a la toma adecuada del anticonceptivo.

Usados de manera adecuada los anticonceptivos hormonales orales tienen una alta efectividad. Esto ES del 92 al 99 % para las formulaciones combinadas y de 90 a 97 % para las formulaciones que solo contienen progestina. Para el método alternativo de emergencia, se considera una tasa de falla del 2 %. Además se ha descubierto que los progestagenos incluido en las nuevas formulaciones han garantizado eficacia y disminución importante de efectos colaterales en las usuarias.

Los anticonceptivos orales contienen hormonas esteroides sintéticas, de acuerdo a su formulación existen dos grupos:

Formulaciones combinadas, que contienen una progestina y un estrógeno, ambos a dosis bajas, que brindan protección anticonceptiva por un mes. Las formulaciones más utilizadas contienen como progestina: Norgestrel, Levonorgestrel, desogestrel o gestodeno combinada(la progestina) con etinil estradiol. La presentación farmacéutica es en ciclos de 21 o 28 grageas o tabletas. En la presentación de 28, las primeras 21 contienen los ingredientes hormonales y las 7 últimas contienen hierro o placebo. Se inicia la toma de la primera tableta o gragea dentro de los primeros 5 días del ciclo menstrual en una dosis diaria, de preferencia a la misma hora.

En los paquetes de 21 días, se toma 1 cada 24 hrs. Y siete días de descanso. En los paquetes de 28 tabletas, se toma 1 cada 24 hrs. ; los ciclos subsecuentes se inician al concluir el ciclo previo.

Formulaciones que sólo contienen progestina, en dosis bajas(minipildoras) que brindan protección anticonceptiva por un mes. Las formulaciones más utilizadas contienen levonorgestrel o linestrenol. La presentación es de 28 o 35 grageas o tabletas..

El ciclo de tratamiento sex inicia con la toma de la tableta o gragea diaria en forma ininterrumpida, incluso durante el sangrado menstrual.

Los métodos hormonales alternos utilizan los mismos ingredientes hormonales (estrógenos y progestinas sintéticas) que los otros métodos hormonales orales, solo que en dosis y esquemas de administración diferentes.

Los anticonceptivos orales combinados previenen el embarazo no planeado, fundamentalmente a través de inhibir la ovulación. Un mecanismo adicional es de inducir cambios en la consistencia del moco cervical, formando una barrera que impide el paso de los espermatozoides.

Los anticonceptivos orales que sólo con tienen progestina no inhiben la ovulación y su efecto preventivo del embarazo es debido a los cambios en la consistencia del moco cervical, que constituye una barrera que impide. La migración de los espermatozoides por el tracto reproductor femenino. También hay cambios en el endometrio al alterar la proliferación del epitelio; en el miometrio y en las trompas de Falopio, tienen efecto alterando la motilidad del músculo liso. Son una opción cuando no esta indicado el uso de derivados estrogenicos.

Anticonceptivos orales combinados(en caso de olvidar la toma)

Si se olvido tomar la tableta un día, se deben ingerir dos tabletas al día siguiente. En cuanto se acuerde tomar una tableta y por la noche otra(implica tomar dos tabletas en un día) y continuar con la toma diaria.

En el caso en que se olvide tomar la tableta durante dos días consecutivos, tomara dos tabletas diarias en los dos días siguientes, empleando un método de barrera los siguientes siete días.

Si se olvido tomar tres tabletas consecutivas, deberá suspender la ingestión restante y usar un método de barrera por el resto del ciclo, reincidiendo la toma de tabletas en el siguiente ciclo menstrual. Si hubo contacto sexual en las últimas 72 horas, antes de suspender la toma se recomienda la ingestión de cuatro tabletas en una sola toma y cuatro más adicionales en otra toma 12 horas después.

Anticonceptivos que solo contienen progestina

Si se olvida tomar una o más tabletas, es necesario emplear un método de barrera, descartar la posibilidad de embarazo y reiniciar el ciclo.

La diarrea y vomito intenso pueden interferir con la efectividad de este método. En estos casos es necesario recomendar el uso de un método de barrera.

ORALES COMBINADOS:

Indicaciones:

- Mujeres En edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulípara o multiparas, desde la menarquia hasta los 39 años de edad, que deseen protección anticonceptiva temporal.
- Mujeres en el postaborto.
- Mujeres en posparto o poscesarea; únicamente cuando no estén lactando.
- La obesidad no es una restricción para el uso de este método.

Precauciones:

Los prestadores de servicios deberán valorar los beneficios y riesgos del uso de este método en las siguientes condiciones:

- Mujeres de 40 años o más.
- Tabaquismo intenso a cualquier edad; tabaquismo moderado en mujeres de 35 años o más.
- Antecedentes de cáncer mamario o presencia de tumoraciones mamarias no diagnosticadas.
- Cáncer o lesiones preneoplásicas de cerviz uterino.
- Hipertensión arterial moderada (140-158/90-99 mm Hg)
- Hiperlipidemias, diabetes no complicada y alteraciones de la coagulación.
- Uso de rifampicina, griseofulvina o anticonvulsivos.

El uso de anticonceptivos orales combinados está formalmente contraindicado en las siguientes condiciones:

- Embarazo, sospecha de embarazo.
- Lactancia materna (en los primeros seis meses posparto)
- Cáncer de mama.
- Antecedentes o presencia de enfermedad tromboembólica, incluyendo trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, cardiopatía isquémica o cardiopatía reumática.
- Hipertensión arterial severa (igual o mayor de 160/100 mm Hg) con o sin enfermedad vascular.
- Diabetes con complicaciones vasculares o de más de 20 años de evolución.
- Tumores hepáticos, hepatitis activa.

Indicaciones, precauciones y contraindicaciones en el uso de anticonceptivos orales que solo contienen progestina.

Indicaciones:

- -Mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multiparas, desde la menarquía, que desean protección anticonceptiva temporal y de alta seguridad y efectividad, en quienes el uso de estrógenos está contraindicado.
- -Mujeres lactando en el posparto o postcesarea que deseen un método anticonceptivo temporal y que no hayan aceptado el uso del DIU medicado de cobre; en este caso la administración se inicia a la sexta semana posterior al evento obstétrico. Al suspender la lactancia materna se puede recomendar el cambio a otro método anticonceptivo.
- -Mujeres en el postaborto.

Precauciones:

Los prestadores del servicio deberán valorar los servicios y riesgos en el uso de este método en las siguientes condiciones:

- Irregularidades en el sangrado menstrual
- Tumoraciones de mamas no diagnosticadas
- Cáncer o lesiones preneoplásicas del cerviz uterino

- Cefalea intensa, incluyendo migraña con signos neurológicos focales.
- Depresión severa.
- Hiperlipidemias, diabetes, hepatitis activa y cirrosis
- Tumores hepáticos
- Insuficiencia renal.
- Uso de rifampicina, griseofulvina o anticonvulcionantes.

Contraindicaciones.

- Embarazo, sospecha de embarazo.
- Hipertensión arterial severa (igual o mayor 160/100 mm Hg) con o sin enfermedad
- Cardiovascular
- Cardiopatía isquémica
- Cáncer de mama
- Sangrado vaginal de etiología no determinada.

Las causas que ameritan suspender el uso de anticonceptivos orales son:

Para los orales combinados:

- Sospecha O embarazo confirmado.
- Presentar signos o síntomas de riesgo, como dolor intenso en el pecho y dificultad para respirar, dolor intenso en las piernas o en el abdomen, intolerancia a los hormonales, ictericia, así como en los casos de cefalea severa y alteraciones visuales.

Suspensión temporal dos semanas antes de una cirugía mayor electiva o durante inmovilizaciones prolongadas de alguna extremidad. Se puede reiniciar la toma dos semanas después.

Para los orales que solo contienen progestina:

- Embarazo confirmado
- Intolerancia a las alteraciones del ciclo menstrual

El uso de anticonceptivos orales brinda beneficios adicionales para la salud de las usuarias como son:

Orales combinados:

- Disminuyen el riesgo de cáncer de ovario y cáncer de endometrio.
- Disminuyen el riesgo de embarazo ectópico
- Ofrecen protección parcial contra la enfermedad inflamatoria pélvica
- Regularizan la periodicidad del sangrado menstrual
- Disminuyen o evitan la dismenorrea.

Orales que solo contienen progestina:

- Disminuyen el riesgo de cáncer de endometrio y de ovario.
- Disminuyen el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica
- Disminuyen la pérdida sanguínea menstrual
- Disminuyen o evitan la dismenorrea

Los métodos hormonales alternos

Son aquellos usados por la mujer para prevenir el embarazo no planeado en los casos de falla en el uso de un método anticonceptivo regular, en una o varias relaciones sexuales no protegidas y en violación o estupro.

El régimen hormonal estándar consiste en la administración de 200 microgramos de etenilestradiol más 1.0 miligramo de levonorgestrel, dividido en dosis idénticas con intervalo de 12 horas entre cada toma. Otro régimen hormonal alterno consiste en la administración de 1.5 miligramos de levonorgestrel sin estrógeno adicional dividida también en dos dosis idénticas con un intervalo de 12 horas.

Cuando se utilizan anticonceptivos orales de dosis altas que contienen 50 microgramos de etenilestradiol, se tomara una primera dosis de dos tabletas y la misma dosis 12 horas después de la primera. Cuando son de dosis baja(30 microgramos de etenilestradiol) se toman 4 tabletas en la primera dosis y 4 más 12 horas después.

En ambos regimenes la primera dosis debe iniciarse tan pronto como sea posible, pero dentro de las primeras 72 horas posteriores a la relación sexual sin protección adecuada y bajo vigilancia médica.

Los métodos hormonales alternos están indicados en mujeres fértiles con vida sexual activa, nulíparas, multiparas, que deseen un método de alta efectividad y seguridad para prevenir un embarazo no planeado en caso de falla u olvido de la toma de pastillas anticonceptivas, después de relaciones sexuales no protegidas o después de violación o estupro. Bajo condiciones de uso correcto y después de una relación sexual no protegida los métodos son muy efectivos con un índice de falla cercano al 2 %.

No existe contraindicaciones conocidas para el uso ocasional de este método y se considera seguro incluso en aquellas mujeres que presenten contraindicaciones para el uso de anticonceptivos hormonales a largo plazo. Los efectos colaterales que pueden presentarse por lo general son leves y duran menos de 24 horas. Los más frecuentes son. Náuseas, vómitos, congestión mamaria, cefalea, vértigo o mareo; pueden disminuir si la ingesta de pastillas se acompaña de alimentos. En caso de ocurrir vómito dentro de 3 la primera hora siguiente a la ingestión, será necesario de administrar un antiemético y repetir la dosis.

Los métodos hormonales alternos pueden obtenerse en unidades de atención medica y en los programas de planificación familiar en los sectores público, social y privado.. Su prescripción deberá acompañarse de un intenso proceso de orientación y consejería destacando que:

- Una vez establecido el embarazo, no son efectivas.
- Si el método falla y la mujer queda embarazada no tiene efectos colaterales en el producto.
- La menstruación subsiguiente ocurre unos días antes o después de lo previsto, generalmente entre una o dos semanas.

Después de la ingesta de estos regimenes, deberá existir abstinencia sexual o utilizar métodos locales hasta que se presente la menstruación para poder adoptar, cuando este indicado, un método anticonceptivo regular, no es conveniente utilizar el método en forma regular, por que su efectividad es menor a la de los anticonceptivos orales usados en forma regular o a la de otros métodos anticonceptivos en el largo plazo.

Este método no protege de las enfermedades de transmisión sexual.

Las usuarias de los métodos hormonales orales deben estar conscientes de que deben usarse correcta y sistemáticamente y que por su mecanismo de acción pueden presentarse efectos colaterales, para que la

usuaria no se alarme y abandone el tratamiento, ya que su abandono en cualquier etapa del tratamiento puede exponer a la paciente a un embarazo no planeado.

Hay que propiciar que los adolescentes hagan un buen uso de los métodos anticonceptivos hormonales orales llevando acabo una buena consejería, mencionando la responsabilidad del uso en forma conciente y consistente y así poder garantizar la efectividad.

Hormonales Inyectables.

Los anticonceptivos hormonales inyectables son métodos temporales de larga acción. Si se usan de manera adecuada, se ubican entre los métodos reversibles más efectivos actualmente disponibles.

Los anticonceptivos inyectables contienen hormonas esteroides sintéticas que se administran por vía intramuscular y de acuerdo a su formulación se dividen en dos grupos.

- Formulaciones que sólo contienen progestina, que brindan protección anticonceptiva durante dos meses. La formulación más utilizada contiene enantato de noretisterona, como Noristerat que contiene 200 Mg.
- Formulaciones combinadas que contienen tanto una progestina como un estrógeno, que brindan protección anticonceptiva por un mes. Las formulaciones más utilizadas, conocidas por sus nombres comerciales son Cycloferm(25 Mg. de acetato de medroxiprogesterona y 5 Mg. de cipionato de estradiol) y Mesigyna(50mg. de enantato de noretisterona y 5 Mg. de valerato de estradiol=.

Estudios realizados por la OMS, revelan que la efectividad en el primer año de uso de Noristerat y Mesigyna es del 99.6 % y el Cycloferm es de 99.8 %.

Los anticonceptivos hormonales inyectables por sus altas dosis, previenen el embarazo fundamentalmente a través de inhibir la ovulación. A nivel endometrial no hay proliferación, resultando un endometrio hipotrofico; por otro lado, el moco cervical se vuelve escaso, espeso no filante, formando una barrera que impide el paso de los espermatozoides.

Los anticonceptivos hormonales inyectados combinados, pueden aplicarse en el periodo intergenesico en cualquiera de los primeros 5 días del ciclo menstrual contando a partir del primer día de sangrado, también se puede aplicar en cualquier momento si se está razonablemente seguro de que no hay embarazo. Si el método se inicia después del 5 día de sangrado menstrual debe usarse simultáneamente un método de barrera durante los primeros siete días. En casos de abortos, se puede administrar inmediatamente. En el postevento obstétrico, después de un parto o cesárea, la primera dosis se aplicara después de la tercera semana, siempre y cuando la mujer no este lactando. Las inyecciones subsecuentes deben aplicarse cada 30 mas o menos 3 días, independientemente de la presencia o no de sangrado menstrual. Fuera de este lapso, no se asegura la efectividad del método. No es recomendable su aplicación antes de 27 días.

En el caso de inyectables de sólo progestina, se iniciara la administración en cualquiera de los primeros siete días del periodo menstrual. En el posparto o poscesarea la aplicación deberá iniciarse a la sexta semana después del evento obstétrico, mientras que en el postaborto puede aplicarse inmediatamente.

Las dosis subsecuentes de progestina sola se aplicarán de acuerdo a las siguientes recomendaciones: el acetato de medroxiprogesterona(Depoprovera=, cada tres meses y el enantato de noretisterona(Noristerat) cada dos meses; con margen de más o menos una semana, independientemente de la presencia o no del sangrado menstrual.

Indicaciones, contraindicaciones y precauciones para los anticonceptivos hormonales inyectables combinados.

Indicaciones:

Estos anticonceptivos están indicados para mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, nulíparas, multiparas o multiparas incluyendo adolescentes que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción, en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo.
- En el intervalo intergenésico.
- En el posaborto
- En el posparto o poscesarea después de la tercera semana, si la mujer no está lactando.

Contraindicaciones:

- La lactancia en los primeros seis meses posparto
- Embarazo o sospecha de embarazo
- Tener o haber tenido cáncer mamario o de cervix
- Tener o haber tenido enfermedad trombo embólica incluyendo trombosis, de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebro vascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y cardiopatía reumática.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos
- Tener enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivos.

Precauciones:

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Fumadoras mayores de 35 años de edad.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus no controlada
- Migraña focal
- Leiomiomatosis uterina.
- Insuficiencia renal
- Alteraciones de la coagulación

La primera dosis debe aplicarse dentro de los 5 primeros días de iniciada la menstruación. Si el método se inicia después del 5 día del ciclo menstrual debe utilizarse simultáneamente un método de barrera dentro de los primeros siete días de aplicada la inyección (IM) Las inyecciones subsiguientes deben aplicarse cada 30 +/- 3 días, independientemente de cuando se presenta el sangrado

Suspender el uso del método si se presenta alguna de las siguientes situaciones:

Para los inyectables combinados:

- Sospecha de embarazo
- Cefalea intensa
- Alteraciones visuales
- Color torácico intenso
- Deseña

- o Dolor de miembros inferiores Ictericia
- o Intolerancia a las regularidades del ciclo menstrual
- o Persistencia o intolerancia de efectos colaterales más de 6 meses.

Para los inyectables con solo progestina:

- Sospecha de embarazo
- Intolerancia A las irregularidades del ciclo menstrual.

Beneficios adicionales del uso de anticonceptivos inyectables.

Para los inyectables que sólo contienen progestina

- o Disminuyen el riesgo de cáncer de endometrio
- o Disminuyen la perdida sanguínea menstrual, lo que ayuda a prevenir la anemia
- o Disminuye el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria
- o Disminuye El riesgo de infecciones vaginales por levaduras
- o Disminuye el riesgo de embarazo ectópico.

Para los inyectables combinados:

- Disminuye el riesgo de embarazo ectópico
- Regularizan la pérdida del sangrado menstrual.

Aspectos importantes en el uso de anticonceptivos inyectables:

- El uso de enantato de noretisterona, Cycloferm, o Mesegyna deberá suspenderse 45 días antes de una cirugía mayor electiva o inmovilización prolongada de alguna extremidad, y reiniciarse dos semanas después.
- Las usuarias de métodos inyectables deberán ser informadas que el uso de estos métodos no brindan protección preventiva de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo al SIDA, por lo que en condiciones de riesgo deberá el uso adicional del preservativo o condón.
- Las usuarias deberán ser informadas que al suspender el método, el retorno a la fecundidad no sera inmediato, en el caso del enantato de noretisterona es en promedio de tres a seis meses después de la última inyección y en caso del Cycloferm y Mesygina de 2 a 3 meses.
- Utilizar el contenido total de la ampollita, de otra manera se altera la efectividad del método.
- La inyección debe ser profunda en cuadrante superior externo del glúteo o en la región deltoidea.
- No dar masaje.

Método Hormonal Subdérmico.

Es un método anticonceptivo temporal de acción prolongada compuesto por seis cápsulas de material plástico(dimetilpolisiloxano), cada una contiene 36 Mg. de levonorgestrel(progestina), su inserción es subdérmica y actúa a través de un sistema de liberación continua y gradual de la sustancia hormonal(progestina) Libera en promedio 30 microgramos diarios de levonorgestrel.

Este método anticonceptivo esta indicado en las adolescentes, es una opción en aquellas que deseen un método de larga duración. El método brinda protección anticonceptiva superior al 99 % durante el primer

año de uso y disminuye gradualmente a 96.5 % al 5 año de uso.. Por lo que en caso de continuar este método deberá cambiar los dispositivos subdérmicos oportunamente.

Indicaciones.

Mujeres En edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulipara o multiparas, incluyendo adolescentes con patrón menstrual regular que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga duración que no requiera de la toma o aplicación periódica, en las siguientes circunstancias:

- o Antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógenos este contraindicado.
- o En el intervalo intergenesico, inclusive cuando el uso de estrógenos este contraindicado.
- o En el posparto o poscesárea, con o sin la lactancia
- o En el postaborto inmediato.

Contraindicaciones:

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido cáncer mamario o del cerviz
- Tener o haber tenido tumores hepáticos, benignos o malignos.
- Enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- Durante la administración crónica de rifampicina. o anticonvulsivantes.

Precauciones:

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada
- Insuficiencia renal
- Cardiopatía isquémica
- Depresión importante
- Migraña focal
- Debe considerarse la posibilidad de disminución de la efectividad del método después de 2 años de uso en mujeres con peso mayor de 70 Kg

Las cápsulas deben insertarse subdérmicamente en la cara interna del brazo; preferentemente durante los primeros siete días del ciclo menstrual o en cualquier otro día, siempre que se tenga la seguridad razonable, de que no hay embarazo. En el posparto y poscesárea con lactancia, la inserción debe efectuarse después de la 6 semana de puerperio. Se debe indicar el uso de métodos anticonceptivos de barrera y espermicidas en caso de tener relaciones sexuales el día de la inserción.

Inserción.-

- o Brazo seleccionado: izquierdo si es diestra, derecho si es zurda.
- o Sitio de implantación: Las cápsulas pueden colocarse bajo una capa de piel sana en la cara interna del brazo.
- o La piel se lava con agua y jabón, luego se pincela con un antiséptico.
- o Se aplica anestesia local y se hace una incisión de 2mm.
 - - Las cápsulas se introducen por la incisión, en forma de abanico abierto bajo la piel, a través de un trocar calibre 10, en dirección opuesta al codo.
 - - No se requiere de sutura, se aplica un vendotele. Los implantes 1 y 6 deben formar un ángulo de 75° entre ellos.

Remoción.

Conviene localizar las cápsulas manualmente, sin guantes y marcarlas con pluma o bolígrafo.

Se sigue el mismo procedimiento para la inserción, en cuanto a técnicas de asepsia, antisepsia y anestesia.

La anestesia es muy importante se debe colocar bajo los implantes en su extremo más inferior. Se hace una pequeña incisión por la que se extraen las cápsulas una a una empezando por las que estén más accesibles. Si se dificulta extraer 1 o 2 implantes dejar que cicatrice y reintentar la extracción. En caso necesario usar radiología o ultrasonido para su localización y si no es posible la extracción del total de implantes, referir a la usuaria a una unidad hospitalaria para la solución del problema.(1)

La protección anticonceptiva que ofrece este método es de 5 años después de la inserción.

Efectos colaterales:

- o Hematoma en el área de aplicación
- o Infección local
- o Dermatitis.
- o Irregularidades menstruales(hemorragia manchado por tiempo prolongado o amenorrea)
- o Cefalea
- o Mastalgia

Dispositivo Intrauterino

Los dispositivos intrauterinos (DIU's)son artefactos que se colocan dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos que brindan protección temporal. Debido a su alta efectividad y conveniencia en su uso, este método ha tenido una gran aceptabilidad entre las mujeres.

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

La prevención del embarazo por un dispositivo de cobre , se realiza primordialmente por interferir con la capacidad del espermatozoide de pasar a través de la capacidad uterina e interferir con el proceso de fertilización espermatozoide / óvulo. Los iones de cobre inhiben la capacitación del espermatozoide y tienen un efecto deletéreo sobre los gametos en las trompas de Falopio y en la cavidad uterina.

Los DIU' logran su efecto anticonceptivo principal, al interferir con la motilidad. y la supervivencia de los espermatozoides para prevenir la fertilización.

de los espermatozoides para prevenir la información:

- o Produce una reacción endometrial que estimula la liberación de leucocitos y sustancias de acción local(prostaglandinas) que actúan simultáneamente en el cuello uterino, la cavidad uterina y el oviducto, para impedir que el espermatozoide fétilice al óvulo. El cobre presente en los DIU's también tiene efectos espermicidas.

- La interrupción de la migración de los espermatozoides ocurre en el moco, en el útero y el oviducto.
- Se puede observar la migración de leucocitos polimorfo nucleares y macrófagos desde el estroma hacia la cavidad uterina.
- Las células que se adhieren a los DIU de cobre son leucocitos polimorfo nucleares, a su vez estas células liberan enzimas lisosoma les como son la fosfatasa alcalina, la n-acetil glucosamida y la beta glucuronidasa, las células destruyen a los espermatozoides que son fagocitados por los macrófagos. El efecto anticonceptivo esta relacionado con la leucocitosis.
- Existe un antagonismo catiónico especicamemente relacionado con el zinc. Una de las más importantes enzimas que contienen zinc en el tracto reproductivo femenino es la anhidrasa carbónica.
- Los iones de cobre interfieren con el ADN de las células endometriales y con el metabolismo del glucógeno.

Indicaciones, precauciones y contraindicaciones para el uso del DIU.

Indicaciones:

- Los DIU's medicados están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nulíparas, multiparas incluyendo adolescentes.
- Los DIU's medicados no interfieren con la lactancia materna; por lo que están indicados en el post-parto, y en el trans y post-cesárea.
- En el post-aborto, solamente cuando no haya síntomas o signos de infección.
- La obesidad, enfermedad cardiovascular o tabaquismo, no constituyen restricciones para el uso de este método.

Precauciones:

- Mujeres con riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual.
- Mujeres con VIH positivas.
- Presencia de anemia leve o moderada y en padecimientos hemorragiparos.
- Disminorrea severa.
- Antecedentes de embarazo ectópico.
- Antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica.
- Infecciones del tracto genital.
- En el post-parto se deberá tener precaución en caso de enfermedad trofoblástica benigna(mola hidatidiforme.ruptura prematura de membranas y cuando la mujer se encuentre después de 48 horas y antes de 4 semanas posevento obstétrico)

Contraindicaciones:

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Anormalidades anatómicas incompatibles con la inserción del DIU
- Útero con histerometría menor de 6 cm.
- Cánceres cervicouterino, de endometrio o de ovario.
- Presencia de anemia severa.

- Infección uterina postevento obstétrico.
- Enfermedad inflamatoria pélvica o alguna enfermedad de transmisión sexual en los últimos tres meses.
- Alto riesgo de contraer enfermedades sexualmente transmisibles.
- Sangrado vaginal de etiología no determinada.
- Enfermedad trofoblástica gestacional(coriocarcinoma)
- Tuberculosis pélvica.

El DIU, es un método eficaz y seguro, proporcionando una protección del 98 a 99 %. Es idóneo para mujeres que desean regular su fertilidad con un método temporal de larga duración incluyendo al grupo adolescente. Después de la remoción del DIU, el retorno a la fertilidad es inmediato.

MÉTODOS DE BARRERA Y ESPERMICIDAS.

Los métodos de barrera son recursos anticonceptivos de uso temporal que interfieren la fecundación de manera mecánica o química, e impiden el paso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina, disminuyen el encuentro del óvulo con los espermatozoides. Son accesibles y fáciles de obtener, sin embargo los/las adolescentes requieren la información del modo de empleo y práctica en su empleo para garantizar el uso correcto.

Espemicidas.

Son sustancias químicas que impiden el paso de los espermatozoides al cerviz inactivándolos antes de que penetren al útero. Por lo general son surfactantes no iónicos como: nonoxinol-9, octocinol, mefengol. Pueden administrarse a través de diversos vehículos, a saber cremas, óvulos, espumas y aerosoles.

El excipiente actúa como un bloqueador mecánico del cuello del útero. La sustancia química que contiene actúa como un detergente iónico que da como resultado la inmovilización de los espermatozoides a través de la disrupción de su membrana celular.

En cada relación sexual, se coloca el espermicida en la parte profunda de la vagina y se espera un tiempo de 5-20 minutos para su desintegración dentro de ésta y posteriormente se indica la penetración. Si transcurre más de una hora desde su inserción hasta la relación sexual, es necesaria una segunda dosis del espermicida.

Su uso puede producir inflamación local en personas sensibles a los ingredientes de la formulación.

Bajo condiciones habituales de uso, brinda una buena protección anticonceptiva entre un 75 y 90 % de efectividad y puede potencializarse en asociación con los otros métodos de barrera.

El tiempo de protección anticonceptiva es de aproximadamente 1 hora.

Condón Masculino.

El condón masculino es uno de los anticonceptivos más antiguos y representa el método de barrera más usado en el ámbito mundial.

El condón masculino es una bolsa o funda que se aplica para cubrir el pené en erección y así evitar el paso de los espermatozoides y microorganismos al aparato reproductor femenino. También evita que los líquidos y

- Infección uterina postevento obstétrico.
- Enfermedad inflamatoria pélvica o alguna enfermedad de transmisión sexual en los últimos tres meses.
- Alto riesgo de contraer enfermedades sexualmente transmisibles.
- Sangrado vaginal de etiología no determinada.
- Enfermedad trofoblástica gestacional (coriocarcinoma)
- Tuberculosis pélvica.

El DIU, es un método eficaz y seguro, proporcionando una protección del 98 a 99 %. Es idóneo para mujeres que desean regular su fertilidad con un método temporal de larga duración incluyendo al grupo adolescente. Después de la remoción del DIU, el retorno a la fertilidad es inmediato.

MÉTODOS DE BARRERA Y ESPERMICIDAS.

Los métodos de barrera son recursos anticonceptivos de uso temporal que interfieren la fecundación de manera mecánica o química, e impiden el paso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina, disminuyen el encuentro del óvulo con los espermatozoides. Son accesibles y fáciles de obtener, sin embargo los/las adolescentes requieren la información del modo de empleo y práctica en su empleo para garantizar el uso correcto.

Espemicidas.

Son sustancias químicas que impiden el paso de los espermatozoides al cerviz inactivándolos antes de que penetren al útero. Por lo general son sufractantes no iónicos como: nonoxinol-9, octocinol, mafenol. Pueden administrarse a través de diversos vehículos, a saber cremas, óvulos, espumas y aerosoles.

El excipiente actúa como un bloqueador mecánico del cuello del útero. La sustancia química que contiene actúa como un detergente iónico que da como resultado la inmovilización de los espermatozoides a través de la disrupción de su membrana celular.

En cada relación sexual, se coloca el espermicida en la parte profunda de la vagina y se espera un tiempo de 5-20 minutos para su desintegración dentro de ésta y posteriormente se indica la penetración. Si transcurre más de una hora desde su inserción hasta la relación sexual, es necesaria una segunda dosis del espermicida.

Su uso puede producir inflamación local en personas sensibles a los ingredientes de la formulación.

Bajo condiciones habituales de uso, brinda una buena protección anticonceptiva entre un 75 y 90 % de efectividad y puede potencializarse en asociación con los otros métodos de barrera.

El tiempo de protección anticonceptiva es de aproximadamente 1 hora.

Condón Masculino.

El condón masculino es uno de los anticonceptivos más antiguos y representa el método de barrera más usado en el ámbito mundial.

El condón masculino es una bolsa o funda que se aplica para cubrir el pené en erección y así evitar el paso de los espermatozoides y microorganismos al aparato reproductor femenino. También evita que los líquidos y

microorganismos de la mujer tengan contacto con el pené. Actualmente la mayoría se fabrican de látex y algunos se acompañan de una sustancia espermicida como el nonoxinol-9 y el octocinol.

El condón masculino es un buen recurso preventivo para embarazo y las enfermedades de transmisión sexual, siempre y cuando los adolescentes lo utilicen de forma correcta y consistente. Las ventajas que tiene el condón es que permite la participación de pareja y, es de fácil disponibilidad.

Condón Femenino

Consiste en una funda de plástico suave que se ajusta holgadamente en la vagina, cuenta con un anillo flexible en cada extremo. Un anillo se encuentra en el extremo cerrado de la funda y sirve para insertarlo y fijarlo en el cuello uterino. El anillo exterior forma el borde del dispositivo y permanece fuera de la vagina después de la inserción, con lo cual protege los labios y el perineo y la base del pené durante el coito. Este diseño reduce el potencial de transferencia de organismos infecciosos entre los compañeros sexuales.

El condón puede ser insertado hasta 8 horas antes del coito. Es necesario emplear un nuevo condón en cada relación sexual.

No presenta efectos colaterales, y solamente esta contraindicado en aquellas mujeres con hipersensibilidad al poliuretano.

Este método brinda protección anticonceptiva de 79 a 98 % con el uso correcto y constante. Además también previene de enfermedades de transmisión sexual incluyendo el VIH.

Diafragma.

Es un dispositivo semiesférico elaborado con goma fina, provisto de un aro de metal flexible y recubierto de la misma goma cuya función es impedir en forma mecánica que el semen alcance el cerviz uterino. Previo a su colocación, se aplica crema o espermicida en la parte inferior de la cúpula y del borde, posteriormente se coloca el diafragma contra el cuello uterino de manera que la cavidad que contiene el espermicida cubra la apertura cervical, tocar alrededor del borde cervical para cerciorarse de que está completamente cubierto.

Se inserta hasta 6 horas antes del coito y se puede dejar hasta 24 horas. Es necesario aplicar espermicida antes de cada coito.

Existen 9 tamaños diferentes, basados en el diámetro circular que van de 50 a 90 mm con incrementos de 5 mm. Las medidas promedio son de 65, 70 y 75 mm. La medida promedio se determina por el examen cervico vaginal previo. Para su colocación adecuada, se requiere capacitación previa para evitar trastornos de la micción por desplazamiento uretral.

Las mujeres con infección de vías urinarias de repetición (candidiasis), no son buenas candidatas para el uso del diafragma.

Este método proporciona una protección de anticonceptiva del 82 %, acompañado de un espermicida y correctamente empleado. Este método no previene de enfermedades de transmisión sexual.

No se recomienda a las mujeres que son alérgicas al látex o a los espermicidas, o que tienen antecedentes del síndrome del choque tóxico, puede causar infecciones de vías urinarias. Tampoco se recomienda su uso en mujeres que tengan alguna malformación en el cuello uterino o vagina.

Métodos Naturales o de Abstinencia Periódica

Los llamados métodos naturales o de abstinencia periódica constituyen una opción para las mujeres que desean regular su fertilidad en forma temporal, y que no han aceptado utilizar un método anticonceptivo contemporáneo de alta efectividad. Estos métodos están fundamentados en el conocimiento de la pareja de los periodos fértiles e infértiles de la mujer, y que requieren de una gran motivación y participación activa de la pareja. El uso de estos métodos requiere de una capacitación a la pareja para la identificación de los cambios en la secreción del moco cervical, la temperatura basal y otros signos asociados al periodo fértil.

Los métodos naturales más usados son: el calendario, la temperatura basal y el moco cervical. En condiciones habituales de uso y con una adecuada preparación a la pareja, alcanza del 70 al 80%.

Métodos Permanentes

Consiste en técnicas quirúrgicas que evitan el embarazo en forma permanente. Se tienen como opciones la Oclusión Tubaria Bilateral para la mujer y la vasectomía para el hombre.

Oclusión Tubaria Bilateral(OTB)

Es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la oclusión bilateral de las trompas uterinas con el fin de evitar la fertilización.

La OTB o Salpingoclasia ejerce su efecto anticonceptivo para constituir una barrera mecánica que impide la interacción de los gametos(espermatozoides y óvulo) y por lo tanto la fertilización.

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor del 99 %.

Indicaciones:

Este procedimiento está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas que deseen un método permanente de anticoncepción en las siguientes condiciones:

- Paridad satisfecha.
- Razones médicas, en aquellas circunstancias en las que el embarazo represente un alto riesgo para la salud de la mujer.
- Retardo mental en cuyo caso se requiere el consentimiento informado de los padres o tutores.

Precauciones:

- Embarazo o sospecha de éste.
- Discrasias sanguíneas no controladas.
- Anemia severa.
- En el posparto, cuando el neonato presente problemas de salud que comprometan su supervivencia.
- Falta de movilidad uterina(adherencias y/ o bridas)

Contraindicaciones. : En la enfermedad pélvica inflamatoria activa.
Vasectomía Sin Bisturí.

Es un método anticonceptivo permanente para el hombre, consiste en el corte y obstrucción de los conductos deferentes con el fin de evitar el paso de los espermatozoides. Brinda una protección anticonceptiva mayor al 99 %.

Impide la fecundación al obstruir mecánicamente el paso de los espermatozoides a través de los conductos deferentes.

Indicaciones.

Este procedimiento esta indicado en hombres en edad fértil con vida sexual activa, que deseen un método anticonceptivo permanente en la siguientes condiciones:

- o Fecundidad satisfecha, cuando el hombre ha completado sus expectativas reproductivas.
- o Por razones médicas, cuando se pone en riesgo la vida de la pareja con otro embarazo o para evitar padecimientos transmitidos genéticamente.
- o En pacientes con retardo mental, en estos casos se requiere el consentimiento firmado de los padres o tutores.

Precauciones:

- o Infecciones del área operatoria. En estos casos se resolverá el problema dando el tratamiento específico.
- o Hidrocele. (masa intrínseca frecuente, producida por una acumulación excesiva de líquido estéril dentro de la túnica.
- o Varicocele(venas dilatadas y tortuosas en el escroto)
- o Filariosis.
- o Hernia inguino-escrotal.
- o Enfermedades hemorrágicas.
- o Diabetes descompensada.
- Hipertensión arterial no controlada.
- Cardiopatías recientes, enfermedades del corazón.
- Alergias a medicamentos o productos químicos(como yodopovidona durante la asepsia escrotal)
- Enfermedades de transmisión sexual agudas.
- Anemia severa. Menos de 9 g/dl de hemoglobina.

Contraindicaciones.

- Criptorquidia(descenso incompleto o inadecuado de uno o ambos testículos)
- Antecedentes de cirugía escrotal o testicular que haya dejado adherencias, fibrosis o cicatriz queloide.
- Disfunción eréctil.

El procedimiento no es eficaz de inmediato, por el almacenamiento de espermatozoides en las estructuras siguientes al corte del conducto deferente. Deben usarse métodos anticonceptivos temporales hasta ser dado de alta con espermatoconteo negativo. El examen se realiza obligatoriamente a todo usuario vasectomizado después de 25 eyaculaciones o a los tres meses de efectuada la cirugía.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA.

Los métodos de emergencia se definen como métodos que se utilizan para prevenir un embarazo no deseado después de una relación sexual no protegida. No pueden interferir con un embarazo ya establecido por lo que no deben ni pueden ser considerados métodos abortivos. Las mujeres que no utilizaron ningún método en una determinada relación sexual o las mujeres que experimentaron una falla o accidente anticonceptivo todavía tienen un último recurso anticonceptivo de emergencia para prevenir un embarazo no deseado.

Las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAEs combinadas 8 regímen de yuzpe) estas se deberán administrar adentro de las primeras 72 horas (3 días) En los países donde no existe un producto específicamente diseñado para anticoncepción de emergencia, se puede utilizar las pastillas anticonceptivas de uso normal (siempre y cuando contengan L-Norgestrel), ya sean de dosis altas de estrógenos (50 microgramos, Eugynon, Nordiol, Neogynon) o de dosis bajas (30 microgramos (Lofeminal, Microgynon, Nordiol).

Se utiliza las pastillas de dosis altas, se deberán administrar 2 tabletas juntas lo más pronto posible después del coito y no más allá de 72 horas y 2 pastillas más 12 horas después de la primera dosis.

Mecanismo de acción. Se desconocen con exactitud.
Su efectividad anticonceptiva es del 75 a 80 %.

Indicaciones:

- Las indicaciones para el uso de la anticoncepción de emergencia incluye todas aquellas situaciones en las cuales se requiere prevenir un embarazo después de un acto sexual sin protección anticonceptiva.
- Una indicación impredecible son los casos de violación, o cualquier relación sexual ejercida con violencia, física o psicológica.
- Una segunda indicación son todos aquellos casos de uso incorrecto o falla de un método anticonceptivo. Ejemplo. Ruptura del condón, deslizamiento del diafragma, olvido de las pastillas, cálculo equivocado de la fecha de inyección, accidentes en cálculo en método del ritmo, etc.
- Ventajas.

La anticoncepción de emergencia es el único método que puede ser usado después de la relación sexual, en caso de coito no planeado, de violencia sexual o falla o error anticonceptivo. Es el último recurso anticonceptivo disponible ante un embarazo no deseado.

Otra ventaja importante es la ausencia de contraindicaciones médicas absolutas o relativas para uso ocasional. Inclusive aquellas mujeres que presentan patologías consideradas contraindicaciones al uso de las pastillas anticonceptivas ordinarias (específicamente patologías cardíacas o vasculares, tipo tromboembólicas), pueden utilizar PAEs en caso de emergencia. Hay estudios clínicos que demuestran que la administración de estas dosis hormonales, relativamente altas pero muy limitadas en el tiempo, no es capaz de modificar los factores de coagulación en usuarias ocasionales.

Desventajas.

- No protege de las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA.
- Causa una mayor incidencia de efectos colaterales (náusea, vómito) que las pastillas anticonceptivas de uso normal.

18.- Alan H. De Cherney,
Maartin L. Fernoll.
Diagnostico y tratamiento,
Enfermedades de Transmisión Sexual,
7° Edición, México,
Editorial Moderno, 1995,
PP 949-958

19.- Williams,
Cunningham,
Mc Donald,
Gant,
Leveno,
Gilstrap,
OBSTETRICIA,
Enfermedades de Transmisión Sexual,
4° Edición, México,
Editorial Mason, 1996,
pp. 1282-1287, 1291-1292, 1290-1291, 1287-1290.

20.- J.J. Vilata.
Enfermedades de Transmisión Sexual.
Candidiasis, Pediculosis, Scabiasis, SIDA.
Editorial J.Prous Editores.
Barcelona España 1998.
pp. 313 – 337, 431-440, 451-458.

21.- Secretaria de Salud
Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades
Dirección General de Stud Reproductiva
"Manual de Prevención del Embarazo No Planeado en la Adolescencia"
pp. 34-70

ANÁLISIS , DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Dentro de la forma de realizar la descripción, análisis e interpretación de los resultados cabe señalar que existen las etapas de diagnóstico de necesidades, aplicación del programa en base a las necesidades obtenidas, por medio de un cuestionario piloto , el cual fue una herramienta muy útil, por que además de proyectar las necesidades de conocimiento,nos permitió, conocer la amplitud cada uno de los bloques y así de esta forma llevar a la impartición de cada tema.

Cabe señalar que los resultados descritos en los cuadros 2,3,4 y 5. fueron utilizados para detectar las necesidades de conocimiento por medio de un cuestionario de 9 preguntas abiertas, utilizando los criterios de calificación: de buen conocimiento,insuficiente conocimiento,suficiente conocimiento y deficiente conocimiento, así como los porcentajes y el numero de encuestados, son solo una muestra la cual significa la prueba piloto, permitió generalizar la situación actual de los adolescentes sobre los temas de sexualidad, que cursan el tercer grado de la secundaria No.52 de San Pedro Atocpan Milpa Alta.

Para los siguientes cuadros que son : 6,7,8,9,10,11,12 y 13. se refieren a la situación obtenida después de aplicar el programa de educación sexual a todos los grupos del tercer grado de dicha secundaria, con el fin de que todos los alumnos conocieran la información adecuada por cada bloque, así como reforzar los conocimientos que ya tenían.

Para la evaluación final y como herramienta practica e útil se utilizo un cuestionario de 28 preguntas cerradas , el cual describió en porcentajes los resultados obtenidos, así como se dividió en bloques , se utilizaron dentro del cuestionario los criterios de evaluación de buen conocimiento y deficiente conocimiento, con esto se pudo determinar la población que alcanzo el buen conocimiento así como la que obtuvo el deficiente conocimiento tanto en hombres como en mujeres.

A continuación se presentan cada cuadro así como su descripción, análisis e interpretación de cada resultado.

MUESTRA POR GRUPO ESCOLAR Y SEXO					
Grupo 3ro A			Grupo 3ro B		
Sexo	Número de personas	Porcentaje	Sexo	Número de personas	Porcentaje
Femenino	12	7.9%	Femenino	19	12.5%
Masculino	16	10.5%	Masculino	12	7.9%
Total	28	18.4%	Total	31	20.4%
Grupo 3ro C			Grupo 3ro D		
Sexo	Número de personas	Porcentaje	Sexo	Número de personas	Porcentaje
Femenino	17	11.2%	Femenino	13	8.6%
Masculino	15	9.9%	Masculino	19	12.5%
Total	32	21.1%	Total	32	21.1%
Grupo 3ro E			Datos Gener.		
Sexo	Número de personas	Porcentaje	Sexo	Número de personas	Porcentaje
Femenino	14	9.2%	Femenino	75	49.3%
Masculino	15	9.9%	Masculino	77	50.7%
Total	29	19.1%	Total	152	100.0%
FUENTE: ALUMNOS DE TERCER GRADO INSCRITOS EN LA SECUNDARIA N° 52 DE SAN PEDRO ATOCPAN					
CUADRO - 01					

La distribución por sexo de la muestra de estudio es: 75 mujeres que representa el 49.5% y 77 hombres que representa el 50.5% de una población de 152 alumnos de tercer grado de secundaria.

Es importante mencionar que existe una relación de una mujer por cada tres hombres. Esto es un factor determinante para el estudio de los temas sobre sexualidad, embarazo en adolescentes, Enfermedades de transmisión sexual y SIDA, ya que la población de mujeres por influencia cultural puede presentar una menor participación, de tal manera que por sentirse cohibidas o con pena y posiblemente no tener la confianza durante las sesiones, se reflejan en los resultados esperados en el programa de educación sexual.

Es importante señalar, que las condiciones fueron aceptables y se logró la participación de todos los alumnos durante el programa de educación sexual. La atención fue consistente y por ello se analizan bien adecuadamente y sin prejuicios los temas en una dinámica que favoreció profundizar en los conocimientos y su relación con la realidad.

INSPECIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LA MUESTRA PREVIOS AL PROGRAMA

Datos estadísticos previos: 30 Mujeres

Numero de pregunta	Opciones de respuesta	Buen conocimiento	Suficiente conocimiento	Insuficiente conocimiento	Deficiente conocimiento	Respuestas totales
1	-	4	6	6	14	30
2	-	5	0	7	18	30
3	-	4	7	5	14	30
4	-	0	0	2	28	30
5	-	1	0	0	29	30
6	-	10	0	1	19	30
7	-	9	0	2	19	30
8	-	3	0	0	27	30
9	-	7	0	1	22	30
Totales		43	13	24	190	270



	10	de 8 a 9	de 5 a 7	de 0 a 4	
	Buen conocimiento	Suficiente conocimiento	Insuficiente conocimiento	Deficiente conocimiento	-
	15.9%	4.8%	8.9%	70.4%	100.0%

FUENTE: MUESTRA ALEATORIA (TREINTA ALUMNAS DE LA SECUNDARIA N° 52 INSCRITAS EN EL TERCER GRADO)

CUADRO 02

Los resultados mostrados después de aplicar el cuestionario previo a 30 mujeres como un medio de diagnóstico para detectar las necesidades de conocimiento en los temas de pubertad, proceso reproductivo, sexualidad y juventud, SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual, Embarazo Adolescente y Métodos Anticoncepción, arrojan que hay un 16.% de Buen conocimiento, en general mientras que el 70.4% de deficiente conocimiento en general.

Pero cabe señalar que en la pregunta N. 4 que se relaciona con el tema de sexualidad, existió una frecuencia de 2 personas que alcanzan un Insuficiente conocimiento, mientras que el resto que fueron 28 personas obtuvieron un deficiente conocimiento, se refleja que la mayoría de las mujeres no conocen el tema, pero mientras que en la pregunta No.6 que se refiere a embarazo adolescente, hubo 10 mujeres que obtuvieron buen conocimiento, y las 20 restantes tiene deficiente conocimiento, esto demuestra que tienen una idea de la edad para embarazarse, pero hay factores existentes como de costumbres(que se casen a temprana edad) de la comunidad que pueden adelantar o tener un embarazo precoz.

Como puede apreciarse en la pregunta N.7 que se trata de los métodos de anticoncepción, 9 alumnas obtuvieron un buen conocimiento mientras que las 21 restantes no conocen los métodos de anticoncepción básicos o los mas mencionados, esto es alarmante y de importancia para el estudio ya que la mayoría de los embarazos en adolescentes son producto de no utilizar un método de anticoncepción adecuado, por alguno de los dos en este caso las mujeres.


También es de importancia señalar lo que arroja la pregunta N. 9 que se refiere a SIDA, la cual nos dice que 7 alumnas obtuvieron buen conocimiento, o conocen lo básico del tema, pero las 23 restantes no conocen ni cuentan con el conocimiento del tema.

La pregunta No. 5(sexualidad) referente a sexualidad nos muestra que una persona obtuvo un buen conocimiento mientras que 29 personas tuvieron deficiente conocimiento, con esto se afirma que no conocen el tema de sexualidad, así como su finalidad y objetivo. Como pareja dicha pregunta, es importante para la investigación ya que es prioritario mejorar y reforzar sus conocimientos en dicho tema.

Pregunta No.8 referente a Enfermedades de Transmisión Sexual, nos arroja los siguientes resultados, que solo tres personas obtuvieron un buen conocimiento, y 27 personas tuvieron deficiente conocimiento, esto nos

demuestra que a pesar de los medios de comunicación que promueven los métodos anticonceptivos, los adolescentes hacen más caso de los mitos y fantasías que emplea la gente que no conocen del tema.

El criterio de evaluación que se empleo en el cuestionario previo o diagnóstico es de : 10 puntos que corresponden al buen conocimiento; 8-9 puntos que representan el suficiente conocimiento, de 5-7 puntos que tienen el valor de insuficiente; y de 0-4 puntos que se considero con deficiente conocimiento.

INPECIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LA MUESTRA PREVIOS AL PROGRAMA						
Datos estadísticos previos: 30 Hombres						
Número de pregunta	Opciones de respuesta	Buen conocimiento	Suficiente conocimiento	Insuficiente conocimiento	Deficiente conocimiento	Respuestas totales
1	-	5	4	9	12	30
2	-	2	0	1	27	30
3	-	2	5	12	11	30
4	-	0	0	0	30	30
5	-	1	0	0	29	30
6	-	14	0	1	15	30
7	-	4	0	1	25	30
8	-	0	0	1	29	30
9	-	2	0	1	27	30
Totales		30	9	26	205	270
		Criterios de Evaluación				
		10 Buen conocimiento	de 8 a 9 Suficiente conocimiento	de 5 a 7 Insuficiente conocimiento	de 0 a 4 Deficiente conocimiento	-
		11.1%	3.3%	9.6%	75.9%	100.0%

FUENTE: MUESTRA ALEATORIA (TREINTA ALUMNOS DE LA SECUNDARIA N° 52 INSCRITOS EN EL TERCER GRADO)

CUADRO 03

Los resultados mostrados después de aplicar un cuestionario previo a 30 Hombres, utilizando los mismos criterios de evaluación señalados en el cuadro 2, con el objetivo de conocer sus necesidades de conocimiento en los temas de Pubertad, proceso reproductivo, Sexualidad y juventud, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, embarazo adolescente, y métodos de anticoncepción. Muestran que hay un 11.1% de buen conocimiento general, y un 76.% de deficiente conocimiento en general.

Cabe señalar que la pregunta N.4 que comprende el tema de sexualidad y, es alarmante ya que el buen conocimiento fue 0 alumnos y 30 alumnos obtuvo deficiente con esto se puede decir, todos los alumnos no conocen el tema, pero con diferencia se encuentra la pregunta No. 6 de Embarazo, la cual hubo 14 que obtuvieron buen conocimiento, y 16 alumnos tienen deficiente conocimiento, esto nos hace considerar que tienen bien establecido la edad en que pueden embarazarse, pero no quedan exentos ya que hay factores socioculturales los cuales puedan desencadenar un embarazo precoz.

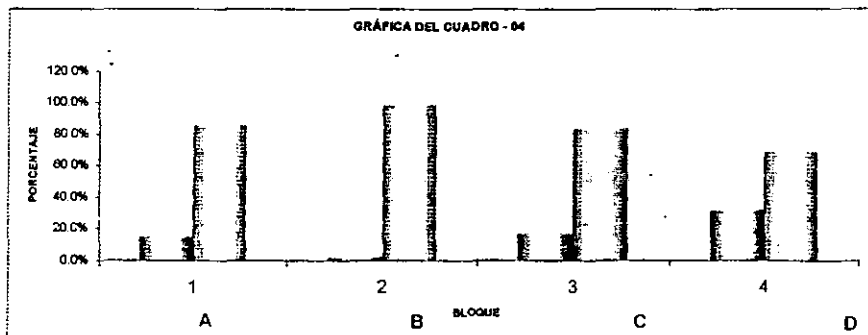
Así como también la pregunta N.5(se refiere a sexualidad), y 8(referente a Enfermedades de Transmisión sexual) se observa que solo un alumno obtuvo buen conocimiento, mientras que los 29 restantes obtuvieron deficiente conocimiento esto habla de que la mayoría desconoce los métodos de anticoncepción así como de las enfermedades de transmisión sexual, si bien es cierto que los medios de comunicación han influido en la difusión de los métodos es muy claro que los adolescentes se inclinan por solo conocer los preservativos pero lo alarmante es que solo saben las marcas y colores y hasta fantasías se crean por dicho método, pero la verdad que eso no es lo que deberían de aprender por que no solo se deben de conformar en conocerlo si no que deberían saber cual es su funcionamiento adecuando y por su puesto cuales son los mas adecuado para sus necesidades.

En la pregunta No. 9 se refiere a SIDA, son dos personas que obtuvieron buen conocimiento y 27 de deficiente conocimiento, esto manifiesta que los adolescentes no conocen los distintos tipos de métodos existentes como tampoco su funcionamiento y manera de uso.

RESULTADOS GENERALES DEL CUESTIONARIO PREVIO (SEXO FEMENINO)					
Bloques	Tema	Preguntas	Opciones de respuesta		Respuestas totales
			Buen conocimiento	Deficiente conocimiento	
A	Pubertad Proceso reproductivo	1	4	26	30
		2	5	25	30
		3	4	26	30
	Subtotales	-	13	77	90
Porcentajes	-	14.4%	85.6%	100.0%	
B	Sexualidad	4	0	30	30
		5	1	29	30
	Subtotales	-	1	59	60
	Porcentajes	-	1.7%	98.3%	100.0%
C	VIH	8	3	27	30
		9	7	23	30
	Subtotales	-	10	50	60
	Porcentajes	-	16.7%	83.3%	100.0%
D	Embarazo en adolescente	6	10	20	30
		7	9	21	30
	Subtotales	-	19	41	60
	Porcentajes	-	31.7%	68.3%	100.0%

FUENTE: MUESTRA ALEATORIA (TREINTA ALUMNAS DE LA SECUNDARIA N° 52 INSCRITAS EN EL TERCER GRADO)

CUADRO - 04



En el cuadro No. 4 se agrupa en bloques las preguntas del cuestionario previo, con el fin de conocer las necesidades de los alumnos y evaluarlas de una forma más practica.

Los criterios empleados son de buen conocimiento(10 puntos), y deficiente conocimiento(0-5 puntos), en tanto que los criterios de insuficiente conocimiento y suficiente conocimiento, quedan excluidos , por que sus respuestas no fueron acertadas satisfactoriamente, por lo que son incluidas en el deficiente conocimiento.

Podemos observar en el bloque A (pubertad y proceso reproductivo) que la muestra son (30 personas) indica en un 85.6% el numero de alumnas que tienen un deficiente conocimiento del tema y solo el 14.4% posee un buen conocimiento . esto puede ser a consecuencia entre otros factores : 1) al poco interés de las alumnas hacia esta información, 2) un mínimo de aprendizaje significativo percibido del tema tanto en la primaria como en los 2 años cursados hasta el momento de la aplicación del cuestionario y 3) que la familia de cada adolescente objeto del estudio ha evadido y no tiene bases para cumplir con esta función educadora .

Por tanto el conocimiento (poco profundo) que posee la muestra , es adquirido en su mayor parte : 1) en el caso de pubertad, al mismo tiempo en el que se está gestando dicha etapa. 2) y algo similar ocurre en el proceso reproductivo. Por último en relación a este bloque mencionaremos que dichas adolescentes muestran cierta pena y vergüenza al hablara de estos temas, no así al conversar de tipos y de marcas de toallas sanitarias , quizás por hecho psicológico-social que representa entre su grupo de amigos o sociedad y no así de los temas aquí tratados.

En el bloque B encontramos que en un 98.3% de la muestra tiene un conocimiento deficiente del tema de sexualidad y juventud y solo el 1.7% (que representa a una persona) dice tener un buen conocimiento. Es increíble que las adolescentes estén por entrar a su juventud y no tengan al menos nociones de su significado.

Como pueden saber como actuar o comportarse si no conocen su ubicación biológica-psicológica-social. En cuanto a la sexualidad solo opone en sus mentes como fotografía del acto sexual y su contexto emocional, físico, razonado, de no tomado en cuenta, sin embargo en el bloque C , referente a los temas de Virus de Insuficiencia Adquirida, SIDA y Enfermedades de transmisión sexual, el 31.6% de la muestra (30 personas) posee buen conocimiento del tema, por lo cual debemos que lo preocupante para los adolescentes es como evitar las consecuencias biológicas negativas, por tanto su preocupación para comprender su sexualidad quizás inducido por comportamiento de sus progenitores o allegados.

Regresando al Bloque C y en cuanto al porcentaje de % contra el 68.4% ,podemos afirmar que existe una mayor atención hacia evitar pero no conocer. Ya que este porcentaje es el mas alto en la respuesta de buen conocimiento de todo el cuadro, lo cual refuerza el análisis anterior. Es importante recalcar que el virus de insuficiencia adquirida tiene mayor presencia en la mente de los adolescentes que otro tipo de enfermedades de transmisión sexual.

En el bloque D encontramos que el 16.65% de la muestra tiene un buen conocimiento de los temas de Embarazo Adolescente y Métodos Anticonceptivos, y el 83.4% tiene deficiente conocimiento. Los adolescentes muestran indiferencia hacia este tópico radicando su seguridad en el uso del condón y diciendo ¡Ay! a mi nunca me van a embarazar antes de casarme . Pese a la gran variedad de instrumentos de anticoncepción, estos nunca tienen una demanda en su manejo de investigar algo hacia ellos.

En base a los bloques A, B, C, y D tenemos:

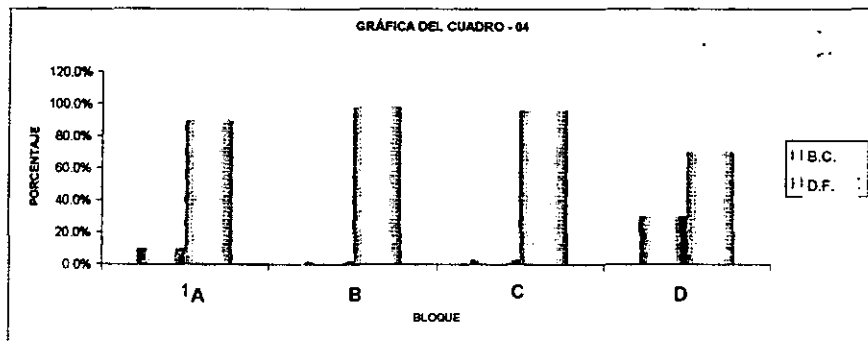
- 1) Podemos afirmar que el adolescentes que cursan el tercer grado de secundaria , que radique y estudie dentro del distrito federal, tiene menor ignorancia que aquellas que habitan y estudian en la periferia de dicho lugar.
- 2) La vergüenza o pena son impedimento al conocimiento y divulgación de los temas aquí tratados .
- 3) Las costumbres , valores y tradiciones del entorno familiar tienen un impacto primordial en la educación sexual de las adolescentes , pero en mayor de los casos no tienen bases firmes y ciertas.

RESULTADOS GENERALES DEL CUESTIONARIO PREVIO (SEXO MASCULINO)

Bloques	Tema	Preguntas	Opciones de respuesta		Respuestas totales
			Buen conocimiento	Deficiente conocimiento	
A	Pubertad	1	5	25	30
	Proceso reproductivo	2	2	28	30
		3	2	28	30
	Subtotales	-	9	81	90
	Porcentajes	-	10.0%	90.0%	100.0%
B	Sexualidad	4	0	30	30
	Juventud	5	1	29	30
	Subtotales	-	1	59	60
	Porcentajes	-	1.7%	98.3%	100.0%
C	VIH	8	0	30	30
	E.T.S.	9	2	28	30
	Subtotales	-	2	58	60
	Porcentajes	-	3.3%	96.7%	100.0%
D	Embarazo en adolescente	6	14	16	30
	Anticoncepción	7	4	26	30
	Subtotales	-	18	42	60
	Porcentajes	-	30.0%	70.0%	100.0%

FUENTE: MUESTRA ALEATORIA (TREINTA ALUMNOS DE LA SECUNDARIA N° 52 INSCRITAS EN EL TERCER GRADO)

CUADRO - 03



D.F. DEFICIENTE CONOCIMIENTO

B.C. BUEN CONOCIMIENTO

Cuadro No. 5 . la evaluación previa de conocimientos en sexualidad, enfermedades de transmisión sexual, embarazo adolescente, Métodos anticonceptivos y SIDA, fue realizada a través de un cuestionario de 9 preguntas abiertas a 30 hombres de secundaria del tercer grado.

Los resultados muestran un deficiente conocimiento en los bloques A, B, C, y D. Estos conocimientos están influidos por diversos factores : culturales, sociales, psicológicos etc.

1) Es importante señalar que el bloque B. El cual se refiere a la sexualidad y juventud tienen un porcentaje de conocimientos erróneos, confusos y en la mayoría de los casos es nulo, dicho bloque es de importancia para el estudio ya que dentro de los objetivos planteados es mejorar y reforzar los conocimientos sobre su sexualidad.

2) En el bloque C que corresponde a enfermedades de transmisión sexual y SIDA, un porcentaje de 96.7 % de aprendizaje erróneo, y deficiente, esto se refleja en que los alumnos no conocen las enfermedades de transmisión sexual y el síndrome de Inmunodeficiencia adquirida, esto es de tomarse en cuenta para impartir los temas, se tendrá cuidado ya que estos conocimientos transmitidos tendrán la finalidad de concienciar, orientar y mejorar su salud reproductiva en un futuro. Y sobre todo que en el mayor de los casos tanto hombres como mujeres adolescentes tienen factores predisponentes como la inexperiencia, ignorancia al tener su primer contacto sexual, sin protección, también influye la cultura machista que muestra la comunidad, obliga que los hombres tengan contactos sexuales con mujeres sin responsabilidad y sin protección.

3) Para el bloque A. que representa a pubertad y proceso reproductivo. Los resultados arrojan que existe un 90. % de deficiente conocimiento, y esto afirma que no reconocen bien sus órganos sexuales reproductivos y solo 9 personas tienen una idea de los cuales son los órganos reproductivos, pero no saben como funcionan, por que ocurren los cambios, y sobre todo se crean mitos sobre estos cambios, dichos mitos conducen a tener contactos sexuales confusos, es por eso que como primer bloque se pondrá énfasis mucho mayor para los temas, correspondientes y su impartición se dará de una forma mas profunda de los común a ellos conocen de otra forma clara, que los alumnos al finalizar el curso se pretenda obtener un conocimiento adecuado, para enfrentar sus actos sexuales con responsabilidad como pareja.

4) También es importante señalar que en el bloque D "Embarazo adolescente y anticoncepción". Muestra los resultados que tienen un 70. % en deficiente conocimiento, esto se traduce que quizás estén confundidos, ya que pueden saber la edad para embarazarse, y también la edad para casarse, pero en relación a los métodos anticonceptivos, no los conocen bien y los que conocen no saben su funcionamiento correcto y su técnica adecuada, es este un factor de vital importancia, ya que en un futuro, tendrán que utilizar algún método no solo para evitar un embarazo, sino para planificar su familia y sobre todo para evitar contraer una enfermedad de transmisión sexual, y podrán tener un conocimiento adecuado para tener una salud reproductiva mas adecuada y responsable.

RESULTADOS DESPUES DE APLICAR EL PROGRAMA EN EL SEXO FEMENINO.

Bloques	Tema	Preguntas	Opciones de respuesta		Respuestas totales
			Buen conocimiento	Deficiente conocimiento	
A	Pubertad Proceso reproductivo	1	67	8	75
		2	71	4	75
		3	63	12	75
		4	73	2	75
		5	70	5	75
		7	63	12	75
		8	57	18	75
		Subtotales	-	464	61
Porcentajes	-	88.4%	11.6%	100.0%	
B	Sexualidad Juventud	6	65	10	75
		12	64	11	75
		15	59	16	75
		16	63	12	75
		18	65	10	75
		19	63	12	75
		20	64	11	75
		24	61	14	75
		25	58	17	75
		26	59	16	75
		27	62	13	75
		Subtotales	-	683	142
Porcentajes	-	82.8%	17.2%	100.0%	
C	VIH E.T.S.	9	66	9	75
		10	64	11	75
		13	63	12	75
		14	63	12	75
Subtotales	-	256	44	300	
Porcentajes	-	85.3%	14.7%	100.0%	
D	Embarazo en adolescente Anticoncepción	7	63	12	75
		11	64	11	75
		21	60	15	75
		22	70	5	75
		23	63	12	75
		28	66	9	75
Subtotales	-	386	64	450	
Porcentajes	-	85.8%	14.2%	100.0%	

FUENTE: 75 ALUMNIAS DE LA SECUNDARIA N° 52 INSCRITAS EN EL TERCER GRADO

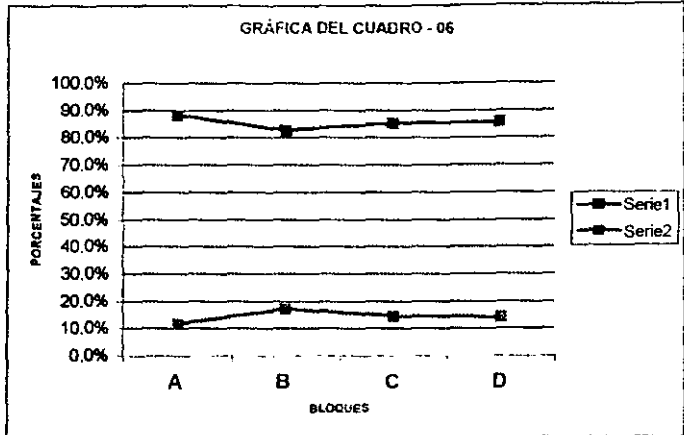
CUADRO - 08

Se aplico la cedula de 28 preguntas cerradas a 75 mujeres de tercer grado del turno matutino, después de haber llevado a cabo la impartición del programa de educación sexual.

Dentro de los resultados generales encontramos que el 85.2% obtuvo buen conocimiento en todos los temas, mientras que el 14.8% tuvo conocimiento deficiente, quizás debido por la ausencia de algunos alumnos a diferentes sesiones del curso.

Cabe señalar que el bloque de Sexualidad, se mejoraron los conocimientos y se reforzaron algunos que ya conocían esto es de importancia que por que enfrentaran su sexualidad con mayor seguridad, conciencia y también se puede decir que con mayor responsabilidad.

También se observa que en temas de enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos, se presentó una confusión (los métodos anticonceptivos son utilizados con la autorización del varón y no de la mujer; la mujer no tiene el derecho de gozar y participar en la relación sexual es decir solo es un "objeto sexual") puesto que algunas alumnas presentaron mayor dificultad en asimilar estos temas (enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos) por sus condiciones culturales que la sociedad en sí les ha estado transmitiendo, esto originó que también se enfrentaran a otra forma de ver los temas, también esto repercutió en los resultados ya que fueron de un 14,8% de deficiencia y este no pudo ser menor. Esto se traduce como que el aprendizaje que lograron tener los alumnos fue más



adecuado para enfrentarse a su adolescencia y sus riesgos propios de dicha etapa los cuales se pretende que serán menos porque tienen los elementos básicos para determinada situación sexual tendrán la capacidad de tomar la decisión más adecuada según la necesidad.

También cabe señalar que al finalizar el programa de educación sexual se lograron cubrir en su mayor parte las necesidades prioritarias que tenían los adolescentes en su momento, como reforzar su conocimiento en temas de pubertad, métodos anticonceptivos, así como de su funcionamiento y su técnica correcta, que quizás se veían influidos por sus costumbres que por lo cual no se lograba dar el tema con la mayor confianza y seguridad por dicho factor, se pretende que en estudios futuros profundice aun más en dichos temas.

RESULTADOS DESPUÉS DE APLICAR EL PROGRAMA EN EL SEXO MASCULINO.

Bloques	Tema	Preguntas	Opciones de respuesta		Respuestas totales
			Buen conocimiento	Deficiente conocimiento	
A	Pubertad Proceso reproductivo	1	72	5	77
		2	74	3	77
		3	61	16	77
		4	75	2	77
		5	70	7	77
		7	57	20	77
		8	56	21	77
		Subtotales	-	465	74
Porcentajes	-	86.3%	13.7%	100.0%	
B	Sexualidad Juventud	6	70	7	77
		12	55	22	77
		15	59	18	77
		16	66	11	77
		18	70	7	77
		19	70	7	77
		20	69	8	77
		24	56	21	77
		25	53	24	77
		26	54	23	77
		27	60	17	77
Subtotales	-	682	165	847	
Porcentajes	-	80.5%	19.5%	100.0%	
C	VIH E.T.S.	9	61	16	77
		10	65	12	77
		13	60	17	77
		14	68	9	77
Subtotales	-	254	54	308	
Porcentajes	-	82.5%	17.5%	100.0%	
D	Embarazo en adolescente Anticoncepción	7	57	20	77
		11	61	16	77
		21	66	11	77
		22	72	5	77
		23	65	12	77
		28	63	14	77
Subtotales	-	384	78	462	
Porcentajes	-	83.1%	16.9%	100.0%	

FUENTE: 77 ALUMNOS DE LA SECUNDARIA N° 52 INSCRITAS EN EL TERCER GRADO

CUADRO - 07

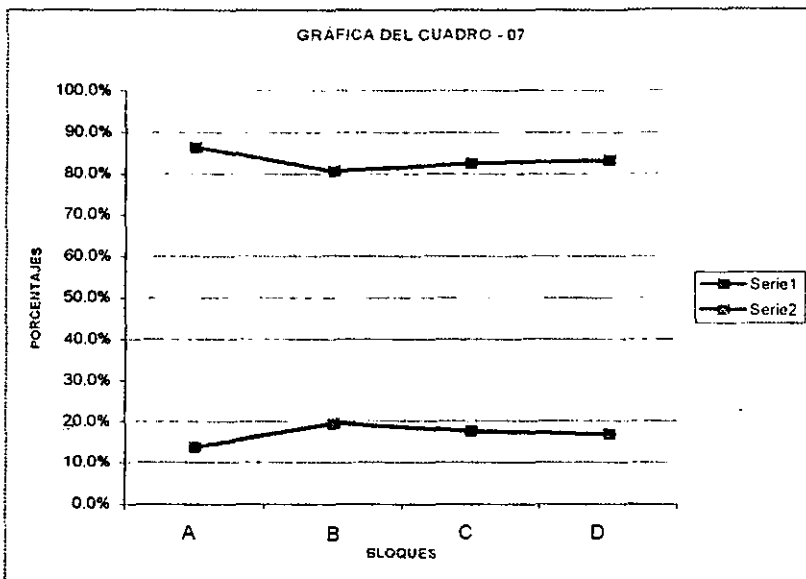
Este cuadro nos muestra la evaluación del cuestionario final en relación bloques que son : a) Pubertad y proceso reproductivo, en donde encontramos que se obtuvo , un puntaje como mínimo de 56 de 77 puntos totales, con respecto a la pregunta N.8 que corresponde a proceso reproductivo y un masculino de 75 de 77 en relación con la pregunta N.4 relacionada a la pubertad, lo cual nos habla de que el programa de educación sexual fue de beneficio a los alumnos, puesto que aprendieron información nueva, eliminaron tabúes , y mejoraron conocimientos que tenían.

El bloque de B) sexualidad y juventud muestra que el 80.5% de la población masculina obtuvo buen conocimiento en el cuestionario final destacando en las preguntas N,6(sexualidad.18 y 19(embrazo). con 70 puntos cada una de un total de 77.

Es importante mencionar que en el tema de sexualidad, el conocimiento de los alumnos respecto a esta era mala, y después de la aplicación del programase elevo considerablemente(más del 50%) , además su mayor porcentaje de la población algunos tabúes que existían entre ellos.

En el bloque de c) SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual, se destaca que un 82.5% de la población masculina obtuvo buen conocimiento después de haber sido aplicado el programa de educación sexual. En donde se observa el puntaje mas bajo de 60 en la pregunta 13(enfermedades de transmisión sexual) y el máximo de 68 de 77, se recalca que

los adolescentes en su afán por experimentar nuevas sensaciones no se informan adecuadamente sobre los riesgos que pueden tener una relación sexual, en donde el mayor porcentaje sabia que la mejor forma



de prevenir una enfermedad de transmisión sexual o venérea o el SIDA es utilizar el condón o preservativo , pero su manera de usarlo , sus precauciones y cuidados los desconocían por tal motivo el mayor porcentaje de los alumnos dedico extrema atención durante este lapso de la sesión impartida.

También se hizo mención que la mejor forma de prevenir las enfermedades de transmisión sexualmente es la abstinencia . se empleo la técnica del buzón para responder las preguntas que tuvieran respecto al tema. Se dio confianza y hubo una gran participación de alumnos para escribir su dudas, que fueron respondidas e incluso se aclararon con respeto , seriedad y profesionalismo explicando con lenguaje sencillo .

En el bloque de D) Embarazo adolescente y anticoncepción en dicho bloque muestra que el 83.1% de los alumnos del sexo masculino obtuvieron buen conocimiento. En el cuestionario final en donde se observo que el puntaje de 57 en la pregunta 22(métodos anticonceptivos) que es el mínimo y el máximo puntaje es de 72 de un total de 77. esto refleja el resultado aprovechamiento de los alumnos haber recibido el programa de educación sexual. Se destaca que algunos alumnos consideraban que los niños los traía la cigüeña y que la mujer entre mas hijos tenga es de buena calidad, se enfatizo mucho en este tema y se erradicaron algunos tabúes que llegaron a relucir , se explico la importancia de la planificación familiar, y de los riesgos que pueden correr la madre si no planifica junto con su pareja la familia a tener.

Se observo también que los alumnos ponen énfasis en los métodos de anticoncepción, por tanto se puede deducir que tienen el conocimiento de poder aplicar estos métodos en beneficio de su pareja y su salud , siempre y cuando estén bajo supervisión del profesional de la salud.

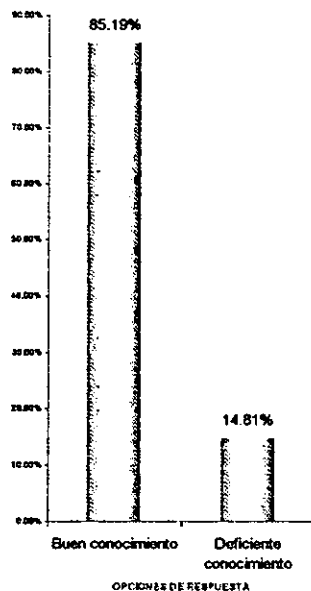
RESULTADOS DEL CUESTIONARIO FINAL SEXO FEMENINO

Pregunta	Opciones de respuesta		Respuestas totales
	Buen conocimiento	Deficiente conocimiento	
1	67	8	75
2	71	4	75
3	63	12	75
4	73	2	75
5	70	5	75
6	65	10	75
7	63	12	75
8	57	18	75
9	66	9	75
10	64	11	75
11	64	11	75
12	64	11	75
13	63	12	75
14	63	12	75
15	59	16	75
16	63	12	75
17	63	12	75
18	65	10	75
19	63	12	75
20	64	11	75
21	60	15	75
22	70	5	75
23	63	12	75
24	61	14	75
25	58	17	75
26	59	16	75
27	62	13	75
28	66	9	75
Total	1789	311	2100
Porcenta	85.19%	14.81%	100.00%

FUENTE: 75 ALUMNAS DE LA SECUNDARIA N° 52 INSCRITAS EN EL TERCER GRADO.

CUADRO - 08

GRÁFICA DEL CUADRO - 08



Evaluación final para el sexo femenino , utilizando el criterio de Buen conocimiento y Deficiente conocimiento. Se aplico la cedula de 28 preguntas cerradas a 75 mujeres de tercer grado del turno matutino , después de haber llevado a cabo la impartición del programa de educación sexual.

Dentro de los resultados generales encontramos que el 85.2% obtuvo buen conocimiento en todos los temas mientras que el 14.8% tuvo un conocimiento deficiente en general, quizás debido por la ausencia de algunas alumnas a diferentes sesiones del curso.

Cabe señalar que en la pregunta N.4(que se refiere a pubertad) se obtuvieron los puntajes mas altos de esta evaluación final del sexo femenino(ya que de 75 mujeres , 73 alumnas respondieron correctamente dicha pregunta esto nos habla que reafirmaron sus conocimientos sobre pubertad.

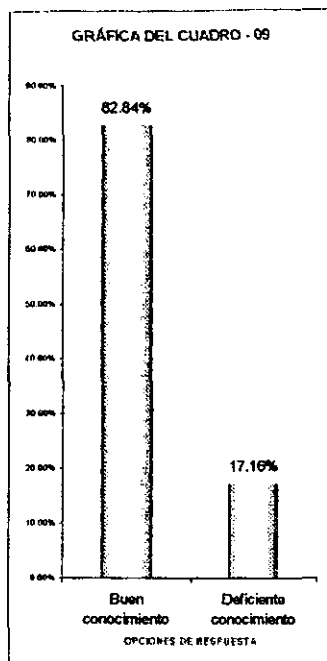
También es importante aunque en forma contraria señalar la pregunta N.8(referente a proceso reproductivo) , la cual obtuvo el puntaje mas bajo de todas las demás, ya que de 75 mujeres solo 57 alumnas respondieron correctamente , dando un resultado de 18 alumnas que respondieron incorrectamente, quizás dicha pregunta referente al proceso reproductivo y embarazo, los confundió por la forma en que se dieron los conceptos y términos ya que antes de dar el tema existía demasiadas confusiones , sobre dicha pregunta y quizás esto se vio reflejado en el propio resultado de dicho bloque.

Por consiguiente se puede mencionar que la mayoría alumnas reafirmaron y corrigieron en su mayor parte los conceptos que tenían sobre pubertad y proceso reproductivo. Es importante recordarle a las autoridades escolares que consideren la implementación de programas de educación sexual con el fin de mejorar la calidad de la salud reproductiva en esta generación y en las generaciones venideras.

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO FINAL SEXO MASCULINO			
Pregunta	Opciones de respuesta		Respuestas totales
	Buen conocimiento	Deficiente conocimiento	
1	72	5	77
2	74	3	77
3	61	16	77
4	75	2	77
5	70	7	77
6	70	7	77
7	57	20	77
8	56	21	77
9	61	16	77
10	65	12	77
11	61	16	77
12	55	22	77
13	60	17	77
14	68	9	77
15	59	18	77
16	66	11	77
17	58	19	77
18	70	7	77
19	70	7	77
20	69	8	77
21	66	11	77
22	72	5	77
23	65	12	77
24	56	21	77
25	53	24	77
26	54	23	77
27	60	17	77
28	63	14	77
Total	1786	370	2156
Porcentaje	82.84%	17.16%	100.00%

FUENTE: 77 ALUMNOS DE LA SECUNDARIA N° 52 INSCRITOS EN EL TERCER GRADO.

CUADRO - 09



Este cuadro nos muestra la evaluación del cuestionario final en relación a bloques que son: a) Pubertad y proceso reproductivo, en donde encontramos que se obtuvo un puntaje como mínimo de 56 de 77 puntos totales, con respecto a la pregunta N.8 (proceso reproductivo) y un masculino de 75 de 77 en relación con la pregunta N.4 (pubertad), lo cual nos habla de que el programa de educación sexual fue de beneficio a los alumnos, puesto que aprendieron información nueva, eliminaron tabúes que tenían, y mejoraron conocimientos que tenían.

El bloque de B) sexualidad y juventud muestra que el 80.5% de la población masculina obtuvo buen conocimiento en el cuestionario final destacando en las preguntas N.6 (sexualidad), 18 y 19 (embarazo), con 70 puntos cada una de un total de 77.

Es importante mencionar que en el tema de sexualidad, el conocimiento de los alumnos respecto a esta era mala, y después de la aplicación del programa se elevó considerablemente (más del 50%), además su mayor porcentaje de la población algunos tabúes que existían entre ellos.

En el bloque de c) SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual, se destaca que un 82.5% de la población masculina obtuvo buen conocimiento después de haber sido aplicado el programa de educación sexual. En donde se observa el puntaje más bajo de 60 en pregunta 13 (ETS.) y el máximo de 68 de 77, se recalca que los adolescentes en su afán por experimentar nuevas sensaciones no reinforman adecuadamente sobre los

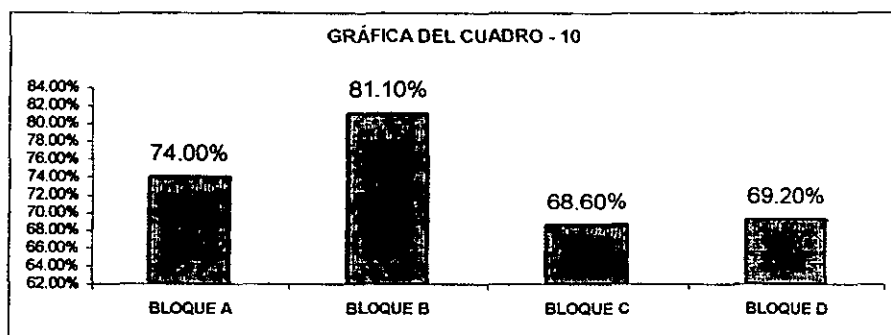
riesgos que pueden tener una relación sexual, en donde el mayor porcentaje sabía que la mejor forma de prevenir una enfermedad de transmisión sexual o venérea o el SIDA es utilizar el condón o preservativo , pero su manera de usarlo , sus precauciones y cuidados los desconocían por tal motivo el mayor porcentaje de los alumnos dedico extrema atención durante este lapso de la sesión impartida.

También se hizo mención que la mejor forma de prevenir las enfermedades de transmisión sexualmente es la abstinencia . se empleo la técnica del buzón para responder las preguntas que tuvieran respecto al tema. Se dio confianza y hubo una gran participación de alumnos para escribir su dudas, que fueron respondidas e incluso se aclararon con respeto , seriedad y profesionalismo explicando con lenguaje sencillo .

En el bloque de D) Embarazo adolescente y anticoncepción en dicho bloque muestra que el 83.1% de los alumnos del sexo masculino obtuvieron buen conocimiento. En el cuestionario final en donde se observo que el puntaje de 57 en la pregunta 22(Métodos anticonceptivos) que es el mínimo y el máximo puntaje es de 72 de un total de 77. esto refleja el resultado aprovechamiento de los alumnos haber recibido el programa de educación sexual. Se destaca que algunos alumnos consideraban que los niños los traía la cigüeña y que la mujer entre mas hijos tenga es de buena calidad, se enfatizo mucho en este tema y se erradicaron algunos tabúes que llegaron a relucir , se explico la importancia de la planificación familiar, y de los riesgos que pueden correr la madre si no planifica junto con su pareja la familia a tener.

Se observo también que los alumnos ponen énfasis en los métodos de anticoncepción, por tanto se puede deducir que tienen el conocimiento de poder aplicar estos métodos en beneficio de su pareja y su salud , siempre y cuando estén bajo supervisión del profesional de la salud.

COMPARATIVOS DE CONOCIMIENTO EN MUJERES						
Bloques	Tema	Buen conocimiento en %			Deficiente conocimiento en %	
		Conocimiento previo	Conocimiento final	Avance en %	Conocimiento previo	Conocimiento final
A	Pubertad Proceso reproductivo	14.40	88.40	74.00	85.60	11.60
B	Sexualidad Juventud	1.70	82.80	81.10	98.30	17.20
C	VIH E.T.S.	16.70	85.30	68.60	83.30	14.70
D	Embarazo en adolescente Anticoncepción	16.60	85.80	69.20	83.40	14.20
FUENTE: CUADROS 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 Y 9						
CUADRO - 10						



Los resultados comparativos por bloques de los cuestionario previos y finales en el sexo femenino, se realizó por medio de esta misma relación para después definir por bloques la comparación la cual se puede observar: dentro del bloque A que se refiere a Pubertad y proceso reproductivo, se menciona que existe un 14.4% de buen conocimiento en el cuestionario previo mientras que en el cuestionario final se obtuvo un 88.4% de buen conocimiento, esto refleja que el avance en el buen conocimiento que se obtuvo en el bloque es de 74.% se puede mencionar que se mejoró en la mayoría de los aspectos teóricos, en relación a los temas tratados, por otra parte existió un 85.6% de deficiente conocimiento en el cuestionario previo, frente a 11.6% en que se pudo observar del deficiente conocimiento al final, esto se traduce como en se pudo disminuir el deficiente conocimiento (en los 4 bloques) dicho lo anterior se puede explicar que los alumnos lograron comprender más su cuerpo así como su sexo contrario, también la importancia de conocer su aparato reproductor para que en un futuro puedan disminuir sus riesgos al tener una relación sexual.

Dicho lo anterior se puede explicar que los alumnos lograron comprender más su cuerpo así como del sexo contrario, también la importancia de conocer su aparato reproductor para que en un futuro puedan disminuir sus riesgos al tener una relación sexual.

En el bloque B que se refiere a sexualidad y juventud se obtuvo en el cuestionario previo un 1.7% de buen conocimiento mientras que al finalizar en el cuestionario final se obtuvo un 82.8% de buen conocimiento, esto habla que se logró un avance en buen conocimiento en el tema del 81.1% un avance alto en el cual se describe como la participación de los alumnos y el interés que ponían en conocer el tema, es importante

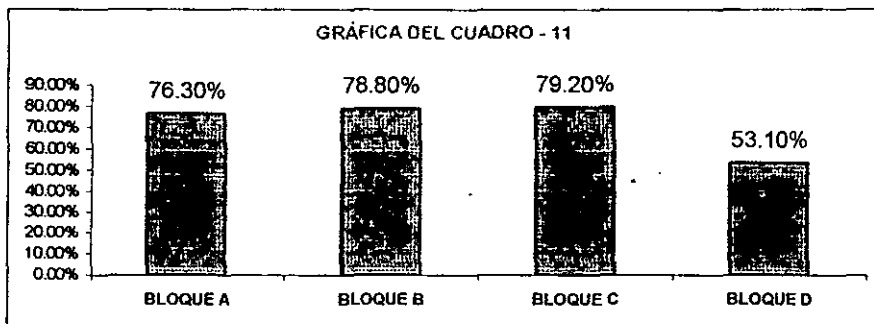
señalar que este bloque es de interés para el estudio ya que en los objetivos se planteaba alcanzar un conocimiento adecuado, de su sexualidad , frente a los porcentajes arrojados del deficiente conocimiento fueron del cuestionario previo donde había un 98.3% mientras que en el cuestionario final se obtuvo un 17.2. se puede mencionar que se dio una disminución del deficiente conocimiento en un 81.1, es muy positivo ya que la mayoría logro comprender los conceptos y términos del tema de sexualidad.

Cabe señalar que en el bloque C los resultados previos mostraban que sabían muy poco del tema o mas bien estaban confundidos con los conceptos ya que se dio un porcentaje del 31.6% de buen conocimiento en el cuestionario previo , mientras que en el final se lograron aprender los conceptos y pudieron aclararse dudas del tema puesto que se representa en el porcentaje de 85.3% que se obtuvo al final esto se puede aclarar con el avance que se logro representado en un porcentaje del 53.7% que se obtuvo al final que es muy significativo .asi como también ocurrió con el deficiente conocimiento ya que en el previo se era muy alto representado en un 68.4% que obtuvieron , mientras que después del curso se obtuvo un porcentaje de 14.7%, se logro disminuir los conceptos erróneos y confusos que tenían esto es de importancia ya que a pesar de no ser tan alto el avance se logro que la mayoría de los alumnos identificaran cuales son las enfermedades de transmisión sexual existentes, así como cual es la forma más adecuada para prevenirlas y así como se aclaran sus mitos y tabúes que tenían al inicio para que en un futuro tengan los elementos claros al enfrentarse a una situación sexual similar de la que pueden tener sin protección.

El programa de educación sexual , impartido logro alcanzar el objetivo de mejorar el conocimiento sobre pubertad y procesos reproductivo, avance que se dio por la participación tanto de los alumnos como de los profesores al disponer nosotros de su tiempo de impartición de sus materias correspondientes para realizar las actividades del programa de educación sexual.

En el bloque D que se refiere a embarazo adolescente y anticoncepción, se observa que en el cuestionario previo se obtuvo un 16.6% de buen conocimiento lo que nos refleja que los alumnos no tenían la información adecuada del tema, mientras que al final se muestra claramente que los alumnos pudieron incrementar sus conocimientos en relación a este tema, pues se logró un 85.8% de buen conocimiento, obteniendo un avance significativo del 69.2%; en este bloque observamos que los alumnos comprendieron los conceptos básicos del embarazo, y sus métodos para prevenirlos logrando descartar mitos y tabúes que se mostraban presentes en los alumnos por la cultura de la sociedad.

COMPARATIVOS DE CONOCIMIENTO EN HOMBRES						
Bloques	Tema	Buen conocimiento en %			Deficiente conocimiento en %	
		Conocimiento previo	Conocimiento final	Avance en %	Conocimiento previo	Conocimiento final
A	Pubertad Proceso reproductivo	10.00	86.30	76.30	90.00	13.70
B	Sexualidad Juventud	17.0	80.50	78.80	98.30	19.50
C	VIH E.T.S.	3.30	82.50	79.20	92.70	17.50
D	Embarazo en adolescente Anticoncepción	30.00	83.10	53.10	70.00	16.90
FUENTE: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 Y 9.						
CUADRO - 11						



En este cuadro se muestra una comparación de buen conocimiento y deficiente conocimiento obtenido por los alumnos, del cuestionario previo y el final, se menciona el avance obtenido en relación a bloques A) bloque de Pubertad y proceso reproductivo hay un avance del 76.3% mientras que en el bloque de sexualidad y juventud se consiguió un avance del 78.8%, C) bloque de el SIDA y las Enfermedades de transmisión sexual, se consiguió un avance del 79.2% y en el bloque de Embarazo Y métodos de anticoncepción, es de 53.1% todo esto se logró al interés que se tuvo por parte de los alumnos y los profesores a la hora de impartir el programa d educación sexual.

El bloque C) SIDA y la Enfermedades de trasmisión sexual con el 79.2 dado que es un tema de importancia para los alumnos en relación con su vida privada y futura, mientras que el menor avance fue el de embarazo y anticoncepción con el 53.1% este ultimo sumado al 30% de buen conocimiento hace sea provechoso sin embargo es suma importancia el seguir reafirmando estos temas de educación sexual en la etapa adolescente, sobre todo en el bloque de embarazo y anticoncepción, pero sin descuidar los demás temas pues todo es de manera integral para reafirmar los conocimientos en los adolescentes que es la población mas vulnerable respecto a estos temas.

Cabe señalar que el Buen conocimiento previo obtenido en el Bloque A) pubertad y proceso reproductivo, fue de 10% mientras que al final fue de 86.3%. Esto demuestra que la aplicación del Programa de Educación Sexual ayudo no solo a elevar el conocimiento de este bloque si no que aprendieron, nuevos conceptos sobre el tema.

Para el deficiente conocimiento en el mismo bloque previo fue de 90.% mientras que al final se obtuvo un 13.7% esto explica el avance de 76.3% en este bloque.

Para el bloque B) sexualidad juventud, los porcentajes obtenidos previos fueron un 1.7 % de buen conocimiento , mientras que al final fue de 80.5% de buen conocimiento, quizás no es muy alto , sin embargo se logro que los alumnos comprendieran y reforzaran los conocimientos sobre el bloque . en el deficiente conocimiento previo se obtuvo 98.3% mientras que al final se logro reducir el deficiente conocimiento en un 19.5% , esto da un avance de buen conocimiento obtenido al final de 78.8% de este bloque.

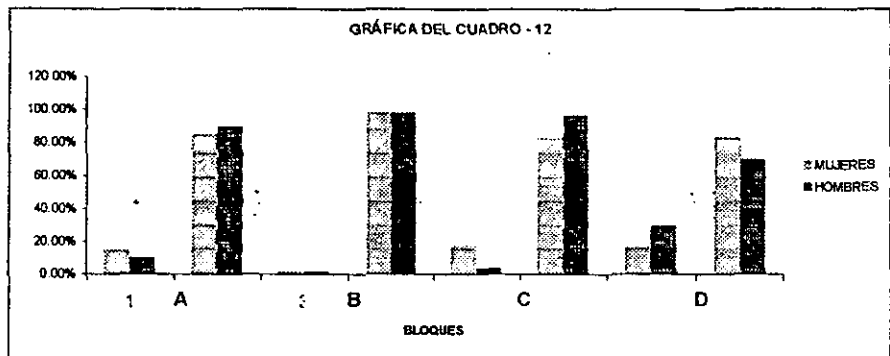
En el bloque C) Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA, los resultados obtenidos en Buen conocimiento previo , fueron de 3.3% y al final fueron de 82.5% , mientras que en el criterio de deficiente conocimiento previo fueron de 96.7% y al final se redujo en un 17.5% de aqui resulta el avance obtenido de 79.2% esto nos habla de que fue provechoso el avance de manera que se lograron explicar mas afondo los temas de dicho bloque y sobre todo erradicar los mitos y tabúes sobre los temas del bloque.

Y por ultimo el bloque D) Métodos de anticoncepción y embarazo adolescente, se alcanzo un resultado previo de buen conocimiento de 30.5 y al final se obtuvo un 83.1%, para el criterio del deficiente conocimiento previo se tenia un 70.% pero al final se logro reducir en un 16.9% de deficiente conocimiento, quizás es este un tema para muchos o los propios adolescentes muy sonado pero en realidad es mas la preocupación para saber como evitar , que tener la responsabilidad de enfrentar un embarazo en dicha etapa.

COMPARATIVO DEL PORCENTAJE DE CONOCIMIENTOS PREVIOS					
Bloques	Tema	Buen conocimiento en %		Deficiente conocimiento en %	
		Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
A	Pubertad Proceso reproductivo	14.40	10.00	85.60	90.00
B	Sexualidad Juventud	1.70	1.70	98.30	98.30
C	VIH E.T.S.	16.70	3.30	83.30	96.70
D	Embarazo en adolescente Anticoncepción	16.60	30.00	83.40	70.00

FUENTE: CUADROS: 1,2,3,4,5,6,7,8 Y 9

CUADRO - 12



En el bloque A se observó que en un 14.4% en número, las mujeres poseen un conocimiento en cuanto a los temas de pubertad y proceso reproductivo sobre los hombres, que quizás debido a la notoriedad mayor del crecimiento de lo vello público, senos y caderas, en contrariedad con el que se gesta en el ensanchamiento de hombros, etc. Esto en relación a la mujer una mayor atención no solo de la adolescentes no de su entorno a diferencia del sexo masculino el cual se da en un ambiente más discreto.

En el bloque B lamentablemente el nivel buen conocimiento de los temas de sexualidad y juventud, es casi nulo, tan solo 1.7% en ambos sexos, en este sentido e indudable la falta de información de dicho tema. Ocasionando por la inexistencia de el material didáctico o cursos.

En el bloque C (Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA) y D (Métodos de anticoncepción y embarazo adolescente) tenemos los porcentajes más altos de este cuadro, para los temas de SIDA y en Enfermedades de transmisión sexual obtenemos un 31. en mujeres y en embarazo adolescente y anticoncepción los hombres alcanzaron un 30.0% en anticoncepción de buen conocimiento en el primer caso se induce que lo más preocupante para la adolescente no es que sea madre como se observa en el bloque D un 16.6% de buen conocimiento en el tema de embarazo y anticoncepción si no que trata de evitar el contagio por el SIDA. es decir cuidar su estado de salud más el emocional.

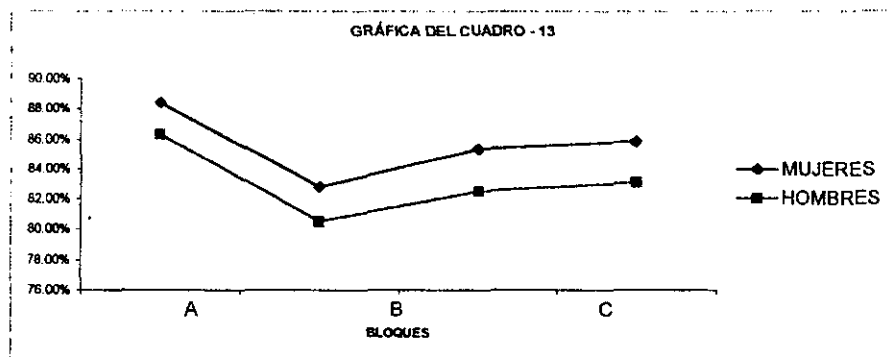
En el bloque D) ocurre lo contrario al bloque C) ya que el tema de embarazo adolescente y anticoncepción los hombres alcanzaron el 30% contra un 16.6% de las mujeres en el renglón de buen conocimiento,

explicando esto como preocupación del adolescente hombre se querer placer sin compromisos dicho en propias palabras de los adolescentes de dicho estudio.

COMPARATIVO DE L PORCENTAJE DE CONOCIMIENTOS FINALES					
Bloques	Tema	Buen conocimiento en %		Deficiente conocimiento en %	
		Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
A	Pubertad Proceso reproductivo	88.40	86.30	11.60	13.70
B	Sexualidad Juventud	82.80	80.50	17.20	19.50
C	VIH E.T.S.	85.30	82.50	14.70	17.50
D	Embarazo en adolescente Anticoncepción	85.80	83.10	14.20	16.90

FUENTE: CUADROS: 1,2,3,4,5,6,7,8 Y 9.

CUADRO - 13



El ser humano en su desarrollo académico en edades de 14, 15 y 16 años. Que cursan el nivel secundaria tienen la capacidad de alto aprendizaje, fundamentamos lo anterior con los porcentajes obtenidos en los 4 bloques del cuadro 13 en el sector de buen conocimiento tanto en mujeres como en hombres obtuvieron en cantidad por arriba del 80. % en los cuatro bloques representa un nivel bastante satisfactorio para las 9 horas de curso que se impartieron . por otra parte las adolescentes obtuvieron en todos los temas porcentajes mas altos que el de los varones , la hipótesis que se tiene al respecto a este fenómeno es el siguiente: 1) conocimientos previos de la materia adquiridos en el seno familiar y /o en la escuela , sin descartar también las amistades y 2) un mayor interés en los temas como consecuencia de una presión e imagen social cultural y humana para su condición de mujer.

En tanto que los hombres se indica que:

La implementación de los temas abordados (sexualidad y juventud, pubertad y proceso reproductivo, planificación familiar y métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual y SIDA) en conjunción con el sexo biológico y a la cultura transmitida por su núcleo familiar y la sociedad (por el simple hecho de ser hombres no tienen necesidad de saber los temas mencionados) ha generado una dificultad de comprensión y asimilación "por parte de los hombre".

CONCLUSIONES.

Podemos decir que los alumnos de tercer grado de secundaria se encuentran en la edad de los 14 – 16 años. Por medio de la aplicación del cuestionario previo se pudo observar que existe poca comunicación entre los padres con los adolescentes con relación a los temas de sexualidad.

- El aprendizaje obtenido previamente de los adolescentes y es fundamentalmente de fuentes externas como amigos, revistas, películas pornográficas, la televisión y la fuente interna como es la familia la cual hace comentarios básicos, superficiales y esporádicos, en ocasiones son casi nulas.
- De acuerdo al bloque A se determina que el conocimiento previo obtenido entre los hombres y mujeres es de 4.4% de diferencia siendo el sexo femenino el mayor. En tanto que en el final se obtuvo una diferencia de 4.4% a favor de los hombres, logrando un avance de 76.3% mientras que el sexo femenino logra un 74. %. Se destaca que el programa, logro un porcentaje significativo respecto a este bloque.
- En lo que se refiere al bloque B. Se menciona que en la evaluación previa fue equitativa tanto en hombres como en mujeres, probablemente por que no tenían bien determinados los conceptos en relación con el tema de sexualidad y juventud. Con respecto al resultado final, que mostró un avance muy considerable de 81.1 en mujeres mientras que en hombres fue de 78.8 %, existiendo una diferencia del 2.3% a favor del sexo femenino, con esto podemos afirmar que los conceptos aprendidos con relación al tema, fundamentaran en su entorno sociocultural al tener actitudes y decisiones favorables respecto a su sexualidad individual y con su pareja, fomentando una salud reproductiva integral.
- Con respecto al bloque C. Se determina que la evaluación previa el 31.6% de mujeres tenía una información no definida, sobre el tema y en los hombres es casi nula (3.3%). Cabe señalar que dicho bloque es de importancia para los adolescentes dado su afán de experimentar cosas nuevas pueden llegar a contraer a la una enfermedad de transmisión sexual e 09inclusive SIDA.
- Mientras que al final de la evaluación los porcentajes que se lograron fueron de una manera significativa ya que la mayoría de los adolescentes tenían la idea que solo por la vía de contacto sexual se podía tener alguna enfermedad venerea, mas sin en cambio los porcentajes obtenidos en mujeres fueron de 85.3% teniendo un avance de 53.7%, se determina que el avance fue significativo pero frente al porcentaje que obtuvieron los hombres de 82.5% teniendo un avance de 79.2% nos habla que existe una diferencia de 2.8% a favor de los hombres los cuales mostraban una conceptualización errónea de algunas enfermedades y mitos sobre el sida con dichos conocimientos obtenidos se puede afirmar que los adolescentes lograron tener claro las vías de contagio así como las formas de prevención de las enfermedades de transmisión sexual.
- En el bloque D. Se puede decir que por medio de la evaluación previa se obtuvo el resultado de buen conocimiento en mujeres de 16.6% frente al porcentaje de los hombres que fue de 30. %, esto refleja que los hombres contaban con alguna información muy básica sobre el tema de embarazo y métodos de anticoncepción, que en relación con las mujeres no lo tenían, cabe señalar que dichos conocimientos se basan en solo conocer la edad para embarazarse y sobre la técnica del preservativo, pero es importante señalar que dichos aprendizajes eran de fuentes erróneas y distorsionaban sus conceptos sobre el tema, al finalizar del curso se vino a resaltar estos aprendizajes y se observo un interés mayor en las complicaciones de un embarazo precoz, así como del los métodos de anticoncepción entre, los que destacan el preservativo y pastillas, inyecciones y el dispositivo intrauterino. Por lo que se observo que en los porcentajes obtenidos en los resultados finales fueron en mujeres del 85.8% de buen conocimiento un avance(diferencia del buen conocimiento previo con el buen conocimiento final)del 69.2%, mientras que los hombres fueron de 83.1% teniendo un avance del 53.1%. De esto se concluye que la diferencia fue a favor de las mujeres con 2.7% de buen conocimiento obtenido, en relación con el con el de los hombres. De esta manera se concluye que los adolescentes lograron un aprendizaje significativo en los conceptos, ideas, así como reforzaron las que ya tenían con relación al tema, cabe destacar que se mejoro en la técnica del uso del preservativo, así como las precauciones que se debe tomar para usar dicho

método, por otra parte las mujeres se hizo énfasis en el método del ritmo ya que estas no lo conocían como tal si no que existía confusión de cuales eran los días fértiles de una mujer y cuales no, así como se recalco en la importancia de los métodos definitivos ya que en el entorno sociocultural, los conciben como algo prohibido sobre todo en los hombres al tener la posibilidad de realizarse la vasectomía se determino todos los elementos que tiene esta opción ya que tenían muchos mitos y No los dejaban obtener el aprendizaje adecuado, también es importante que a pesar del avance significativo el programa fue favorable también en dicho bloque, para que los adolescentes pudieran tener las bases para que en un futuro pudieran decidirse como pareja en un método para planificar la familia y sobre todo tengan una estabilidad psicológica económica y cultural.

Cabe señalar que aun después de la intervención a través del programa de educación sexual algunos alumnos se quedaron con ideas equivocadas, lo que nos hace pensar que tal vez se pudo deber al exceso de información, manejada en poco tiempo(120 minutos por tema). También se puede deber a que los temas no son impartidos con regularidad, tanto por la familia como en la escuela.

En general se destaca que existe un deficiente nivel de conocimientos dados a su entorno sociocultural que los invade de creencias equivocadas con respecto al contenido del programa de educación sexual.

SUGERENCIAS.

Los jóvenes viven una etapa de sus vidas que implica grandes y profundas transformaciones en los papeles, obligaciones, y responsabilidades que tienen en la sociedad, así como en las relaciones con su familia, con sus padres y con otros círculos de interacción social, ellos están en el camino de convertirse en personas independientes en ciudadanos con plenos derechos en una sociedad a la que pertenece y les pertenecen.

Este despertar a una nueva forma de ser, de vivir y de pertenecer, demanda decisiones informadas de los jóvenes, así como convicciones comprometidas ante sus semejantes. De manda una clara definición de sus proyectos de una vida y una permanente búsqueda de estrategias, medios y herramientas de las cuales puedan servirse para cicatrizar sus proyectos.

Desafortunadamente muchos de estos jóvenes inician su vida sexual y reproductiva con muy poca guía y orientación por parte de los adultos. Esta situación los enfrenta a grandes riesgos : a) Embarazos no deseados, b) Deserción escolar, c) Matrimonios forzados o madres solteras, d) Abortos practicados en malas condiciones , y e) Enfermedades contraídas por contacto sexual.

Esto es señal de la gran necesidad de educar a niños y jóvenes en aspectos de sexualidad y vida familiar.

Sin embargo, aun existen muchas barreras para poder abordar el tema de manera que las nuevas generaciones puedan recibir una información completa, reflexiva y preventiva.

Los jóvenes mexicanos mantienen, respecto a la sexualidad, la mentalidad que les hemos heredado: el vivir en pareja no debe estar asociado con tener hijos, la reproducción debe ser una opción de cada pareja

Debemos superar la concepción "pasiva" de la educación sexual optar por una educación comprometida, científica, basada en los valores que conduzcan al desarrollo individual y social y que promuevan el bienestar y la armonía en la vida familiar.

Los programas de educación sexual deben estar encaminados a considerar de manera integral las relaciones familiares, los valores, la autoestima, la toma de decisiones y la comunicación con la pareja, para que la vida sexual de los jóvenes se mas responsable, mas saludable.

No cabe duda que hace falta llevar a la practica mas programas de educación sexual, no solo en comunidades rurales, si no que también deben ser implementados en la escuela primaria (sexto grado) , para que al finalizar su ciclo escolar reciban información y orientación a acorde con su edad, sobre la vida sexual,

método, por otra parte las mujeres se hizo énfasis en el método del ritmo ya que estas no lo conocían como tal si no que existía confusión de cuales eran los días fértiles de una mujer y cuales no, así como se recalco en la importancia de los métodos definitivos ya que en el entorno sociocultural, los conciben como algo prohibido sobre todo en los hombres al tener la posibilidad de realizarse la vasectomía se determino todos los elementos que tiene esta opción ya que tenían muchos mitos y No los dejaban obtener el aprendizaje adecuado, también es importante que a pesar del avance significativo el programa fue favorable también en dicho bloque, para que los adolescentes pudieran tener las bases para que en un futuro pudieran decidirse como pareja en un método para planificar la familia y sobre todo tengan una estabilidad psicológica económica y cultural.

Cabe señalar que aun después de la intervención a través del programa de educación sexual algunos alumnos se quedaron con ideas equivocadas, lo que nos hace pensar que tal vez se pudo deber al exceso de información, manejada en poco tiempo(120 minutos por tema). También se puede deber a que los temas no son impartidos con regularidad, tanto por la familia como en la escuela.

En general se destaca que existe un deficiente nivel de conocimientos dados a su entorno sociocultural que los invade de creencias equivocadas con respecto al contenido del programa de educación sexual.

SUGERENCIAS.

Los jóvenes viven una etapa de sus vidas que implica grandes y profundas transformaciones en los papeles, obligaciones, y responsabilidades que tienen en la sociedad, así como en las relaciones con su familia, con sus padres y con otros círculos de inatracción social, ellos están en el camino de convertirse en personas independientes en ciudadanos con plenos derechos en una sociedad a la que pertenece y les pertenecen.

Este despertar a una nueva forma de ser, de vivir y de pertenecer, demanda decisiones informadas de los jóvenes, así como convicciones comprometidas ante sus semejantes. De manda una clara definición de sus proyectos de una vida y una permanente búsqueda de estrategias, medios y herramientas de las cuales puedan servirse para cicatrizar sus proyectos.

Desafortunadamente muchos de estos jóvenes inician su vida sexual y reproductiva con muy poca guía y orientación por parte de los adultos. Esta situación los enfrenta a grandes riesgos : a) Embarazos no deseados, b) Deserción escolar, c) Matrimonios forzados o madres solteras, d) Abortos practicados en malas condiciones , y e) Enfermedades contraídas por contacto sexual.

Esto es señal de la gran necesidad de educar a niños y jóvenes en aspectos de sexualidad y vida familiar.

Sin embargo, aun existen muchas barreras para poder abordar el tema de manera que las nuevas generaciones puedan recibir una información completa, reflexiva y preventiva.

Los jóvenes mexicanos mantienen, respecto a la sexualidad, la mentalidad que les hemos heredado: el vivir en pareja no debe estar asociado con tener hijos, la reproducción debe ser una opción de cada pareja

Debemos superar la concepción "pasiva" de la educación sexual optar por una educación comprometida, científica, basada en los valores que conduzcan al desarrollo individual y social y que promuevan el bienestar y la armonía en la vida familiar.

Los programas de educación sexual deben estar encaminados a considerar de manera integral las relaciones familiares, los valores, la autoestima, la toma de decisiones y la comunicación con la pareja, para que la vida sexual de los jóvenes se mas responsable, mas saludable.

No cabe duda que hace falta llevar a la practica mas programas de educación sexual, no solo en comunidades rurales, si no que también deben ser implementados en la escuela primaria (sexto grado) , para que al finalizar su ciclo escolar reciban información y orientación a acorde con su edad, sobre la vida sexual,

y familiar y que a su vez los alumnos de secundaria cuenten con información ulterior completa, que les permita construir y desarrollar su sexualidad de manera responsable y segura.

A los directores de la escuela en recomendamos conjuntar esfuerzos con el personal de salud de alguna Institución o los pasantes de la misma área , una organización propia y adecuada para implementar programas de educación sexual, a los alumnos Inscritos.

Puesto tienen como compromiso enseñar una parte de la educación que irán provocando un proceso de socialización.

Se sugiere impartir programas de educación sexual, a los padres de familia, en donde alternativamente se trabaje con los padres de familia e hijos para que poco a poco se de una comunicación, eficiente entre ellos y de concienciar ambos de la importancia de conocer estos temas.

Por ultimo se recalca , seguir evaluando los programas de educación sexual, que se apliquen ya que generalmente no se evalúan, ya sea por falta de tiempo o por otras circunstancias. De esta forma podemos saber si han tenido éxito el programa o no para poder mejorarlo y desecharlo o diseñar uno nuevo.

ANEXO

CEDULAS DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN.

CUESTIONARIO DE LA EDUCACION SEXUAL. HOJA DE RESPUESTAS.

Fecha: _____ Grupo: _____ Sexo _____ Edad _____.

Introducción: El cuestionario tiene el propósito de conocer los conceptos básicos que tiene sobre el tema de educación sexual.

Lea cuidadosamente cada pregunta reflexionando ante de escribir su respuesta.

Menciona 5 partes del aparato reproductor de la mujer y el hombre.

†

†

Que entiendes por pubertad.

Menciona los cambios físicos de la pubertad en el hombre y la mujer.

†

†

Que entiendes por sexualidad.

Cual crees que es el objetivo de la relación sexual.

Que edad consideras adecuada para que la mujer se embarace.

Para que sirven los métodos anticonceptivos y cuales conoces.

Sabes que es una enfermedad de transmisión sexual y cuales conoces.

Cuales son la formas de trasmitirse el SIDA.



UNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL

CUIDATE

CUESTIONARIO DE LA EDUCACION SEXUAL.

Introducción: El presente cuestionario de educación sexual tiene por finalidad evaluar los conocimientos que obtuviste al recibir las sesiones de Educación Sexual. Este cuestionario no tiene valor académico de las materias que cursas. Por lo cual es importante que contestes de la manera más atenta y honesta las preguntas.

Contesta las preguntas con la respuesta que consideres correcta:

- 1.- Dos de las estructuras que corresponden al aparato sexual masculino son:
 - a) La próstata y el clítoris
 - b) El útero y los conductos deferentes
 - c) Los testículos y los conductos deferentes
 - d) El monte de venus y los testículos
- 2.- Dos de las estructuras que corresponden al aparato sexual femenino son:
 - a) Húmero y vello
 - b) Radio y omoplato
 - c) Matriz y ovario
 - d) Pezón y areola
- 3.- El lugar donde se lleva a cabo la fecundación, que es la unión del espermatozoide con el óvulo es:
 - a) La zona de los labios menores y el clítoris
 - b) La zona terminal de las trompas de Falopio
 - c) La parte inferior de la vagina
 - d) Los contornos del ovario
- 4.- Los cambios físicos durante la pubertad en la mujer son:
 - a) Crecimiento de cabello y boca
 - b) Crecimiento de las uñas y dientes
 - c) Crecimiento del cabello y estatura
 - d) Crecimiento del vello púbico, senos y caderas
- 5.- Los cambios físicos durante la pubertad en el hombre son:
 - a) Crecimiento de verrugas en el cuello
 - b) Aparición de barros y espinillas
 - c) Cambio de voz, incremento de estatura, ensanchamiento de hombros
 - d) No aparece cambio alguno.
- 6.- Que es la sexualidad
 - a) son las características biológicas, psicológicas y socioculturales que nos permiten comprender el mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombre y mujer
 - b) Son las características psicológicas cuando nos enamoramos
 - c) Son las características físicas que nos diferencian como hombre y mujer
 - d) Todas son incorrectas
- 7.- ¿El periodo de la vida más recomendable para tener hijos es?
 - a) De los 15 a 20 años de edad.

- b) De los 28 a 37 años de edad.
- c) De los 12 a 18 años de edad.
- d) De los 20 a 30 años de edad.

8.- ¿Los días más fértiles de la mujer dentro de su ciclo menstrual son?

- a) 12 a 16 días antes de la menstruación.
- b) Los días que dura la menstruación.
- c) Los 4 días siguientes a la menstruación.
- d) Del día 24 al 27 de su ciclo menstrual.

9.- ¿Las enfermedades de transmisión sexual se presentan en?

- a) Las personas que acuden frecuentemente a baños públicos.
- b) Todas las personas que tengan un acto sexual con prostitutas.
- c) Cualquier persona que tenga un acto sexual con una persona infectada.
- d) Las personas que tienen contacto sexual con homosexuales.

10.- Si supieras que uno de tus compañeros tiene SIDA ¿Qué harías?

- a) Trataría de acercarme y ayudarlo.
- b) Me alejaría de su amistad.
- c) Le diría a los de más para prevenirlos.
- d) No me importaría lo que sucediera.

11.- Los métodos anticonceptivos más eficaces y adecuados para las adolescentes que tienen relaciones sexuales eventuales son:

- a) La combinación de condón y óvulo.
- b) Los inyectables y el dispositivo intrauterino.
- c) El retiro y coito interrumpido.
- d) El ritmo y la ducha vaginal.

12.- A cualquier tipo de contacto sexual entre un adulto y un niño(a) se llama:

- a) Violación.
- b) Abuso sexual.
- c) Violencia emocional.
- d) Violencia física.

13.- Dos de las principales enfermedades sexualmente trasmisibles son:

- a) El acné y el SIDA.
- b) La gonorrea y la sífilis.
- c) La sífilis y la esterilidad.
- d) La gonorrea y las paperas.

14.- Medidas para prevenir enfermedades de transmisión sexual son:

- a) Seleccionar de manera consciente a la pareja.
- b) Asear los genitales después del acto sexual.
- c) Utilizar el preservativo o condón.
- d) Todas las anteriores.

15.- ¿Se puede embarazar una mujer aunque no se excite durante e acto sexual?

- a) si
- b) No
- c) No sé

16.- ¿Se puede embarazar una mujer aunque se bañe bien sus partes después de tener relaciones?

CUESTIONARIO DE LA EDUCACION SEXUAL.
HOJA DE RESPUESTAS.

Fecha: _____ Grupo _____ Sexo _____ Edad _____

Marca con una "X" la respuesta que consideres correcta.

1.- a b c d
() () () ()

13.- a b c d
() () () ()

25.- a b c d
() () () ()

2.- a b c d
() () () ()

14.- a b c d
() () () ()

26.- a b c d
() () () ()

3.- a b c d
() () () ()

15.- a b c
() () ()

27.- a b c d
() () () ()

4.- a b c d
() () () ()

16.- a b c
() () ()

28.- a b c
() () ()

5.- a b c d
() () () ()

17.- a b c
() () ()

6.- a b c d
() () () ()

18.- a b c
() () ()

7.- a b c d
() () () ()

19.- a b c
() () ()

8.- a b c d
() () () ()

20.- a b c
() () ()

Gracias por tu colaboración.

ù

9.- a b c d
() () () ()

21.- a b c
() () ()

10.- a b c d
() () () ()

22.- a b c
() () ()

11.- a b c d
() () () ()

23.- a b c
() () ()

12.- a b c d
() () () ()

24.- a b c
() () ()

PROGRAMA DE EDUCACION SEXUAL

JUSTIFICACION.

El presente programa se justifica por :

Sabemos que una tercera parte de la población mundial se compone de población joven. Y que en México existen 26 millones entre 12 y 24 años de edad. El 28 % de la población total.

Muchos de estos jóvenes inician su vida sexual y reproductiva, con muy poca guía y orientación por parte de los adultos.

Esta situación los enfrenta a grandes riesgos como : Embarazos tempranos, Maternidad y Paternidad prematuras, Matrimonios forzados, Abortos, Enfermedades de transmisión sexual como SIDA, Machismo, Abuso sexual , entre otros.

Los jóvenes de ahora necesitan un educación diferente, basada en el reconocimiento de la sexualidad como valor y en operación diferente de la reproducción. Un aspecto muy valiosos de la vida humana que debe ser tratado con gran respeto y responsabilidad .

Por tal motivo, dicho programa pretende impulsar el movimiento a favor de la salud sexual, una nueva visión que considera a la sexualidad como una expresión de los valores humanos : Amor, Equidad, Afecto, Solidaridad y Responsabilidad.

No pretende alentar, ni reprimir la actividad sexual de los / las jóvenes si no orientarlos para que puedan tomar decisiones basadas en la información correcta en reflexión, y Valores personales de cada quien.

OBJETIVOS .

General.

Promover entre los alumnos de Escuela Secundaria Diurna # 52 Los valores vinculados con la Educación Sexual : Responsabilidad reproductiva, Comunicación y Respeto entre las personas.

Específicos.

Dar a conocer a los alumnos los temas sobre: comunicación familiar, pubertad, sexualidad juvenil, enfermedades de trasmisión sexual, embarazo adolescente, métodos de anticoncepción entre otros.

Informar, orientar y brindar ayuda a los alumnos sobre las dudas y perspectivas de la educación sexual.

Al finalizar el programa de educación sexual los alumnos tengan una información básica sobre sexualidad.

META.

Los pasantes de la licenciatura de enfermería y obstetricia. Pretende cumplir en un 85% la promoción sobre educación sexual dirigida a los alumnos de la escuela secundaria diurna # 52. Con el fin de proporcionar los conocimientos actualizados de la sexualidad con esto los alumnos podrán alcanzar una vida sexual feliz, sana, segura y responsable.

RECURSOS:

Humanos: *dos pasantes de la licenciatura en enfermería y obstetricia.*

Un asesor académico.

Alumnos de la escuela secundaria diurna No 52.

Materiales: *rota folios, acetatos, proyector, videograbadora, bancas, sillas, lapiceros, televisión, folletos, hojas blancas, escritorio, computadora, gises, pizarron, cartulinas, etc.*

Económicos: *gastos sufragados por los pasantes.*

ORGANIZACION

Esta se llevara acabo por medio de los pasantes en coordinación con el asesor académico y los profesores de la escuela secundaria.

La difusión, promoción e información se llevara acabo en la escuela secundaria, comunicando de antemano al asesor académico y profesores de la escuela secundaria con el fin de saber de donde se realizara las sesiones, así como del tema a tratar y de esta manera supervisa al pasante.

Las sesiones educativas son en base a las necesidad encontradas en los alumnos de la escuela secundaria diurna No 52 sobre el tema de sexualidad. Para que en comunicación con los profesores de la escuela secundaria, los padres de familia y el asesor académico se puedan dar prevenciones y soluciones a los problemas reales o potenciales.

El programa contiene los siguientes elementos para cada una de las sesiones:

Tema y resumen. Del contenido como guía general.

Objetivos de aprendizaje que orientan las actividades que el expositor conduce y especifica el resultado que se espera de los alumnos.

Conceptos básicos que ayudan a organizar y jerarquizar los contenidos.

Procedimientos se numera paso a paso las actividades enseñanza-aprendizaje que debe dirigir el educador.

Tareas: actividades para realizar fuera del curso con el fin de reforzar los contenidos.

SESIONES.

1° comunicación familiar.

Duración: 1 hora.

Dinámica: exposición del tema.

Proyección de la película "como cuates" duración 21min.

2° Comunicación familiar.

Duración: 1 hora.

Dinámica: exposición del tema.

Análisis, lluvia de ideas con respecto a la película.

3° Pubertad y proceso reproductivo.

Duración: 1 hora

Dinámica: exposición y descripción del tema

Proyección de diapositivas duración 14min.

Aclaración de dudas.

4° pubertad y proceso reproductivo.

Duración: 1 hora.

Dinámica: proyección de la película "paloma azul" duración 12min.

Discusión y aclaración de la película, así como despejar dudas.

5° Sexualidad y juventud.

Duración: 1 hora.

Dinámica: formación de equipos.

Discusión del tema.

Exposición del tema por equipos.

6° sexualidad y juventud.

Duración:1 hora.

*Dinámica: proyección de la película "el último tren" duración 25min.
Discusión y aclaración de la película.*

7ª EL VIH Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

Duración: 1 hora.

Dinámica: exposición del tema de cada una de las enfermedades.

8ª EL VIH Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

Duración: 1 hora.

*Dinámica: proyección de la película "solamente una vez" duración 22min.
Discusión y aclaración de la película, así como despejar dudas.*

9ª Embarazo adolescente y anticoncepción.

Duración: 1 hora.

Dinámica: exposición del tema.

Lluvia de ideas.

*proyección de la película "con las manos en los bolsillos" duración
23min.*

Discusión y aclaración de la película, así como despejar dudas.

10ª Embarazo adolescente y anticoncepción.

Duración: 1 hora.

Dinámica: formación de equipos.

Análisis del tema.

Socio drama por equipos del tema

11ª evaluación del programa.

Duración: 40min.

Dinámica: cuestionario

COMUNICACIÓN FAMILIAR.

Objetivo:

Los alumnos identificarán los problemas de comunicación que existen en la dinámica familiar, con el fin de proponer alternativas para mejorar la relación con sus padres.

Conceptos básicos:

- Familia y comunicación
- La comunicación durante la adolescencia
- Diferentes tipos de familia de acuerdo con su comunicación.
- Líneas de acción para mejorar la comunicación.

Procedimiento

- Destacar la importancia de la sesión como preámbulo para el curso con los /las jóvenes.
- Realizar una introducción del tema.
- Proyectar el video
- Al término de la proyección, solicitar comentarios básicos respecto a esta sesión
- Resolver dudas y aporte de opiniones, ubicándolas dentro de los conceptos básicos.
- Presentar el programa de educación sexual básica que se impartirá a los/ las estudiantes de la escuela.
- Invitarlos a que hablen con sus padres de la experiencia que tuvieron en la sesión.

Material:

- Película Como Cuates; videocasetera, televisor, hojas blancas, lápices, pizarrón, y gises.

COMUNICACIÓN FAMILIAR

El ser humano desarrolla la capacidad de comunicación dentro de su núcleo familiar; en el aprende a entender los mensajes emitidos por los diferentes integrantes de la familia, lo cual le da las herramientas para interactuar posteriormente en su medio social.

La comunicación es un proceso continuo de expresión de necesidades, deseos y sentimientos mediante los mensajes que emitimos y recibimos.

En este proceso intervienen, como mínimo, dos interlocutores: el emisor, es decir, el que envía el mensaje y de quien parte la información; y el receptor, quien codifica e interpreta el mensaje recibido. Para que la comunicación fructifique, existen diversas expresiones: el lenguaje, las expresiones corporales, los gestos, el silencio, los sonidos, el tono de voz, así como el dibujo, la pintura, la escultura, la música, etc.

El lenguaje verbal y el lenguaje no verbal de un emisor pueden ser congruentes o contradictorios, lo cual hace que la comunicación adquiera complejidad.

Desde el momento de su nacimiento, el ser humano es dependiente y, en primera instancia, es la familia la que puede proporcionarle el contexto apropiado para crecer, desarrollarse y comunicarse. El recién nacido establece sus primeras interacciones con la madre y el padre, satisfaciendo sus necesidades físicas y emocionales. Así aprende a expresar y a recibir afecto, o a adquirir el sentido de identidad y el de pertenencia, tan necesarios para lograr confianza y seguridad e interactuar con su medio social.

La forma de comunicación entre padres e hijos dará la pauta para que el individuo construya un marco de referencia en cuanto a la modelación de su conducta, sus valores y sus normas. Si esto se realiza de manera congruente y sobre una base de afecto, el niño podrá ser un individuo integrado.

Asimismo, aprenderá el concepto de autoridad y la forma de comunicar sus necesidades.

Con sus hermanos, el niño vivirá un proceso que lo ayudará a compartir, a tener tolerancia hacia la frustración, a competir, a cooperar, a manejar sus sentimientos de celos y rivalidad, así como a entablar relaciones interpersonales positivas y sortear las negativas.

De acuerdo con los valores y pautas que establece cada sociedad, la familia podrá crear sus propios patrones, normas y reglas para una interacción eficaz, para promover la capacidad de decisión y negociar los problemas.

Los patrones familiares deberán ser dinámicos y adaptarse a los cambios que se requieran en los diversos momentos y circunstancias que vive la familia.

El crecimiento de los hijos es un factor importante para cambiar las reglas familiares: cada etapa alcanzada por los hijos plantea desafíos y obliga a buscar nuevos patrones de relación y, en consecuencia, de comunicación.

Una de las etapas críticas de la familia se presenta cuando los hijos llegan a la adolescencia. Muchas familias que hasta ese momento habían mantenido una buena comunicación y un buen equilibrio familiar, en ese momento los pierden y enfrentan muchas dificultades para recuperarlos. En ocasiones, padres e hijos resultan afectados por igual. Pero es posible lograr una nueva forma de comunicación que fomente la independencia de cada uno de los integrantes del grupo familiar.

Durante la adolescencia es crucial la búsqueda de la identidad, lo que hace del cuestionamiento y la rebeldía factores necesarios de esta etapa. La religión, la sociedad, la política, las normas, la sexualidad, se jerarquizan en un nuevo panorama que puede o no puede coincidir con la posición de los padres.

Los sentimientos del adolescente son ambivalentes: infantiles en ocasiones, adultos en otras; y las personas mayores las tratan con esta misma ambivalencia. El/la joven necesita diferenciarse y aceptarse como individuo, con actividades e ideas propias, diferentes de las de sus padres; para lograrlo tiene que "romper" a los ídolos, lo cual duele e incomoda a los progenitores.

Es esencial tener en cuenta que muchas veces son precisamente los padres quienes necesitan apoyo, pues experimentan tanta inestabilidad con sus hijos adolescentes; sin embargo, deben entender el proceso que estos están viviendo. Quizás ellos mismos no pudieron vivir su propia adolescencia como hubieran deseado, o quizás les haya sido difícil terminarla y asumir un papel de adultos. Esto propicia la

competencia con los hijos, la envidia o la lucha por el poder. Además, el despertar sexual de los hijos evidencia la sexualidad de los padres, lo cual se vive como un enfrentamiento.

Estas y otras actitudes que se presentan en esta etapa dan origen a la conflictiva familiar. Cuando no existe la posibilidad de solución o negociación, el/la adolescente busca alguna cosa o persona que pueda rescatarlo. En estas circunstancias, piensa en huir de la casa, comprometerse en un matrimonio precoz, iniciar un embarazo que sustituya y satisfaga su necesidad de compañía, escapar de la situación intolerable mediante las drogas o el alcohol, o inclinarse hacia una actitud delictiva como muestra de inconformidad.

La conflictiva que se presenta en las familias, así como sus formas de resolución, dependen del tipo de interacción y comunicación que se da entre sus miembros. Las repercusiones de la dinámica familiar en el/la adolescente pueden asumir diversas modalidades, de acuerdo con el tipo de familia en cuestión.

La familia rígida. En este entorno los adultos no permiten nuevas opciones: experimentan gran dificultad en los momentos en que se necesita hacer cambios, insisten en mantener los modelos anteriores de interacción, son incapaces de aceptar que sus hijos han crecido y tienen nuevas necesidades. Ante esta situación, los/las adolescentes no ven otra salida sino someterse, con toda la carga de frustración que ello implica, o rebelarse en forma drástica y destructiva.

La familia sobre protectora. En este tipo de familia se observa en los padres un alto grado de preocupación por brindar a sus hijos todo tipo de protección y bienestar, llegando a hacer esfuerzos desproporcionados para ello. La sobreprotección retrasa el desarrollo de la autonomía, de la competencia y del crecimiento del adolescente; entonces, se vuelve indefenso, incompetente e inseguro.

La familia amalgamada. En estas familias el bienestar depende de que todas las actividades se hagan en conjunto, impidiendo cualquier intento de individualismo. No existe respeto a la privacidad. Esta situación es difícil para el/la adolescente, pues su necesidad de independencia y sus intentos por alcanzarla, representa una amenaza para los demás miembros.

La familia evasora de conflictos. Estas familias tienen muy poca tolerancia al conflicto, están integradas por personas con poca autocrítica, quienes no aceptan la existencia de problemas y, en consecuencia, no propician el enfrentamiento ni la solución de éstos. Los/las adolescentes no aprenden a tratar ni a negociar las situaciones, y frecuentemente son quienes, al llegar a un cierto límite, no soportan la represión y explotan, ocasionando una crisis familiar totalmente sorpresiva.

La familia centrada en los hijos. En este tipo de familia los padres no son capaces de enfrentar sus conflictos de pareja y desvían la atención hacia los hijos, en quienes ubican la estabilidad de la pareja y la satisfacción familiar. Dentro de este medio el/la adolescente no puede crecer y continúa siendo dependiente, pues lo contrario rompería el aparente equilibrio familiar.

La familia con un solo padre. En este caso, uno de los hijos hace el papel del padre que hace falta, muchas veces sustituyendo el rol de la pareja ausente. Al desempeñar un papel que no le corresponde, el/la adolescente no vive como tal sino como adulto, asumiendo responsabilidades y problemas. Es probable que, cuando sea mayor, viva su adolescencia de manera extemporánea.

La familia pseudo democrática. Este tipo de familia, los padres son incapaces de ejercer disciplina sobre los hijos. Con la excusa de ser flexibles, no logran fijarles los límites necesarios, y les permiten hacer lo que deseen. El símbolo de autoridad es confuso y el/la adolescente se manifiesta con una competitividad desmedida, destructiva y sin fronteras.

a familia inestable. En ella las metas son inseguras, difusas; no se planean, más bien se improvisan. El/la adolescente es inseguro, desconfiado, temeroso y experimenta una gran dificultad para desarrollar su identidad.

En el medio familiar deberán crearse nuevas formas de transacción conforme las necesidades del adolescente se vayan transformando. Es necesario que éste, lo mismo que sus padres, aprendan a comunicar sus sentimientos adecuadamente; con honestidad y sin agresión, cuidando la forma de transmitir el mensaje, es decir, utilizando un lenguaje verbal y no verbal precisos y congruentes. Es importante conocer, por ejemplo, el beneficio de iniciar un diálogo con el pronombre yo, asumiendo así la responsabilidad por lo que se expresa, o bien, cambia

PUBERTAD Y EL PROCESO REPRODUCTIVO

Objetivos.

Los alumnos enlistaran los cambios puberales en el hombre y la mujer y describirán las partes de los órganos sexuales y los procesos de la fecundación, el embarazo y el parto.

Conceptos básicos:

- Cambios puberales en el hombre y la mujer.
- Anatomía y fisiología de los órganos sexuales
- Fecundación
- Desarrollo intrauterino
- Cuidados prenatales(edad para la reproducción)
- El parto
- Lactancia.

Procedimiento:

- Presentar objetivo de la sesión
- Realizar la introducción al tema de la sesión.
- Proyectar la película
- Escuchar comentarios y resolver dudas

Material:

-película"la paloma azul", video casetera, televisor, pizarrón, gises.

PUBERTAD Y EL PROCESO REPRODUCTIVO.

El sexo del bebe queda establecido desde el momento de la concepción. Si en ese momento se une una célula X con otra X, el resultado será una niña. Si se une una X con una Y, el resultado será un niño. El desarrollo de los genitales masculinos y femeninos se produce desde la sexta a la decimosegunda semanas, durante el periodo embrional.

Generalmente, los genitales están definidos en el momento del nacimiento. A los caracteres sexuales que se forman desde el nacimiento se les llama caracteres primarios.

Al llegar a la pubertad, el hipotálamo actúa sobre la glándula hipófisis, la cual provoca que las hormonas gonadotrópicas, según el sexo de la persona, estimulen los testículos o los ovarios, originando la producción de espermatozoides y hormonas masculinas en el hombre, y de óvulos y hormonas femeninas en la mujer.

Estas hormonas determinan los caracteres sexuales secundarios. En el varón, los cambios de este tipo son: crecimiento óseo, desarrollo muscular, aumento del metabolismo basal, aumento del espesor de la piel, aumento de la secreción de las glándulas sebáceas, engrosamiento de la voz, crecimiento del vello en las axilas, el bigote, la barba, el tórax, las piernas, los brazos y, formando un rombo, en el pubis. En la mujer, estos cambios son: aumento del tamaño de las mamas, ensanchamiento de la pelvis, crecimiento y distribución del vello el cual forma un triángulo invertido en el pubis, redistribución de la grasa y redondeamiento de la figura.

Otros cambios importantes que se presentan en esta etapa son, en el hombre, la eyaculación y en la mujer, la aparición de la menstruación.

La pubertad puede iniciarse entre los 9 y los 14 años, y depende de factores como la alimentación, la herencia, la influencia endocrina, el clima, la raza, y la situación geográfica. El ritmo de crecimiento y maduración de los púberes es muy diferente, algunos cambian con rapidez; otros lentamente. En la etapa de la pubertad es necesario que los/ las púberes aprendan a querer, valorar, cuidar su cuerpo y lograr una adecuada imagen corporal.

Estos cambios se acompañan del crecimiento y la puesta en funcionamiento de los órganos sexuales, cuya anatomía y fisiología básica se describen a continuación.

Órganos Sexuales Masculinos.

El pené. Órgano impar situado en la línea media de la porción inferior de la pared abdominal. Tiene forma cilíndrica y su extremo libre termina en el glande o cabeza. Está recubierto de piel fina, la cual se prolonga formando el prepucio hasta la cabeza del pené cubriéndolo parcial o totalmente. La parte anterior del glande, es decir, el meato urinario, sirve para la expulsión de la orina y la eyaculación del semen.

El pené adopta dos estados: el flácido y el erecto; este último se debe a la acumulación de sangre en los cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso, lo que produce un aumento de su volumen y un cambio en su consistencia.

Asimismo, tiene dos funciones: la copulación y la micción.

Escroto. Bolsa de piel en cuyo interior se encuentran los testículos. Posee varias capas que contienen fibras musculares, como el cremáster, que provoca la elevación y el descenso del testículo. Su función es ayudar a mantener a los testículos abajo del abdomen para que estos tengan una temperatura adecuada.

Testículo. Órgano par que se desarrolla en la cavidad abdominal y que en el momento del nacimiento debe estar en el escroto. Su función es la producción de testosterona y espermatozoides.

El testículo, cuerpo ovoide, tiene en su interior cientos de lóbulos constituidos por tubulos seminíferos; estos, a su vez, forman los tubulos rectos y, posteriormente, los conos deferentes, mediante los cuales los espermatozoides son movilizados hacia el epidídimo, estructura alargada en forma de coma, localizada en la parte superior del testículo.

Conducto deferente. Conducto delgado, con una capa muscular, que abarca desde el epidídimo hasta las vesículas seminales, pasando por la cavidad abdominal y detrás de la vejiga. Existe un conducto por cada testículo; su función es conducir los espermatozoides del epidídimo a las vesículas seminales.

Vesículas seminales. Estructuras en forma de saco situadas detrás de la vejiga; poseen una capa muscular y otra secretora. Su función es proteger y nutrir al espermatozoide.

Próstata. Glándula que rodea la uretra, localizada abajo y adelante de la vejiga. Está formada por tejido glandular y atravesada por los conductos eyaculadores. Su función es producir un líquido alcalino, claro y lechoso, que nutre a los espermatozoides y, junto con el líquido de las vesículas seminales, forma el semen.

Glándulas de Cowper. También conocidas como glándulas bulbo-uretrales, estas dos glándulas se encuentran después de la próstata. Su función es secretar un líquido alcalino que neutraliza la acidez de la uretra y lubrica antes del paso del semen en la eyaculación.

Uretra masculina. Conducto que se inicia en el cuello de la vejiga y termina en el nivel del glande en el meato urinario. Su función es conducir la orina y, en el momento de la eyaculación, el semen.

EspERMatozoides. Células masculinas que, al unirse con el óvulo de la mujer, dan lugar a una nueva vida. Están compuestos por cabeza, cuello y cola. Su producción se inicia en la pubertad y termina con la muerte.

La eyaculación. Es el proceso en el cual el semen y los espermatozoides salen a través del meato urinario, por la contracción de los órganos sexuales internos (conductos eyaculadores, próstata, vesículas seminales, uretra) En cada eyaculación se expulsan por lo general de 200 a 300 millones de espermatozoides, un volumen aproximado de 3 ml. Un espermatozoide se mantiene vivo entre 24 y 72 horas y la fecundidad depende de su número y sus características.

Antes de cada eyaculación, del meato urinario salen unas gotas de líquido transparente producidas por las glándulas de Cowper, que si penetran en la vagina pueden producir un embarazo.

Órganos Sexuales Femeninos.

Vulva. Esta formada por el monte de venus, los labios mayores, los labios menores, el clitoris, el vestibulo, el meato urinario, el orificio vaginal, el himen y las glándulas de Bartholin.

Monte de venus. Abultamiento cutáneo grasoso que se encuentra en la región del pubis, en la parte inferior de la pared abdominal. Esta cubierto por vello y tiene la forma de un triángulo de base invertida.

Labios mayores. Pliegues cutáneos de color oscuro cuyas paredes externas se cubren de vello. Al separarlos dejan al descubierto otras estructuras anatómicas.

Labios menores. Formaciones mucosas de color rosado y con cierta humedad que conforman el prepucio y el frenillo del clitoris.

Vestibulo. Espacio triangular que puede observarse al separar los labios menores, y en el se encuentra el meato urinario y el frenillo del clitoris.

Clitoris. Órgano eréctil que sobresale entre los repliegues labiales. Tiene una gran cantidad de terminaciones nerviosas, por lo que su función es decisiva en la excitación.

Orificio vaginal. Conocido también como introito, en la mayoría de los casos se encuentra limitado por el himen.

Himen. Membrana semirrígida formado por tejido conectivo y que tiene diferentes formas. En la porción central se hallan uno o varios orificios que permiten la salida de la menstruación. No tiene una función fisiológica, pero se le ha asignado un papel social con posibles repercusiones psicológicas.

Meato urinario. Orificio en donde termina la uretra femenina y por el cual sale la orina.

Glándulas de Bartholin. Estas dos glándulas se encuentran a los lados del orificio vaginal y secretan un líquido lubricante durante el coito.

Vagina. Tubo musculomembranoso que comunica a la vulva con el útero. Esta recubierto por mucosa, y su espacio es virtual. Durante la excitación el trasudado de sus paredes forma un líquido lubricante; durante el coito alberga al pené y es el canal durante el parto.

Útero. Órgano muscular con forma similar a la de una pera. Se compone de dos capas: el endometrio y el miometrio. En su cavidad se desarrolla el producto de la concepción y se localiza entre la vejiga y el recto. En los ángulos que la forman se originan las trompas de Falopio.

Trompas de Falopio. Dos tobos ubicados en la parte superior del útero, que miden de 10 a 12 cm y tienen un revestimiento musculomembranoso. Están formados por tres porciones: externa, media e interna. Su función es transportar los óvulos expulsados por los ovarios hacia el útero.

Ovarios. Órganos pares ubicados en ambos lados del útero; relacionados con las trompas de Falopio. Tienen forma de almendra y son de color blanco opaco. Al corte, un ovario presenta una parte cortical superficial y una porción central medular. Los ovarios cumplen dos funciones: la de madurar los óvulos(ovulación) y la de producir hormonas femeninas(estrógenos y progesterona) Estas hormonas producen los cambios secundarios durante la pubertad y preparan al útero para la anidación.

Óvulo. Célula femenina que, unida al espermatozoide, produce la fecundación. Los óvulos se encuentran en forma de folículos desde el nacimiento y su producción termina durante la menopausia; en cada mujer existen alrededor de 400 mil. Los folículos que no maduran se convierten en cuerpos atresicos o cicatriciales.

La menstruación. Es el sangrado de las mujeres, resultado de la pérdida del endometrio, que deja de ser necesario y sale por la vagina. Como las hormonas femeninas funcionan mensualmente, se dice que las mujeres tienen ciclos menstruales, cuya duración aproximada es de 28 días. Debido a que la mayoría de las mujeres funciona de manera particular, no se puede saber los días exactos de la menstruación. En la mayoría de las mujeres, el periodo menstrual dura entre 3 y 5 días.

Es importante recalcar que durante los dos primeros años de menstruación, los ciclos menstruales son irregulares.

Durante la menstruación, las mujeres deben asearse diariamente y realizar sus actividades cotidianas.

Fecundación.

La fecundación consiste en la unión de las células germinales masculina(espermatozoide) y femenina(óvulo), y se realiza en el tercio externo de la trompa de Falopio. Sólo un espermatozoide puede traspasar la zona pelucida que rodea al óvulo; cuando penetra, pierde la cola y los pronúcleos masculinos y femeninos(ambos contienen 23 cromosomas, 22 autosomas y uno sexual) se unen y en ese momento se determina el sexo del nuevo ser. Posteriormente el huevo llega al útero, donde se anida y del cual se derivan las envolturas o membranas y el embrión que ira desarrollándose en feto.

Embarazo.

Se considera que el embarazo se presenta cuando el huevo o cigoto, producto de la fecundación, se implanta en la pared del útero, se divide y crece.

El periodo de embarazo dura aproximadamente 9 meses, que se dividen en tres trimestres: en el primer trimestre, el embrión alcanza a medir unos 3 cm y tiene corazón, ojos, nariz, boca, orejas, manos, pies.

En el segundo trimestre, se le llama feto. Continúa el desarrollo y la maduración de los órganos.

En el tercer trimestre, el crecimiento alcanza 50 cm. Al finalizar este periodo, esta perfectamente desarrollado y listo para nacer.

La edad ideal para que una mujer se embarace fluctúa entre los 20 y 30 años. Durante el embarazo, el niño se desarrolla dentro del útero y se prepara para nacer.

Es importante que la mujer embarazada reciba atención prenatal. En cada consulta el obstetra valorará el estado de la madre y del bebe, revisara el aumento de peso, la presión arterial, el crecimiento del fondo uterino, el corazón, la posición del feto, etc.

El diagnostico del embarazo se realiza por la aparición de dos tipos de síntomas: presuncionales y de certeza.

Los primeros se refieren a los cambios mamarios, gestosicos(somnolencia, vómito, antojos), vaginales y vulvares(congestión interna), cervicales(reblandecimiento del cuello del útero), uterinos(aumento de su forma y tamaño), y la amenorrea o suspensión de la menstruación.

Los síntomas y signos de certiza son:

Delimitación del producto al tocar partes como la cabeza o el dorso, detección de su frecuencia cardiaca, aparición de movimientos fetales y pruebas de laboratorio(examen de orina u otros especializados).

Parto.

Horas antes del nacimiento el cuerpo de la mujer presenta cambios que se conocen como trabajo de parto, consistentes en contracciones uterinas y modificaciones cervicales del útero para facilitar el paso del niño hacia el exterior por la vagina.

El parto es el proceso en el cual la madre expulsa el producto de la concepción. Se divide en tres fases:

- dilatación
- expulsión o nacimiento del bebé
- alumbramiento o expulsión de la placenta.

La primera fase o dilatación se inicia con modificaciones cervicales(borramiento y dilatación del cuello de la matriz), además de las contracciones uterinas y, en de ocasionar, la ruptura de la bolsa de las aguas. Cuando se ha completado la dilatación cervical, las contracciones uterinas involuntarias aumentan y se distienden el periné(espacio entre el ano y los genitales).

Durante la segunda fase, o de expulsión, se da la máxima dilatación cervical, continúan las contracciones uterinas y, con ayuda de los movimientos de rotación del niño, se produce la expulsión.

La tercera fase, o alumbramiento, se caracteriza por contracciones uterinas que producen el desprendimiento de la placenta, la cual queda en el exterior, con lo que termina el trabajo de parto.

Posteriormente se inicia la etapa del puerperio, en la que se presenta en el organismo de la madre la involución, para regresar al estado previo al embarazo. La duración de este puede ser de 4 a 5 semanas, y su síntoma principal es la depresión posparto. Durante el puerperio se da la lactancia.

Lactancia.

Esta se efectúa por la acción de la hormona prolactina que estimula las glándulas mamarias para la secreción de leche. Este proceso se inicia de 24 a 48 horas después del parto. La leche materna contiene elementos nutritivos y anticuerpos; además, tiene un significado importante en el desarrollo psicológico del niño pues favorece la comunicación madre-hijo.

Durante esta época, la madre debe cuidar el aseo de sus pezones y procurar que el niño succione aunque no haya secreción, ya que la succión, a su vez, aumenta la estimulación y, por ende, la producción láctea. Una vez regulada la lactancia, el niño debe ser alimentado de 10 a 15 minutos cada 4 horas, alternando cada seno. Este periodo exige que la madre se alimente adecuadamente; por otra parte, suele impedir la reaparición de ciclos ovulatorios durante los primeros meses posteriores al parto.

SEXUALIDAD Y JUVENTUD.

Objetivos:

Los alumnos distinguirán las diferentes alternativas para ejercer su sexualidad y analizarán la importancia de tomar decisiones adecuadas.

Conceptos básicos:

- Concepto de sexo, sexualidad y salud sexual.
- Desarrollo psicosexual del joven
- Conductas sexuales: abstinencia, masturbación, faje y relaciones sexuales.
- Noviazgos, mitos, falacias, tabúes.
- Toma de decisiones.

Procedimiento.

- Realizar la introducción al tema
- Proyectar la película
- Comentar el tema, enfatizando las diferentes alternativas que tienen los/ las jóvenes para ejercer su sexualidad.
- Hablar acerca de lo importante que es tomar una decisión adecuada en cuanto al ejercicio de la sexualidad, y comentar los factores que influyen en una decisión.
- Escuchar comentarios y resolver dudas.

Material

Película "El último tren". Videocasetera y televisor o monitor, pizarrón y gises.

SEXUALIDAD Y JUVENTUD

En principio es importante diferenciar el concepto de sexualidad con otros como el sexo y la salud sexual.

El sexo es el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que permiten la diferenciación física de los seres humanos.

La sexualidad es un término más amplio que abarca lo que somos físicamente, lo que sentimos y hacemos en relación con el sexo que tenemos, así como las pautas y normas sociales que existen para cada género. La sexualidad es la expresión psicosocial de los individuos como seres sexuados en un contexto sociocultural, en un área geográfica y en un momento histórico determinado.

El concepto de salud sexual se refiere a la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, que no incluye como elemento indispensable la procreación. Porque, en esencia, la sexualidad se desarrolla en la comunicación, en la convivencia y el amor entre las personas.

La temprana juventud es uno de los periodos más críticos del ser humano, por cuanto representa el momento anterior a la etapa en que debe asumirse una responsabilidad social adulta. Esto implica la definición de un papel específico como hombre o como mujer en los ámbitos laboral, familiar, sexual, cultural y recreativo. Por ello se dice que él/ la adolescente está en la búsqueda de su identidad y necesita responder a la pregunta ¿Quién soy?

En la medida en que la/ el joven requiera formarse una imagen propia, tiende a negar lo que aprendió. Se encierra en una lucha ambivalente entre la dependencia y la independencia; ansia llegar a ser adulto, pero le duele abandonar su niñez; quiere autoafirmarse pero añora la seguridad que le brindan sus padres. Está descubriendo en su propio cuerpo un cuerpo que desconoce y va despertando a un cúmulo de sensaciones sexuales de dimensiones extrañas para él/ ella. Por otra parte, este proceso se da en el contexto de una sociedad que intenta mantener vigentes las pautas de la vida, dificultando más al joven el asumir una posición propia.

La relación con los padres, los amigos, novios/ as, hermanos/ as, etc., refleja el proceso que él/ la joven vive; debe renunciar a los primeros objetos de amor, que son sus padres. Para esto se separa de ellos, exagera sus defectos, se enoja; tiene que demeritarlos para poner una distancia que le permita diferenciarse y lograr una identidad propia.

En esta etapa el sentimiento de amor, que antes estaba centrado exclusivamente en los padres, se vuelca sobre sí mismo/ a. Es un primer peldaño, llamado egocéntrico, en el que vive una sobrevaloración de sí mismo/ a, una autopercepción exagerada, una sensibilidad extraordinaria y un alejamiento de la realidad.

Estos sentimientos se dirigen también hacia el mejor amigo, de su mismo sexo, quien adquiere una importancia y una significación que antes no tenía. Lo idealiza, lo admira y ama las características que de él/ ella quisiera tener y que, por los lazos amistosos, siente propias. Muchas de estas cualidades se ven representadas en ídolos o héroes de los medios masivos de comunicación, con quienes se identifica para adquirir la fuerza que le permita reafirmar su papel o imagen ante los demás.

En un intento por iniciar su relación con el otro sexo, puede dirigir sus sentimientos hacia artistas o hacia determinados ídolos u otros personajes; este "amor platónico" le permite ensayar antes de acercarse a personas de su misma edad.

El segundo peldaño de la temprana juventud abre nuevos horizontes e incrementa la vida emocional, él/ la joven explora el otro sexo y, poco a poco, desarrolla una más rica capacidad de amar. La ternura se expresa con más facilidad, en tanto que el componente más sensual que lo orienta a las relaciones sexuales se manifiesta de manera concreta al superar este peldaño.

La actividad sexual, que va desde los besos y las caricias hasta el acto sexual, no solo satisface una serie de necesidades físicas sino también emocionales. En el ejercicio de la actividad sexual lo más importante para él/ la joven es ampliar sus canales de comunicación, buscar experiencias propias, poner a prueba su identidad personal y encontrar alivio a las presiones externas a su mundo.

A través de los sentimientos, él/ la joven establece también una relación especial con la realidad. Percibe al mundo con un matiz particular, piensa que nadie se siente como él/ ella e incorpora el mundo externo con lo que siente y no con lo que muestra. En este lapso, la pareja constituye una nueva fuente de seguridad.

Una vez conjuntado el amor tierno con el amor sexual, él/ la joven consolida una nueva identidad sexual.

Este proceso toma tiempo; mientras ocurre, los/ las jóvenes canalizan su sexualidad de diferentes maneras, de acuerdo con sus valores, sus sentimientos y su posición frente a las normas establecidas por su grupo familiar.

Algunos optan por la abstinencia, la salida más aceptada por los adultos en nuestra cultura, que consiste en no realizar actividad sexual ni autoerótica. En el caso del varón, se puede presentar una descarga fisiológica llamada polución nocturna o sueños húmedos, en que los espermatozoides y el líquido seminal provocan la eyaculación, casi siempre acompañada de sueños eróticos. En las mujeres, se presentan lubricaciones y orgasmos durante el sueño.

La masturbación es una actividad practicada desde la infancia, que en la adolescencia o juventud temprana se manifiesta como la actividad principal de satisfacción sexual. La realizan tanto hombres como mujeres, aunque socialmente es más permitida en el hombre. Esta práctica ha estado rodeada por la culpa y el miedo; numerosos estudios han demostrado que no causa daño físico ni psicológico, mucho menos debilidad, dolores de cabeza o acné. Por el contrario, la masturbación permite a los/ las jóvenes ensayar su sexualidad y tener un recurso más cuando decida iniciar su vida en pareja.

El faje. Los medios de comunicación, las presiones de tipo social, la información en revistas y películas favorecen la formación de estereotipos en la realización del acto sexual. Estos modelos, generalmente, promueven la idea de que las relaciones sexuales sólo son completas si hay penetración. Sin embargo, también es posible llegar a la satisfacción sexual por otra vía: las caricias sexuales o el faje: besos, abrazos, masajes y tocamientos en distintas partes del cuerpo. Las caricias sexuales son expresiones placenteras compartidas por las personas, sin llegar necesariamente a la relación coital.

Las relaciones sexuales son encuentros que permiten el ejercicio de la sexualidad. Para que sean saludables es importante que estén basadas en el afecto, la responsabilidad, el respeto y el cuidado. Es importante brindar la información adecuada antes de iniciar la actividad sexual con el fin de evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. La orientación sexual puede ser heterosexual, homosexual y bisexual.

Las relaciones sexuales pueden llevarse a cabo con un amigo(a), con el novio o la novia. Otros jóvenes, ante su impulso sexual y frente a una sociedad con una doble moral en este aspecto, deciden manifestar su sexualidad recurriendo a una prostituta.

Para que estas actividades no conflictuen a los/ las jóvenes y puedan enriquecer su vida de relación, es importante que se den en el marco de la anticipación, la libre decisión de ambos, la prevención del embarazo y la claridad de las expectativas de los amantes.

Asimismo, él/ la joven, sobre todo los hombres, buscan la excitación por medio de imágenes y masajes distorsionados, otro camino que parcializa la actividad sexual. La aparente liberalidad de estos materiales pone en evidencia la represión de una sexualidad contextualizada en el complejo y fascinante mundo de las relaciones humanas.

Los mensajes hipereróticos refuerzan informaciones erróneas. Casi siempre con el fin de comercializar se instiga al joven al consumismo del sexo, seduciéndolo a través de algo que la sociedad esconde y es incapaz de asumir: la educación para el erotismo. La legítima necesidad del joven de conocer su sexualidad lo lleva a buscar los mensajes más explícitos. Acompañados, la mayoría de las veces, de información distorsionada (mujeres insaciables, penes de tamaños gigantescos, eyaculaciones exageradas, etc.) que se da en situaciones ficticias.

El/ la joven se muestra confundido ante el ejercicio de su sexualidad: por un lado, los padres proscriben a sus hijos, pero sobre todo a sus hijas, el ejercicio de su sexualidad, y por el otro, la misma sociedad alienta las oportunidades de que se lleven a cabo. Los medios masivos de comunicación bombardean cotidianamente al joven y la joven con estímulos sexuales y amigos(as) y novios(as) presionan también para iniciar la actividad sexual. Ante esta situación, él/ la adolescente no sabe que hacer, como decidir la canalización de su impulso sexual. Los/ las jóvenes toman decisiones diariamente, algunas más

importantes que otras, pero elegir la opción adecuada es una cuestión difícil, ya que una equivocación puede afectar su vida en forma definitiva.

Entre los factores que intervienen en la toma de decisiones se encuentran:

La información. Los jóvenes necesitan información amplia respecto a su sexualidad, que les permita manejar los elementos indispensables para tomar decisiones. Esta información no se la proporcionan los adultos y a ellos les resulta difícil adquirirla, bien sea por sentir vergüenza, por desconocer a dónde acudir y a quien preguntar, o por no contar con personas dispuestas a informarlos.

Las presiones sociales. Con frecuencia los jóvenes están influidos por las opiniones y los valores de los integrantes de su familia, por la religión y por los medios de información.

Necesitan definir y jerarquizar sus propios valores, distinguiéndolos de los de sus padres, de los de sus amigos y de otros agentes sociales para poder decidir y actuar de acuerdo con la escala moral que se hayan forjado.

Las situaciones. La temprana juventud es una etapa que se caracteriza por la toma de decisiones.

EL VIH - SIDA Y OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUALMENTE.

Objetivos:

Los / las participantes identificarán las principales características de las enfermedades de transmisión sexual así como las medidas de prevención para mejorar su salud sexual.

Conceptos básicos :

- Definición de las enfermedades de transmisión sexual.
- Agente transmisor, síntomas principales , modo de contagio y periodo de incubación de las ETS: Sífilis, Gonorrea, flujos, condilomas, herpes y VIH-SIDA.
- Higiene sexual y medidas preventivas.
- Canalización a personas especializadas.

Procedimiento:

(con material audiovisual)

- realizar una introducción al tema (de acuerdo al resumen).
- Proyectar la película Solamente una vez.
- Veá la película con el grupo y solicite los comentarios de las película.
- Al finalizar , resolver las dudas y promueva la participación .
- Concluir la sesión completando la información y enlistando las medidas preventivas.
- Organizar el grupo en equipos para realizar la dinámica de adivinanzas.
- Leer en voz alta el enunciado de la adivinanza sobre las ETS, .
- Solicitar a los equipos del grupo escuche y estudie la adivinanza para dar la respuesta.
- Al finalizar dar un premio al equipo que saldrá ganador.

decisiones impulsivas en situaciones críticas. Muchas veces él/ la joven toma decisiones para demostrar su independencia, su hombría o su feminidad, o para sentirse adulto. Es necesario que conozca los riesgos que conlleva una decisión de acuerdo con las diferentes situaciones, para prever las consecuencias futuras. El/ la joven debe aprender a evaluar los diversos aspectos del problema que enfrenta para poder dar forma a una decisión personal que lo satisfaga.

EL VIH - SIDA Y OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

Una enfermedad de transmisión sexual es un padecimiento infeccioso que se transmite principalmente a través del contacto sexual; un padecimiento infeccioso es la reacción ante la invasión del cuerpo humano por parte de un microorganismo.

En las ETS el padecimiento infeccioso se contagia de un huésped a otra persona en las diversas prácticas de contacto sexual. Una persona invadida por un microorganismo se lo pasa a la otra a través de los líquidos corporales y las membranas mucosas en el coito o penetración vaginal (pené a vagina, vagina a pené), en el sexo oral (pené a boca, vagina a boca), en el coito anal (pené a ano y recto, y viceversa). No todos estos padecimientos se transmiten a través de las mismas prácticas sexuales, hay unos más contagiosos que otros; también, existen etapas en las que el contagio es más probable.

Las enfermedades de transmisión sexual o venéreas pueden contagiarse también por otra vía que no es la sexual, como una transfusión de sangre o de la madre embarazada a través de la placenta al feto.

Como grupo de enfermedades, las ETS pueden lesionar en forma permanente los órganos genitales de ambos sexos y producir esterilidad (incapacidad reproductiva permanente) o infertilidad (incapacidad reproductiva eventual), pueden afectar al feto en el caso de las embarazadas e incluso llegar a causar la muerte.

Los padecimientos de este tipo han acompañado a la humanidad desde el inicio de la historia y han evolucionado tanto en su incidencia como en su gravedad. Por lo general entre sus efectos importantes se encuentran los psicológicos, pues forman parte de las relaciones afectivas y ponen en evidencia las contradicciones en los valores de los diversos grupos sociales. La culpa, la subestima, aun la depresión, son secuelas comunes de un diagnóstico de alguna enfermedad de transmisión sexual.

La organización mundial de la salud (OMS) ha considerado los siguientes padecimientos como sexualmente transmisibles: sífilis, gonorrea, chancro blanco, granuloma inguinal, infogranuloma venéreo, condilomas acuminados, vaginitis, herpes genital, parasitosis (sama y pediculosis), uretritis inespecífica y, en la actualidad el VIH-SIDA.

Sífilis.

Es una de las enfermedades más conocidas y graves, es producida por una bacteria llamada *treponema pallidum*. Fuera del cuerpo muere rápidamente y para su contagio debe de existir una solución de continuidad (herida o rozadura). Vive muy bien en áreas mucosas como la boca, los genitales y el recto. Se trasmite principalmente por contacto sexual, pero también por transfusiones y, a través de la placenta de la madre al feto.

El período de incubación abarca de tres semanas aproximadamente, después de la cuáles aparece en el sitio de penetración del *treponema* una lesión llamada chancro, parecida a una úlcera y que puede pasar desapercibida pues no produce dolor ni secreción esta lesión dura entre tres y seis semanas y aparentemente desaparece aun sin tratamiento pero en realidad se hace latente. En este momento puede realizarse el

diagnostico examinando al microscopio (campo oscuro). La enfermedad sigue su evolución dando lugar a la llamada sífilis secundaria la cuál ataca las mucosas, la piel y los ganglios. En este momento se puede llevar cabo el diagnostico por el examen VDRL. Si en ese lapso se aplica el tratamiento la sífilis. De lo contrario vuelve a hacerse latente y antes de dos años del inicio del padecimiento aparecerán síntomas nuevamente, a este lapso se le llama relapso.

Si la enfermedad no se detecta después de estos dos años, la sífilis se convierte en sífilis tardía y provoca trastornos en la piel y los huesos, en el corazón y en el sistema nervioso central.

La sífilis puede contagiarse durante embarazo y pasar a través de la placenta al producto, ocasionando abortos al principio de la gestación en etapas más avanzadas del embarazo deja lesiones en el niño como alteraciones en los dientes, cicatrices en la piel, lesiones en huesos de la nariz, en el paladar y en algunos casos ceguera o sordera.

Gonorrea.

Enfermedad que ataca los tejidos urinarios y genitales, pudiendo afectar también los de lo ojos y de los órganos genitales internos. Es producido por un microbio llamado *Neisseria gonorrea*, conocido como gonococo, su forma de contagio principal es el contacto sexual y su periodo de incubación abarca de tres a siete días. En el hombre produce dolor y ardor al orinar acompañados de una secreción purulenta y amarillenta. En las mujeres generalmente es sintomática (en un 80%); algunas presentan flujo ó descarga purulenta acompañada de irritación vaginal ó dolor al orinar. Cuando no se lleva acabo un tratamiento inmediato, puede producir otros problemas y atacar órganos internos tanto en el hombre como en la mujer, y en ultima instancia producir esterilidad.

Chancro blanco.

Su nombre deriva de su cierto parecido con el chancro sífilítico; sin embargo esta lesión presenta salida de secreción y dolor. Es producida por un microbio llamado *Hemophilus Ducrey*, y sus síntomas se inician en los genitales después de cinco a seis días del contagio, con la presencia de pequeñas llagas (ulceras) muy dolorosas y salida de material purulento de pus acompañada de inflamación de los ganglios linfáticos inguinales.

Herpes genital.

Es un padecimiento causado por el virus herpes simple tipo II y su periodo de incubación es de aproximadamente 21 días. Tiene dos etapas: El primer brote o infección después de siete días inicia con una intensa comezón en la zona del pené o en la superficie interna de los labios mayores; después aparecen pequeñas vesículas que segregan líquido revientan y dan lugar a lesiones dolorosas. El herpes recurrente se producirá meses después con la misma sintomatología de la primera vez. El momento de máximo contagio es durante las crisis o hasta tres días después de la desaparición de las vesícula. El herpes no tiene un tratamiento específico, únicamente de tipo sintomático.

Condilomas acuminados.

Enfermedad conocida como crestas, es producida por el virus papiloma toso y se adquiere por el contacto sexual. Las lesiones se inician de cinco a ocho días después del contacto con la presencia de pequeñas verrugas que aumentan rápidamente de tamaño y semejan pequeñas crestas de gallo, pues son neoformaciones de la piel. Uno de los conocimientos más recientes y menos difundidos es que, el virus del papiloma esta relacionado con el cáncer de los genitales masculinos y femeninos lo cuál significa que se trasmite a través de las relaciones sexuales.

Vaginitis.

Principalmente de dos tipos de vaginitis: la monoliasis, que es producida por un hongo llamado *Candida albicans*, y la tricomoniasis, producida por un protozoo flagelado, *Trichomonas vaginalis*.

La primera se caracteriza por la presencia de placas de color blanquecino en la vagina, flujo blanco y escozor y ardor vulvar. La segunda, por lesiones en el cuello y vagina y la producción de un flujo amarillento, con las burbujas y mal olor, así como escozor y dolor.

Infección por Clamidias.

Se ha encontrado que la clamidia está relacionada con la aparición del cáncer en el cuello del útero, por lo que se le considera un factor importante de riesgo. Al inflamarse las trompas de Falopio y los conductos deferentes se asocia con la esterilidad de los hombres y las mujeres, con embarazos fuera del útero e infecciones en ojos y pulmones. Esta enfermedad se confunde con otras vaginitis y, por tanto, no se tiene registro del número de personas infectadas. En el hombre, la mayoría de las veces se presenta en forma asintomática, aunque algunos casos informan de comezón, enrojecimiento e inflamación del glande.

Parasitosis.

Dentro de las enfermedades que se agrupan bajo este rubro se encuentra la pediculosis pubis, producida por *Phthirus pubis* y cuyos síntomas son comezón y dolor, debido a que viven adheridos a los vellos del pubis. Otra de ellas es la sarna, que es muy frecuente y es causada por el *Sarcoptes scabiei*; sus síntomas son comezón intensa, ardor y enrojecimiento. Estos padecimientos, además de ser transmitidos por contacto sexual, pueden serlo por contacto directo o ropa contaminada.

Uretritis inespecífica.

Muchas veces se le confunde con la gonorrea; sus síntomas son ardor al orinar y secreción uretral escasa. Ocasionalmente puede ser producida por bacterias u hongos; es necesario precisar los síntomas para evitar confusiones y aplicar el tratamiento adecuado.

VIH - SIDA.

Es una enfermedad mortal causada por el virus que debilita el sistema inmunológico, cuyas siglas significan:

Síndrome : la enfermedad presenta un conjunto de signos y síntomas.

Inmune : debilita o afecta el sistema o aparato inmunológico.

Deficiencia : es producida por un virus.

Adquirida .

Es una enfermedad causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH - SIDA). Este es un retrovirus que cambia muy velozmente su estructura y provoca la formación de células gigantes, tumores y cáncer en los seres humanos. El VIH-SIDA puede vivir dentro de las células por muchos años, pero fuera de ellas su vida se reduce notablemente. Se encuentra principalmente en la sangre, el semen y en los líquidos vaginales; fuera de estos tres medios es muy débil. En otros líquidos corporales como las lágrimas, la saliva, el sudor y la orina el VIH - SIDA está fuera de las células, así que es poco infectante, además su concentración en estos sitios es muy baja.

El VIH - SIDA tiene varias etapas:

La primera etapa, periodo de ventana , cuando el virus penetra por primera vez en el organismo no muestra ninguna reacción visible y no puede detectarse ni con estudios de laboratorio. Sin embargo, el sujeto puede transmitir la infección a otras personas.

Segunda etapa: persona aparentemente sana, pero infectada. Después de contraer la infección por VIH-SIDA. La mayoría de los casos desarrolla anticuerpos que puede detectarse por un análisis de sangre llamado de Elisa. En esta etapa el virus permanece latente. A los pacientes que se les detecta la presencia de anticuerpos de VIH-SIDA en su sangre se les llama infectados, seropositivos o personas que viven con el VIH-SIDA. Aunque aparentemente están sanos. Su sistema inmunológico se va deteriorando lentamente y pueden transmitir el virus del sida a otras personas.

Tercera etapa : aparición de la enfermedad de los ganglios , después de un periodo de duración variable y sin síntomas suelen presentarse una enfermedad de los ganglios linfáticos, se estima que un 25% de estas personas desarrollara el SIDA en un lapso de 3 años.

Cuarta etapa: el SIDA esta en la etapa final. Se ha calculado un promedio de 8 a 10 años entre el momento de la infección y el desarrollo de enfermedad. Algunos de los padecimientos que afecta el SIDA son: pérdida de peso, fiebre, debilidad, dolores de cabeza, daños neurológicos, tuberculosis, salmonelosis, neumonías, lesiones en la piel, (cáncer de piel , conocido como sarcoma de Kaposi).

El Sida se transmite por tres vías o mecanismos :

- 1.- contacto sexual con una persona infectada, cuando existe intercambio con fluidos corporales : semen, liquido preeyaculatorio, fluidos vaginales y menstruales.
- 2.- A través de una trasfusión sanguínea o de sangre depositada en agujas y jeringas y trasplantes de órganos contaminados.
- 3.- A través de una madre infectada a su hijo por nacer durante el embarazo, el parto o al amamantamiento.

El SIDA no se transmite por saludar o abrazar a personas que viven con el virus, usar utensilios de personas que padecen la enfermedad, estornudar, bañarse en el mismo baño o alberca , ni por la picadura del mosquito. La detección del SIDA se realiza descubriendo anticuerpos desarrollados ante la presencia del virus. La prueba debe hacerse al menos 3 meses después de haber estado expuesto al riesgo , la prueba de Elisa se realiza primero y si es positiva , debe repetirse y después confirmarse con el Western Blot.

Es importante diferenciar entre una persona que es portadora del VIH-SIDA y alguien que ya presenta ,los síntomas de la enfermedad. El portador es una persona a quien se le detecta anticuerpos Contra el SIDA en la sangre y también se les llama seropositivos

Es importante recordar que el SIDA-VIH. No tiene cura y puede atacar a cualquier persona : no importa sexo, edad, raza, religión, ni orientación sexual.

Prevención de la Enfermedades de Transmisión Sexual.

Higiene sexual: consiste en una serie de medidas para mantener saludables los órganos sexuales, ayudar a su buen funcionamiento.

Evitar las enfermedades que pueden afectarlos y preservar una vida sexual y reproductiva sana.la higiene sexual debe ir unida a las medidas comunes de higiene, por ser los genitales parte del cuerpo.

Es de vital importancia que los padres de familia enseñan a sus hijos / as a practicar las medidas para preservar la salud sexual.

La higiene debe practicarse desde el nacimiento con el baño diario , con lo que se evita la irritación que causa la orina y las heces fecales.

La palpación de los testículos es útil además para detectar tumores o la presencia de sangre o de agua. También es importante correr el agua. También importante correr el prepucio (la piel que cubre la cabeza del pené) hacia atrás para asear el pené y evitar así la acumulación de esmegma (sustancia sebácea resultado de la secreción balanoprepucial).

Cuando se trata de una niña, durante el baño deben separarse con dos dedos de la mano los labios mayores de la vulva y con la otra mano asearlos genitales que quedan al descubierto ya que tanto la humedad como los restos de orina pueden causar irritación.

Otra medida para evitar infecciones es limpiar la vulva hacia adelante y el ano hacia atrás, después de orinar o defecar.

Cuando los niños o niñas crecen, y aprenden a bañarse solos, deben de continuar con las medidas de higiene señaladas durante la adolescencia, lapso en el que inicia el funcionamiento de los órganos sexuales estas medidas de higiene deben reforzarse.

Un problema frecuente en los jóvenes es un padecimiento benigno que se presenta cuando la apariencia desempeña un papel muy importante en la personalidad del individuo : el acné .

Para resumir se señalan las principales recomendaciones tendientes a evitar el contagio de la Enfermedades de Transmisión Sexual:

- Seleccionar cuidadosamente a la pareja sexual. Evitar contactos sexuales con personas que tengan muchas parejas o síntomas de una ETS.
- Tener relaciones sexuales con una sola pareja, que se tenga la seguridad que es fiel .
- Evitar intercambio de fluidos: sangre, semen, durante una relación sexual oral, o vaginal o anal.
- Utilizar condón y combinar con espermaticidas para mejorar su eficacia.
- Orinar después del contacto sexual.
- Lavar los genitales después del contacto sexual .
- Realizar el auto examen genital.
- Acudir a revisión, a partir del inicio de las relaciones sexuales.
- Si existen sospecha de que haya contraído una ETS es importante acudir al

EMBARAZO ADOLESCENTE Y ANTICONCEPCIÓN.

Objetivo:

Los / las participantes discutirán el impacto del embarazo durante la etapa adolescente y describirán el uso, ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos adecuados para su edad.

Conceptos Básicos:

- Embarazo adolescente y sus consecuencias biopsicosociales.
- Alternativas para los jóvenes ante un embarazo.
- Definición de métodos anticonceptivos.
- Tipo de métodos anticonceptivos , utilización, indicaciones y contraindicaciones de los métodos.
- Métodos anticonceptivos específicos para el / la joven.

Procedimiento:

(Con material audio visual).

- presentar el objetivo de la sesión.
- Realizar la introducción del tema (basada en el resumen del tema).
- Proyectar la película " con las manos en los bolsillos".

EMBARAZO ADOLESCENTE Y ANTICONCEPCIÓN.

EL embarazo precoz es un fenómeno multifactorial que abarca dimensiones médicas, socioculturales, psicológicas y económicas. Las estadísticas reportan que en México el 15% de los nacimientos corresponden a madres menores de 20 años.

Los sectores en que predomina la maternidad temprana son los de mujeres sin escuela (el 60% de los casos). Y mujeres que viven en comunidades rurales (de menos de 2500 habitantes).

Resultados obtenido de dic pick y Atskin reportan que los padres de adolescentes embarazadas poseen menor grado de escolaridad que los padres del grupo de no embarazadas. A demás la mayoría de las jóvenes estudiadas deserto la escuela - o tenia bajas calificaciones - antes de embarazarse .también existen antecedentes de embarazos no deseados en sus familias , sobre todo en la madre o la hermana mayor.

A partir del análisis de casos se han propuesto algunas hipótesis psicológicas. Entre los factores desencadenantes de embarazos se señalan : el miedo a la soledad, la posibilidad de sentirse adulto, la carencia de afecto y autoestima, la necesidad de reafirmarse como mujeres - o en su caso. Hombres- la rebeldía contra los padres de familia , la búsqueda de independencia, la fantasía de rescate y la curiosidad sexual.

Las jóvenes difícilmente identifican este tipo de causas, ya que muchas de ellas son inconscientes y forman parte del proceso que viven.

Potencialmente el embarazo ,puede producirse desde el momento en que se tiene la primera ovulación o comienza la eyaculación (entre los 12 y 13 años de edad), puede ocurrir en solo contacto sexual, en estas condiciones el embarazo se considera de alto riesgo ya que antes de los 15 años no esta consolidado su desarrollo físico y generalmente no es si no hasta los 20 años de edad cuando existen las condiciones psicosociales para tener un hijo.

Por lo que se refiere a los aspectos médicos se sabe que las mujeres que se embarazan antes de los 15 años tienen mayor posibilidad de presentar abortos y partos prematuros o de requerir una operación cesárea, también es frecuente que el trabajo parto tenga mayor duración dando como resultado el sufrimiento fetal . otra de las complicaciones o padecimiento es la toxemia gravídica padecimiento que se caracteriza por la elevada tensión arterial, no seguir un tratamiento adecuado y oportuno pueden traer complicaciones mayores como la eclampsia o la muerte, también otra referencia es que los nacimientos de las adolescentes son de bajo peso al nacer y pequeño tamaño. Se ha estudiado que la tasa de morbimortalidad infantil es más alta en las madres que son adolescentes.en ocasiones cuando nacen el niño puede tener lesiones a nivel del sistema nervioso central y afectar su coeficiente intelectual inferior al normal.las complicaciones médicas se dan en un contexto psicosocial nada propicio y difícilmente superable antes de los 20 años.

Los cambios por los que atraviesa la joven (rebeldía, ambivalencia de independencia, confusión ante su imagen, corporal,búsqueda de su identidad y aislamiento) se suman a los cambios que implica el embarazo, motivo por el cual se producen temores, miedos, desequilibrios emocionales y confusión de identidades manifiestan en forma de depresiones, somatizaciones intentos de aborto, y fantasías de autodestrucciones. Los padres de familia que ven como desgracia el embarazo de una hija soltera se sienten

Culpables por la situación y en vez de reconocerlo, se culpan mutuamente, y lo proyectan sobre la joven a través de reclamos, hostigamientos y hasta el maltrato físico.

La joven que no había desertado de la escuela, ahora lo hace a la fuerza por la condición en la que se encuentra. La mayoría de los jóvenes que logra juntarse pues viven en la casa de los suegros y eso acarrea aun mas problemas de tipo familiar. Cuando tiene el bebe tienen aun más problemas puesto que no están psicológicamente bien los dos y esto acarrea problemas a largo plazo al niño.

Resulta evidente que la falta de información y de acceso a los anticonceptivos son factores que también contribuyen al embarazo precoz. Hay quienes afirman que el "embarazo" es el precio que pagan el / la joven por desconocer los métodos m anticonceptivos.

Dada la complejidad que rodea al embarazo en la adolescencia, los programas preventivos no pueden ser simplistas. Actualmente están encaminándose a considerar el ámbito de la reacciones familiares, los varones y la autoestima, la toma de decisiones y la información, más completa para que la vida sexual de los jóvenes sea saludable y estos manejen elementos que se les permitan retrasar su paternidad y maternidad hasta después de los 20 años de edad.

ANTICONCEPCIÓN PARA JÓVENES.

La indicación de un anticonceptivo en los jóvenes es diferente al criterio empleado con los adultos. En la vida sexual de los primeros hay que tomar en cuenta los factores tales como la frecuencia sexual, el desarrollo físico y emocional, el tipo de pareja - estable o inestable- así como la actividad y motivación para los métodos anticonceptivos.

Existen diferentes métodos anticonceptivos que pueden usar los jóvenes.

Es el personal de salud quien debe orientarlos y guiarlos, en forma conjunta tomen una decisión adecuada a la situación.

Solo los anticonceptivos de barrera no requieren la consulta del medico para su prescripción.

El Condón o Preservativo: es una cubierta en forma de saco elástico de látex que se fabrica en varias formas y colores: básicamente es cilíndrico circular, cerrado en un extremo y abierto en el otro, con borde redondeado. Los condones se envasan sobre el borde abierto, a veces lubricado y por lo general herméticamente sellados en bolsas de plástico metálico.

¿Cómo actúa? al envolver al pené retiene todo el liquido seminal eyaculado así evitando que llegue a ponerse en contacto con la vagina e impidiendo así la fecundación.

¿Cómo se usa? Para usarlo se rompe el sobre en donde esta contenido y se desenrolla el condón sobre el pené en erección, poco antes del contacto sexual, teniendo cuidado de dejar espacio en el extremo para recibir el semen. es importante que una vez terminado el contacto sexual, se retire el pené sujetando el condón por la base del pené para evitar que el semen se escape y se deposite en la vagina o en la vulva. si se realiza un nuevo contacto sexual se deberá utilizar un nuevo condón los condones se deberán guardar en un lugar fresco y nunca podrán usarse más de una sola vez, tampoco deben utilizarse después de expirada la fecha de caducacion, ni más de cinco años después de la fecha de fabricación

Ventajas:

- Previene el contagio de la ETS, no requiere receta medica.
- Es comercial y relativamente barato.
- Es fácil de llevar.
- La colocación del condón puede convertirse en parte del juego sexual.
- Se usa con facilidad.
- No causa complicaciones de tipo medico.
- Da la oportunidad al varón de participar con su pareja en la prevención del embarazo.

Desventajas:

- Puede romperse , si no se usa con cuidado .
- Puede haber sensibilidad o alergia al látex.
- Debe tenerse cuidado al retirarlo.
- A algunas personas les disgusta su uso por que dicen que disminuye la sensibilidad.
- Hay que utilizar un condón nuevo cada vez que se tenga contacto sexual.

Los Espermaticidas : Son sustancias químicas que se colocan antes del coito dentro de la vagina. Existen numerosas presentaciones , como espumas , tabletas vaginales, jaleas, cremas, óvulos y esponjas vaginales.

¿ Como actúan? Paralizando la función de los espermatozoides.

¿ Como se usan? Se introduce la sustancia en alguna de sus presentaciones, con el aplicador o en el caso de los óvulos, con los dedos . 15 minutos antes de empezar la relación sexual. Después del coito no deberá realizarse lavados vaginales antes de 6 horas.

Si existe otra penetración se necesita una nueva aplicación. las esponjas vaginales incorporan un espermicida en un vehículo de poliuretano en forma de hongo, que se humedece con las secreciones vaginales. La esponja debe insertarse 24 horas antes del contacto sexual. también deberá retirarse por medio de una ducha vaginal hasta 6 horas después del contacto sexual.

Ventajas:

- Disponibles sin necesidad de receta médica.
- Relativamente baratos.
- De fácil aplicación.
- Combinables con otros métodos para mayor eficacia

Desventajas:

- Su aplicación puede interrumpir el acto sexual.
- Puede causar alergia.
- Su uso requiere motivación.
- No protegen del VIH-SIDA ni de otras ETS.
-

La Píldora: Es un medicamento elaborado con hormonas sintéticas similares a las que el organismo produce.

¿ Como actúa? Su mecanismo de acción es suprimir la ovulación y propiciar en el tracto reproductivo condiciones desfavorables para el transporte de espermatozoides y la implantación de un posible óvulo fecundado.

¿ Como se usan? La píldora debe tomarse todos los días a la misma hora. Se aconseja relacionar su toma con algún otro suceso diario como: cepillarse los dientes, acostarse desayunar, etcétera.

La primera píldora puede tomarse en cualquier momento durante los primeros 5 a 7 días de su periodo menstrual. Recordar que existen envase de 28 y 21 píldoras. Cuando se termine un paquete de 28 días

tendrá que comenzar a tomar las píldoras de un paquete nuevo. Cuando se acaba un paquete de 21 días tendrá que esperar una semana (7 días) antes de tomar píldoras de un nuevo paquete. Si olvida tomar una píldora, deberá hacerlo tan pronto se acuerde. Puede tomar 2 el mismo día olvida tomarla 2 días seguidos deberá tomar 2 píldoras diariamente hasta ponerse al día. También es aconsejable utilizar otros métodos anticonceptivos o abstenerse de tener contactos sexuales hasta terminar el paquete de píldoras. Si deja de menstruar por uno o 2 meses después de olvidar de tomar la píldora, no deberá tomarla más y será necesario visitar a su médico .

Ventajas:

- La píldora es altamente eficaz para evitar el embarazo.
- No se requiere preparativos especiales antes de la relación sexual.
- Se puede tener relaciones sexuales el mismo día que desea, pues la mujer se encuentra protegida durante todo el mes.
- Es reversible.
- Disminuye la mayoría de trastornos del ciclo menstrual.
- Se ha encontrado una disminución del riesgo de una enfermedad inflamatoria pélvica.
- Reduce el número de embarazos extrauterinos.
- Reduce la aparición de quistes ováricos funcionales.
- Reduce el cáncer ovárico, y endometrial.
- Reduce las enfermedades mamarias benignas.
- Posiblemente reduce enfermedades de la tiroides.
- Menor de cantidad de úlceras duodenales.
- Algunos estudios informan de un menor incidencia de artritis reumatoide.

Desventajas:

- Trastornos circulatorios.
- Trastornos hepáticos ,
- Posibles efectos sobre algunos tipos de cáncer.
- No protege del VIH-SIDA ni de otras ETS.

Según varios estudios de alcance internacional, los anticonceptivos orales producen trombosis venosa, embolia pulmonar y trombosis arterial en el cerebro y en el corazón, hipertensión, infarto al miocardio y accidentes cerebro vasculares.

La Inyección mensual: la inyección mensual contiene 5mg, de Estradiol y dosis muy bajas de hormonas.

¿ Como actúa?

Inhibe la ovulación.

Modifica el moco cervical.

Altera el endometrio.

¿ Como se usa? Las jóvenes sólo deben usar inyecciones mensuales, ya que contienen dosis muy bajas de hormonas significativamente inferiores a las de las inyecciones de 2 y 3 meses.

La primera inyección se debe aplicar dentro de los primeros 5 días después del inicio de la menstruación.

Se debe aplicar en forma intramuscular.

La siguiente inyección debe aplicarse 30 días después.

Si se encuentra dentro de los primeros 5 días, se puede aplicar de inmediato.

Ventajas:

- Su uso no afecta el coito.
- No esta contraindicada durante la lactancia.
- Tiene efectividad anticonceptiva muy elevada.
- Garantiza privacidad y confidencialidad.
- Tiene una forma de administración muy sencilla, practica y de larga duración.
- Proporciona beneficios no anticonceptivos a corto plazo sobre riesgo de cáncer de endometrio, de ovario, riesgo d embrazo ectopico, enfermedad inflamatoria pélvica aguda , quistes ováricos, fibromiomatosis uterina, nódulos y quistes mamarios y anemia.

Desventajas:

- Hay más alteraciones menstruales .
- Puede producir aumento de peso, cefaleas, cambios de humor .
- El regreso a la fertilidad es inmediato.
- No protege del VIH-SIDA ni de otras ETS.

Las Pastillas Anticonceptivas de Emergencia (PAES).

Son píldoras anticonceptivas tradicionales, de las que se toman a diario, pero se administran en dosis concentradas y por corto tiempo.

¿ Como actúan? Dependiendo el momento del periodo me4nstrual en el que se tomen, puede tenerse la liberación de óvulos, e interferir con la implantación en el útero.

¿ Como se usan? Se debe tomar la primera dosis de 2 pastillas dentro de las 72 horas , posteriores a la relación sexual no protegida: y la segunda dosis de 2 pastillas, 12 horas después . esta dosis es para las siguientes marcas: ovral, eugynon, nordiol, neogynon.

Ventajas:

- La anticoncepción de emergencia es el único método que puede ser usado después de la relación sexual, es el último recurso disponible ante un embrazo no deseado.
- No tiene ninguna contraindicación medica absoluta para su uso ocasional.

- No requiere planeación del coito.

Desventajas:

- Causa una mayor incidencia de efectos colaterales (nausea y vómito) que las pastillas anticonceptivas de uso normal.
- El índice acumulado de falla, en caso de uso rutinario, es más elevado que el de las pastillas de uso normal.
- Requiere como cimiento previo por parte del usuario y por parte del prestador de servicio.
- No protege del VIH-SIDA ni de otras ETS.

El Dispositivo Intrauterino (DIU) o Aparato.

Es un objeto de material sintético (plástico) al cual puede adicionárseles otras sustancias que potencializan el efecto. Al DIU, que no tienen ningún material adicional o complementario se les llama inerte o dispositivo de primera generación, y aquellos que tiene cobre u hormonas se les llama bioactivos o de segunda generación.

Deben tener tres requisitos básicos:

1. ofrecer protección contra el embarazo.
2. ser fácil de insertar con el mínimo de molestia.
3. permanecer en su sitio en el útero hasta que la mujer desee retirarlo.

¿ Como actúa? El mecanismo de acción de los dispositivos no se tiene claro y se continúan los estudios para conocerlo a fondo: se piensa que son varios :

- inhibe la migración del espermatozoide en el útero.
- Inhibe la fecundación.
- Inhibe el transporte del huevo, previniendo la implantación.

¿ Como se usa? Debe ser colocado por el personal de salud calificado. Dentro del útero por medio de un aplicador especial, y una técnica limpia.

- Primero se hace un examen pélvico.
- Se introduce el espejo vaginal con el fin de visualizar el cuello del útero.
- Se limpia el cuello con una gasa y solución desinfectante.
- Se inserta una sonda o histeriometro que sirve para medir el fondo del útero.
- Se toma el cuello del útero con unas pinzas de anillos y se coloca el aplicador especial en el canal cervical.
- Dentro del aplicador se introduce el DIU y se empuja el embolo del aplicador.
- Ya dentro del útero el aparato toma su forma nuevamente.
- Todos los Dispositivos tienen unos pequeños hilos que permiten su extracción una vez que se quiera retirar y recuperar la función reproductiva.

¿ Cual es el momento de oportuno de su aplicación para colocar el DIU?

Puede insertarse en cualquier momento del ciclo menstrual, pero tal vez sea preferible hacerlo durante o inmediatamente después de la menstruación, ya que esto permitirá tener la certeza de que no existe un embarazo y su introducción por el cuello uterino sería más fácil. Por estar más abierto en ese momento. Otro momento es del parto o aborto puede hacerse inmediatamente después de la salida de la placenta, aunque haya más posibilidad de expulsión, o bien, esperar 6 semanas de aplicarlo.

Ventajas:

- Es un método que se puede usar durante varios años, dependiendo del tipo de dispositivo.
- La mujer no tiene que pensar en tomar un anticonceptivo cada día o cada vez que tenga relación sexual.
- Una vez aplicado no hay gastos adicionales.
- Solo requiere visitar al médico cada 6 meses o al año.
- El procedimiento de inserción es realmente rápido y sencillo.
- Es fácil de extraer y no afecta la fertilidad posterior.
- Se inserta solo una vez.
- Ofrece protección continua y efectiva.
- No interfiere con el acto sexual.

Desventajas:

- La inserción puede ser dolorosa.
- Algunas veces se produce dolores o sangrado.
- Puede ser expulsado involuntariamente.
- Puede haber más posibilidades de contraer enfermedad inflamatoria crónica en aquellas mujeres con varios compañeros sexuales.
- Si se da el embarazo a pesar del DIU, puede presentarse complicaciones.
- No protege del VIH-SIDA ni de otras ETS

Retiro o Coito Interrumpido.

Es la interrupción del contacto sexual antes de que el espermatozoide sea depositado en la vagina.

Mecanismo de acción: se retira el pene antes de la eyaculación, es decir, el semen se descarga fuera de los genitales femeninos.

Ventajas:

- No requiere preparación previa.
- Es un método disponible a voluntad.
- No tiene costo.
- No presenta riesgos para la salud.
- No es necesario consultar al médico, ni acudir a una farmacia.

Desventajas:

- Es altamente desconfiable.
- Exige control emocional.
- Interfiere con el acto sexual.
- Crea frustraciones personales y a la pareja.
- Puede causar ansiedad y tensión emocional.
- Pueden salir espermatozoides en el líquido que producen las glándulas de Cowper.
- Puede contraerse una ETS / VIH-SIDA.

Ritmo.

Consiste en llevar a cabo contactos sexuales únicamente en la época infértil de la mujer, de acuerdo con su ciclo menstrual.

Mecanismo de acción: no se puede llevar a cabo contactos sexuales los 5 o 7 días anteriores a la ovulación, ni los 5 o 7 días posteriores.

La ovulación ocurre de 14 a 16 días antes de la menstruación. La ovulación se detecta cuando hay aumento de temperatura basal de 0.2 a 0.4 grados centígrados o cuando el moco cervical del útero puede estirarse como filamento o clara de huevo.

Ventajas:

- No tiene costo.
- No causa complicaciones médicas.

Desventajas:

- Baja efectividad.
- Exige motivación de la pareja para llevarlo a cabo.
- Muchas mujeres presentan irregularidades menstruales.
- Puede haber error en el conteo de los días fértiles.
- Interfiere con el deseo para realizar el acto sexual.
- Puede contraerse el VIH-SIDA o alguna ETS.

No debe recomendarse a los jóvenes la mayoría de sus relaciones no son planeadas; en los primeros años, los ciclos de las mujeres adolescentes son irregulares, y además se les dificulta llevar a cabo de forma adecuada el método.

BIBLIOGRAFIA

- Anticoncepción en la Adolescencia
Ornelas, A. J. (1996, mayo junio).
Rev. Adolescencia IMSS.

- Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos,
Alan H. DeCherney,
Martin L. Pernoll,
7° Edición, México,
Editorial Manual Moderno,
1997

- Educación para la Salud en la Escuela
Socorro Calvo Bruzos
Madrid,
Editorial Diaz de Santos, S.A. 1992

- El Educador y la Sexualidad Humana,
Anameli Monrroy de Velazco
Editorial Pax, México
2° Edición, 1980.

- Embarazo adolescentes
Toro, R. (1992, Nov.).
Revista de Ginecología y Obstetricia.

- Embarazo y Maternidad en la Adolescencia
Polaino, Lorente, Aquilino
Pedro Martínez Cano,
Impresión: Universidad de Navarra,
Instituto de Ciencias para la Familia, Ralp, 1995

- Fecundidad en la Adolescencia. Causas riesgos y opciones,
Monrroy de Velazco, A. Y Cols (1998)

- Fisiología y Fisiopatología Básica
Dr. Arthhur C. Guyton
2° Edición . México,
Editorial Interamericana , 1980

- [http://www. Vida Humana: org:/Vida Familiar-](http://www.VidaHumana.org/VidaFamiliar)

- Investigación Científica en Ciencias de la Salud,
D. Polit, B. Hungler,
4° Edición,
Editorial Interamericana, 1991
México, D.F.

- Investigación Científica en Enfermería,
Lasty Bálseiro Almario
Editorial Prado
México 1991,

- La Educación de la Sexualidad Humana, Familia y Sexualidad,
Equipo Editorial CONAPO,
México 1986 .

- Léxico de Sexualidad
Martín Goldstein Will
Primera Edición
Editorial Lengua M. Bride
España 1981

- " Los problemas de los adolescentes y la Educación Sexual"
<http://www.ses.rcanaria.es/infosalud/jovenes/.htm>.

- Manual de Prevención del Embarazo no Planeado en la Adolescencia.
Secretaría de Salud
Salud Reproductiva, México 2000

- Manual de prevención y embarazo no deseado"
Secretaría de Salud
Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades
Dirección General de Salud Reproductiva

- **Manual de Sexualidad en Atención Primaria.**
Juan C. Olazábal Ulacia
Concepción Marcos Valladolid
Félix López Sánchez.
Amaru Ediciones
Salamanca 1990.

- **Manual de Sexualidad Humana**
Alfonso López J.
Equipo Editorial CONAPO
México, 1986.

- **Métodos Anticonceptivos para Adultos jóvenes**
Finger, W. (1997, primavera), Network en español.

- **Hablemos de Sexualidad con la Gente Joven**
MEXFAM. Gente Joven,
Fundación Mexicana para la Planificación Familiar A. C.
México D. F. 1998
Tercera Edición renovada y actualizada.

- **Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, parto y Puerperio y del Recién Nacido 1995**
Secretaria de Salud,

- **Obstetricia**
Cunningham
MacDonald
Gant
Leveno
Gilstrap
4° Edición, México ,
Editorial Masón, 1996

- **Primigesta Adolescente**
Garza de la C. (1997, dic,)
Revista de Ginecología y Obstetricia

- **Salud Sexualidad y Adolescencia,**
Dr. Arimeli Moyroy y de Velazco.
1° Edición
México, Editorial Pax, 1985,

- Sexualidad y Cultura
John H. Cagnon
Editorial Pax- México
1980

- Secretaria De Salud(1998). El derecho a la libre decisión.
La planificación Familiar en el contexto de la Salud Reproductiva, México:
Dirección General de Salud Reproductiva.

- Secretaria de Salud (1999). Lo que el prestador de servicios debe
saber acerca de la planificación familiar (serie de 6 vol.). México:
Dirección de Salud Reproductiva.

- Sexualidad Humana
James Lestic Mc. Cary,
Stephen P. Mc. Cary,
Juan Luis Álvarez Gayoc,
Carlos del Río,
José Luis Suárez,
5° Edición, México,
Editorial Manual Moderno, 1980,

- Sexualidad Humana y Planificación Familiar
Esther Gally
México, Editorial Pax-, 1986,

- Sexualidad la Experiencia Humana,
William h. gotwald Jr,
gale holtz golde,
México D. F.
Editorial Manual Moderno, 1983

- Tratado de Anatomía Humana
Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez
Tomo III,
4° Edición México D. F.
Editorial Porrúa, 1984

- Yo adolescente,
Susan dic W.
Elvia Vargas Trujillo
Primera Edición
Editorial Planeta, 1992