

204



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

TESIS

295096

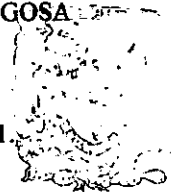
PROPUESTA DE INTERVENCIONES DEL  
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
EN LA EDUCACION DE LA SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA :  
INES SARABIA CRUZ  
Nº. DE CUENTA: 8914864-4

DIRECTORA DE TRABAJO:  
LIC. EN ENF. ADDY GUTIEREZ RAYGOSA

MEXICO, D.F. A ABRIL DEL 2001



Escuela Nacional  
de Enfermería y Obstetricia  
Coordinación de  
Servicio Social





Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

### **GRACIAS DIOS :**

POR HABERME PUESTO EN ESTE CAMINO DE LA CARRERA MAS NOBLE Y HUMANA QUE PUDIERA EXISTIR, GRACIAS POR HABERME PERMITIDO TERMINARLA Y ASI PODER AYUDAR A MIS SEMEJANTES, AHORA SOLO TE PIDO QUE ME ILUMIES, ME GUIES Y ME DES SABIDURIA PARA CONTINUAR CAPACITANDOME PARA ORIENTAR Y AYUDAR A TODA AQUELLA PERSONA QUE PONGAS A MI CUIDADO Y SABER ALIVIAR SU DOLOR Y ANGUSTIA.

### **A MIS ABUELITOS.**

**RITA MENDEZ RIOS**

**ANGEL CRUZ HERNANDEZ**

TODAS MIS ACCIONES ESTARAN DEDICACADAS A USTEDES, QUIENES ME AYUDARON A DECIDIR LO QUE AHORA SOY: ENFERMERA Y QUE AHÍ EN DONDE ESTAN, ESPERO NO FALLARLES Y PUEDAN ESTAR ORGULLOSOS DE MI.

***DEDICADA A:***

**MIS PADRES:**

**MARIA DE LOS ANGELES CRUZ MENDEZ**

**JUAN ARTURO SARABIA ROMERO**

QUE CON TODO SU ESFUERZO, APOYO ECONOMICO Y MORAL ME PERMITIERON LLEGAR A TENER UNA FORMACION PROFESIONAL, CON ESTO ME DEJAN LA HERENCIA MAS GRANDE Y VALIOSA.

**MIS HERMANOS:**

**RITA SARABIA CRUZ**

**JUAN SARABIA CRUZ**

POR TODO SU APOYO QUE EN SU MOMENTO ME BRINDARON, DESEANDO QUE ESTE TRABAJO ALGUNA VEZ EN SU VIDA PUEDA SERVIRLES.

**RECONOCIMIENTO A LA:**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**EN ESPECIAL A:**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CENTRO COMUNITARIO DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD

**LIC. EN ENF. ADDY GUTIERREZ R.**

CON MUCHO CARIÑO Y RESPETO SIEMPRE ESTARE AGRADECIDA POR TODO LO QUE EN MI HA HECHO, POR SUS CONSEJOS Y PACIENCIA. POR ASESORARME EN MI TESIS, POR HABER SIDO PARTE DE MI FORMACION, ESPERO QUE ALGUN DIA VUELVA A TENER EL HONOR DE TRABAJAR CON USTED. ASI MISMO PONDRE ENTUSIASMO PARA QUE ALGUN DIA SE SIENTA SATISFECHA DE SU ALUMNA QUE LA ADMIRA Y ESTIMA MUCHO. GRACIAS .

**AGRADEZCO LA INTERVENCION EN MI FORMACION A:**

LIC. EN ENF. GRACIELA ARROYO C.

M.S.P. SOFIA SANCHEZ PIÑA

LIC. EN ENF. EDDA A LA TORRE WINTER

LIC. ANTROPOLOGA PATIRICIA CASASAS

LIC. EN ENF. ALEXIS RESENDIZ

LIC. EN ENF. CRISTINA CASTAÑEDA

LIC. PEDAGOGIA BLANCA PONCE

Q.B.P. GABRIEL BURGOS

LIC. EN ENF. CRISTINA MIUGENBURG

LIC. EN ENF. LETICIA RAMIREZ TORIZ

LIC. EN ENF. ANA LAURA PACHECO

A TODO EL PERSONAL DE SALUD QUE EN ALGUN MOMENTO PARTICIPO.

## INDICE

	PAGS.
<b>INTRODUCCION</b>	1
<b>1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION</b>	3
1.1 DEFINICION DEL PROBLEMA	4
1.2 OBJETIVOS	5
1.3 VARIABLES E INDICADORES	6
<b>2. MARCO TEORICO</b>	7
2.1 ADOLESCENCIA	7
2.1.1 DESARROLLO SEXUAL FEMENINO	14
2.1.2 DESARROLLO SEXUAL MASCULINO	19
2.1.3 FACTORES DE RIESGO EN LA EDAD ADOLESCENTE	23
2.1.4 DAÑOS MAS FRECUENTES	28
2.2 SOCIEDAD Y SEXUALIDAD	35
2.2.1 CONTROLES SOCIALES Y LEGALES DE LA CONDUCTA SEXUAL HUMANA	35
2.2.2 MITOS Y SEXUALIDAD	37
2.2.3 SEXUALIDAD Y RESPONSABILIDAD	40
2.3 EDUCACION DE LA SEXUALIDAD	45
2.3.1 DEFINICION DE LA SEXUALIDAD Y SEXO	45
2.3.2 IMPORTANCIA DEL SEXO	45
2.3.3 LA SEXUALIDAD EN EL ADOLESCENTE Y SUS PROBLEMAS EN SEXUALIDAD	51
2.3.4 LOS ADOLESCENTES Y SUS PADRES	55
2.3.5 COMUNICACIÓN ENTRE PADRES E HIJOS	55
2.3.6 PUBLICIDAD, MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y SEXUALIDAD	59
2.3.7 LA EDUCACION DE LA SEXUALIDAD Y LA ESCUELA	66
2.3.8 LA ENFERMERIA EN LA EDUCACION DE LA SEXUALIDAD	67

<b>3. ESQUEMA DE LA INVESTIGACION</b>	<b>71</b>
<b>3.1 METODOLOGIA GENERAL DE LA INVESTIGACION</b>	<b>71</b>
3.1.1 FUENTE DE DATOS	71
3.1.2 TAMAÑO Y TIPO DE MUESTRA	71
3.1.3 LA ENCUESTA	71
<b>3.2 RECOPIACION DE DATOS Y PROCESAMIENTO ESTADISTICO</b>	<b>71</b>
<b>3.3 ANALISIS DE RESULTADOS</b>	<b>72</b>
<b>3.4 CONCLUSIONES</b>	<b>99</b>
<b>4. PROPUESTAS DE INTERVENCIONES DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LA EDUCACION DE LA SEXUALIDAD DEL ADOLECENTE.</b>	<b>102</b>
<b>5. ANEXOS</b>	<b>113</b>
<b>6. APARATO CRITICO</b>	<b>116</b>
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>117</b>

## INTRODUCCION

En México, a través del tiempo se ha ido cambiando la idea o el temor para abordar el tema acerca de la sexualidad, ésta podría decirse que es un componente o un elemento básico en la vida de los seres humanos, en especial en la etapa de la adolescencia en donde cursa su vida con muchos cambios de todo tipo siendo unos mas problemáticos que otros.

Desgraciadamente para el adolescente no existe un especialista para su orientación o tratamiento, si no que se da todo esto en conjunto con sus padres o tutores, profesores, familiares, amistades y en algunas ocasiones por algún profesional de la salud.

No hace mucho tiempo que se han estado formando instituciones gubernamentales y no gubernamentales en donde el adolescente pudiera orientarse, pero no esta al alcance de todos, podría ser por que no exista alguna en su comunidad y por lo tanto ignora que existen, por que no tienen los medios para trasladarse, por que cultural o socialmente no se le permite abordar el tema.

De ésta manera se aumenta el conflicto al adolescente y que de un modo u otro intentara resolver su inquietud, su duda y desde luego existe el riesgo de que lo haga de manera errónea.

Es por esto que los padres o tutores, desde que nace la niña o el niño deben de iniciar la educación en la sexualidad, para que cuando crezcan y lleguen a la adolescencia exista y se conserve la comunicación y confianza para orientarles en los cambios y dudas que en ésta etapa de su vida le van a surgir; no quiero dejar de mencionar lo indispensable que son los maestros en la orientación al adolescente en apoyo a los padres de familia o tutores.

De igual manera es importante la intervención del profesional de la salud, en éste caso el Licenciado en Enfermería y Obstetricia tiene la capacidad para orientar al adolescente en su sexualidad.

Durante mi servicio social realizado en el Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud ubicado en San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco, Distrito Federal; a través de la consultoría de Enfermería y actividades de campo, pude percatarme de la necesidad de los adolescentes por adquirir una orientación en su sexualidad, motivo que me incentivó para realizar ésta investigación con la finalidad de detectar su nivel de orientación y así en base a lo anterior estructurar una propuesta de intervenciones del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la educación de la sexualidad de los adolescentes.

Esta investigación cuenta con la metodología adecuada y en su marco teórico posee una variedad de temas acerca de la adolescencia, desarrollo sexual femenino y masculino, factores de riesgo en la edad adolescente, los daños mas frecuentes, sociedad y sexualidad, la responsabilidad en la sexualidad, la educación en la sexualidad, los problemas sexuales

en el adolescente, los adolescentes y sus padres, los medios de comunicación y Enfermería en la educación sexual.

Posteriormente se presentan los resultados obtenidos de los cuales se obtienen las conclusiones.

Finalmente se presenta el programa educativo y una guía para la identificación de factores de riesgo.

En la sección de anexos se encuentra la cédula de entrevista que se aplicó a los adolescentes, el aparato crítico y la bibliografía.

## 1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION.

En el Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud, perteneciente a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, ubicada en San Luis Tlaxiátemalco, perteneciente a la delegación política de Xochimilco en el Distrito Federal, durante la consultoría de enfermería los adolescentes con frecuencia piden orientación en cuanto a métodos anticonceptivos, así como de embarazo o control del embarazo, y no se acercan a pedir una orientación a cerca de su sexualidad, sus manifestaciones y sus riesgos.

Esta situación hace pensar que el adolescente no es capaz de solicitar orientación sobre su sexualidad en aspectos preventivos, si no que se acercan solo cuando necesitan una solución a su problema.

Todo esto origina embarazos no deseados, a temprana edad, abortos, pérdida de su autoestima, problemas emocionales, familiares, incluso pueden afectar su proceso de formación y limitar sus planes a futuro.

Se puede pensar que todo esto tiene relación con una deficiencia en la orientación de la sexualidad, que por supuesto no es sólo con relación a los métodos anticonceptivos, sino a la integridad de su cuerpo adolescente y a su estado emocional; toman o practican decisiones en la etapa equivocada, lo que da lugar al ejercicio de una sexualidad irresponsable, sin criterio, sin una estabilidad emocional y menos aun económica que les diera seguridad en ellos mismos, y conciencia de los riesgos y daños que tal situación implica.

Claro esta, que es indispensable la intervención de las personas con la preparación necesaria para orientar a los adolescentes con relación a la problemática mencionada y que idóneamente sería el Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

## 1.1 DEFINICION DEL PROBLEMA.

Propuesta de intervención del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la educación de la sexualidad de los adolescentes.

La realización de la presente investigación se justifica debido a la población adolescente que, por sus propias características se convierte en grupos que necesariamente requieren de orientación para su autocuidado en diferentes áreas pero en forma muy especial en su sexualidad, motivo por el cual es importante identificar el nivel de conocimiento y favorecer su calidad de salud y vida.

Se sabe que el adolescente no está desorientado totalmente o carente de información, ya que a través de los medios de comunicación y en la vida diaria algo aprende, sin embargo pudiera ser una información no adecuada a su edad, medio ambiente, cultura o costumbre.

La adolescencia siempre se ha caracterizado como una etapa muy difícil debido a los cambios que conducen de la niñez a la adultez; es conflictiva por muchos factores, principalmente la relación que se da con los padres o tutores, la disciplina que impone la escuela y también la influencia de las amistades o círculo social, que inducen al adolescente a no querer pasar desapercibido tratando de imitar conductas a veces nocivas para ser igual que los demás y ser aceptado por el grupo con el riesgo de perder su propia identidad; con frecuencia no hace caso de los consejos o buenos hábitos que le inculca su familia pues lo que desea es su emancipación.

Otro de los factores es la invasión de cultura que ingresan de otros países, y que los adolescentes no están preparados para recibir otro tipo de costumbres o ideologías. A esto se suman los riesgos del entorno domiciliario como son la falta de sitios de recreación y deportes, los giros negros, las pandillas y grupos parasociales en general. Todo lo anterior solo hace de los adolescentes, seres muy vulnerables con los que hay que trabajar arduamente.

## 1.2 OBJETIVOS.

1. Conocer el nivel de información que tienen los adolescentes a cerca de su sexualidad.
2. Identificar los medios por los cuales los adolescentes reciben orientación a cerca de su sexualidad.
3. Saber la información que tienen los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos.
4. Identificar el conocimiento que tienen los adolescentes a cerca de las enfermedades de transmisión sexual.
5. Proponer intervenciones del licenciado en Enfermería y Obstetricia, considerándolos como un profesional que atribuye eficaz y eficientemente en la educación de la sexualidad del adolescente, tanto en el núcleo familiar como en la escuela y en el entorno domiciliario.

### 1.3 VARIABLE E INDICADORES.

VARIABLES	INDICADORES
V.1 Información sobre sexualidad.	Conocimiento sobre sexualidad. Inicio de relaciones sexuales Causa de relaciones sexuales Nivel de información de relaciones sexuales.
V.2 Quien informa sobre relaciones sexuales.	Enfermería Padres Hermanos Amigos Maestros Medios masivos Impresos
V.3 Métodos anticonceptivos.	Preservativos D.I.U. Hormonales Quirúrgicos Otros
V.4 Enfermedades de transmisión sexual (ETS).	Sífilis Gonorrea V.I.H. Otras

## **2. Marco Teórico**

### **2.1 Adolescencia.**

A partir de principios de siglo, la adolescencia fue motivo de continuos estudios que progresaron desde considerar solamente los problemas surgidos del despertar de la genitalidad hasta el estudio de las estructuras de pensamiento que ubicaban al joven en el mundo de valores del adulto. La psicología, la psiquiatría, el psicoanálisis, intentaron comprender y describir el significado de esta crisis de crecimiento que se acompañaba de tanto sufrimiento, de tanta contradicción y de tanta confusión. La sociología y la psicología social arrojaron luz sobre el problema y permitieron vislumbrar la solución de algunos de sus problemas intrínsecos.

El signo que caracteriza esta etapa es, desde el punto de vista del individuo, la necesidad del joven de entrar a formar parte del mundo del adulto y los conflictos que surgen tienen su raíz en las dificultades para ingresar en ese mundo y en las del adulto para dejar paso a esa nueva generación que le impondrá una revisión crítica de sus logros y de su mundo de valores.

Literalmente, adolescencia (latín, adolescencia, ad: a, hacia + olescere: forma incoativa de olere, crecer) significa la condición o el proceso de crecimiento. El término se aplica específicamente al periodo de la vida comprendida entre la pubertad y el desarrollo completo del cuerpo, cuyos límites se fijan, por lo general, entre los 13 y los 23 años pudiendo extenderse hasta los 27 años.

La característica de la adolescencia es que el niño, quiera o no, se ve obligado a entrar en el mundo del adulto y podríamos decir que primero entra a través del crecimiento y los cambios en su cuerpo y mucho más tarde de sus capacidades y sus afectos.

Lo que ha aprendido como niño, en aprendizaje y en adaptación social ya no le sirve. El mundo externo y él mismo exigen un cambio en toda su personalidad.

Frente a esta invasión la primera reacción afectiva del niño es un refugio en su mundo interno; es como si él quisiera reencontrarse con los aspectos de su pasado para poder enfrentar después el futuro.

Ese refugio en la infancia se debe no solamente a que le cuesta hacer el "duelo de la infancia" sino que la infancia misma es lo que él conoce. Su rol frente al ambiente

inmediato, o frente a la escuela, frente a las bandas de compañeros es “un rol de niño”, al cual él ya estaba adaptado desde muchos años atrás.

El mundo interno que ha ido desarrollando a través de toda su infancia identificándose con aspectos de sus padres, maestros o figuras sustitutivas de ambos le servirá de “puente” para conectarse con un mundo externo que es nuevo para él, a consecuencia de su cambio de estatus. El duelo por la infancia y por los padres de la infancia involucra al yo y al mundo externo.

Otro de los problemas centrales del adolescente es la búsqueda de su identidad. Todos estos problemas son más graves actualmente, vivimos en un mundo en el que la tensión y la ansiedad creadas por la acumulación de los medios de destrucción representan una amenaza permanente y sabemos que la estabilidad es el clima necesario para que un ser humano se desarrolle normalmente.

En la formulación de las medidas para una higiene mental del adolescente deben administrarse caracteres propios y por lo tanto medidas específicas en los distintos medios sociales y en especial en sociedades como las latinoamericanas que están sufriendo, en diversos grados, una transformación. (1)

## **AMOR, SEXO Y FAMILIA.**

La época en que los cambios físicos empiezan a transformar a los niños en jóvenes y jovencitas, se conoce como pubertad. La palabra pubertad viene de pubes o púbico, porque los principales cambios se realizan en el área púbica del cuerpo.

La pubertad se desata cuando ovarios y testículos, las glándulas sexuales de muchachos y muchachas respectivamente, se ponen a funcionar por medio de la hipófisis. Esta glándula maestra envía la señal al secretar las hormonas que despiertan a las glándulas sexuales. Una vez activas estas glándulas originan el cambio de las características primarias y secundarias.

Tanto en los jóvenes como en las jovencitas los cambios sexuales primarios o características sexuales primarias ocurren en los órganos de la reproducción conocidos como genitales. Los cambios de las características sexuales secundarias se realizan en todo el cuerpo, incluyendo el peso, la estatura, y un aumento del vello corporal.

Cuando el joven percibe la aparición de vello púbico, también se da cuenta del aumento en el tamaño de sus órganos genitales externos. El más obvio de ellos es el pene, un órgano suave y esponjoso de forma cilíndrica, suspendido de la parte inferior del área púbica. El tubo que transporta la orina del cuerpo, atraviesa a lo largo del pene. Este tubo, llamado uretra, también sirve de canal por el que pasan las células espermáticas del organismo.

En la pubertad, los testículos inician su doble función: la producción de células reproductoras masculinas conocidas como espermatozoides; y la producción de testosterona, la hormona sexual masculina que estimula el desarrollo de las características sexuales secundarias.

La producción de espermatozoides, se inicia en la pubertad y por lo general continúa hasta una edad bastante avanzada. A lo largo de este tiempo son producidas billones de células espermáticas.

La contribución masculina a la reproducción, es decir, las células espermáticas, son enviadas al cuerpo de la mujer para unirse con el óvulo. El momento en que se concibe un bebé, es aquel en que un único espermatozoide masculino penetra en un óvulo femenino.

Al entrar la pubertad, las muchachas también se dan cuenta de muchos cambios nuevos. Su vello corporal aumenta, tienden a aumentar de peso y tanto sus senos como sus caderas empiezan a redondearse de una manera típicamente femenina. El cambio más dramático de todos es el inicio de la menstruación.

Estos cambios y muchos más ocurren en el momento en que los ovarios producen las hormonas que trabajan junto con la glándula hipófisis. Los ovarios, desempeñan dos funciones vitales: producen mensualmente el óvulo maduro, para la reproducción, y mantienen a los órganos reproductores femeninos en buen funcionamiento.

Los ovarios son dos órganos separados de forma de almendra que se ubican dentro de la cavidad pélvica. En la pubertad, estos óvulos comienzan a madurar a una velocidad de aproximadamente uno mensual, y continúan haciéndolo durante treinta o más años, de la vida de la mujer. En este período se producen aproximadamente 500 óvulos maduros.

La función del sistema de reproducción femenina es producir un óvulo maduro que se una con una célula espermática.

Es obvio que la fecundación no ocurre muy a menudo. Una vez que se desencadena la ovulación y no ocurre inmediatamente después la concepción, el óvulo no fecundado se desintegra, y el forro del útero se desecha. El proceso mediante el cual sucede esto se llama menstruación, viene de la palabra latina mensis, que significa mes, y se refiere al hecho de que el endometrio se derrama cada 28 días o cada mes.

Aunque la menstruación en sí es el período que dura aproximadamente 3 o 5 días durante el cual el endometrio se está desechando, el ciclo menstrual comienza con la ovulación y termina con la menstruación.

Siempre y cuando no ocurra la fecundación, este ciclo se repite una y otra vez. Es perfectamente normal que el ciclo se tarde desde 20 a 35 días. Muchas chicas se preocupan cuando su “período” no ocurre a tiempo. Esta irregularidad es común entre las muchachas, y aun mujeres maduras suelen experimentarla.

Durante la adolescencia la vagina y los órganos externos que la rodean deben madurar para satisfacer los requisitos de la reproducción y de la actividad sexual adulta. Colocada directamente en la boca de la vagina, se encuentra la membrana que puede tener formas distintas; lo más frecuente es que tenga la forma de un anillo. Puede ser finísima, extremadamente gruesa o aun estar ausente de nacimiento. Esta membrana se conoce con el nombre de himen, o “membrana de la virginidad”; su presencia íntegra se ha considerado por mucho tiempo como la prueba de que una mujer no ha tenido relaciones sexuales.

A pesar de que muchachos y muchachas atraviesan por cambios similares, también experimentan muchos que son diferentes. Ambos aumentan rápidamente de estatura y de peso al entrar la pubertad. Primero, los huesos largos del cuerpo aumentan de longitud. Esto provoca una sensación de crecimiento súbito que hace que la muchacha sobrepase la estatura de su madre y que el muchacho alcance o sobrepase la de su padre. A un tiempo, tanto ellos como ellas tienen una sensación de torpeza porque sus manos y pies parecen estar en desproporción exagerada con el resto del cuerpo.

## **CAMBIOS ENDOCRINOS PUBERALES**

Los cambios físicos descritos se producen bajo un estricto control hormonal. La señal para comenzar la secuencia de hechos está dada por el cerebro, es el hipotálamo el que ha de

madurar antes de que se inicie la pubertad. Desde el momento del nacimiento circulan ya pequeñas cantidades de hormonas sexuales que parecen inhibir la producción de hormonas liberadoras de gonadotropinas que son originadas en el hipotálamo prepuberal.

Otros fenómenos como la erección que también se presenta en los niños pequeños, se hace más frecuente en el muchacho siendo también motivo de ambivalencia ya que lo hace sentirse orgulloso de su masculinidad pero al mismo tiempo la falta de control sobre ella le causa ansiedad.

La madurez sexual se alcanza después de la instalación de complicados procesos de interacción por estimulación y liberación hormonal de los diversos componentes del eje hipotálamo-suprarrenales y será solo entonces cuando el individuo esté capacitado para procrear.

### **REPERCUSSIONES EMOCIONALES Y CUIDADOS AL ADOLESCENTE.**

Puesto que la pubertad es esencialmente un periodo de maduración, los padres y maestros deben recordar que los niños intuyen la necesidad de tener los cambios físicos ya que representan su aceptación dentro del medio social. Un adolescente bien desarrollado tiene más posibilidades de acción en actividades deportivas, en su interacción con el sexo opuesto, en oportunidades de trabajo. Así pues, aquellos que presentan la pubertad tardía o bien tempranamente, cursan con importantes repercusiones emocionales que provocan variaciones de la personalidad que persisten aún en la edad adulta.

Las variaciones de la normalidad en cuanto a inicio de la pubescencia son muy amplias, el educador debe informar de ello a los interesados para disminuir su angustia.

Los rápidos cambios corporales hacen que no tenga una imagen objetiva de sí mismo, además la influencia del ideal masculino o femenino del momento le hacen sentirse lleno de imperfecciones. La higiene corporal y el ejercicio físico programado deben ser parte de los hábitos adquiridos desde la infancia para que en esta fase sólo requieran que se haga mayor énfasis sobre ellos. (4)

Después de este rápido crecimiento o aumento de estatura, viene lo que podría llamarse el periodo de llenamiento. En los muchachos se manifiesta con el ensanchamiento de pecho y hombros que le dan una apariencia muy varonil. Simultáneamente, los órganos internos,

corazón y pulmones, los músculos externos de los brazos, del torso y de las piernas, se aproximan a la madurez.

El período de llenamiento de la muchacha incluye cambios que la hacen atractiva para el sexo opuesto, al tiempo que la preparan para ser esposa y madre, cuando los senos y las caderas se llenan, muchas abrigan sentimientos ambivalentes en relación a sus nuevas curvas. Algunas se sienten orgullosas y ansiosas de mostrar estos cambios por medio de la ropa, mientras que otras se sienten avergonzadas y confusas y buscan esconder su recién adquirida feminidad, usando ropas sueltas y encorvando los hombros. Pero generalmente siempre pueden contar con alguien que les dé un buen consejo con relación a estos problemas: La madre, la hermana mayor, un paciente, un maestro o una amiga.

No es raro que los padres se quejen diciendo: "Este niño no deja de comer, debe tener una pierna hueca", o "esta muchacha es tan perezosa que se la pasa acostada todo el día". La verdad es que los cambios físicos rápidos producen un aumento de apetito y de una desusada necesidad de descanso y sueño.

Una de las causas más comunes de preocupación de los adolescentes en ambos sexos es la súbita erupción en la piel y el olor corporal. Ambas son el resultado de hormonas que estimulan las glándulas sebáceas y sudoríparas, que se agrandan y se vuelven más activas.

Uno de los cambios más palpables en el joven es el engrosamiento de la voz. Este cambio de soprano a barítono o bajo, originado por el engrosamiento o alargamiento de la caja de resonancia, llamada laringe, hace que la voz suene totalmente varonil.

Cuando el cuerpo de un muchacho es capaz de producir y eyacular semen puede decirse que hay indicio definitivo de que está creciendo. A veces esta primera eyaculación se producirá en forma de un "sueño húmedo" o para decirlo más técnicamente en la forma de una eyaculación nocturna.

No hay motivos para sentirse culpable por una eyaculación nocturna ni apenado por mojar o manchar el pijama o la ropa de cama. Los llamados sueños húmedos pueden ser frecuentes o no; pero de ningún modo se debe pensar que una eyaculación nocturna equivale a una pérdida de la virilidad, como algunas personas han tratado de hacernos creer. Las muchachas no tienen eyaculación nocturna.

Dentro del contexto de la salud integral de los adolescentes debe hacerse especial énfasis en los aspectos educativos que va encaminados a crear en ellos la responsabilidad del propio cuidado de su salud sexual y reproductiva.

Esto es, hacerlos conscientes de la responsabilidad que cada cual debe ejercer sobre la salud, tanto para preservarla como para rehabilitarla y que para ello se requiera del conocimiento de las normas de salud relativas a la sexualidad, a la reproducción y de la importancia que implica tanto la prevención como el tratamiento adecuado y oportuno. (4)

### **SALUD SEXUAL**

La Organización Mundial de la Salud define a la salud sexual como “la integración del ser humano de lo somático, lo emocional, lo intelectual y lo social de la conducta sexual, para lograr un enriquecimiento positivo de la personalidad humana que facilite sus probabilidades de comunicación y de dar y recibir amor” y a continuación se desarrollan algunos temas que pueden apoyar ese concepto. (3)

### **2.1.1 DESARROLLO SEXUAL FEMENINO**

#### **CAMBIOS PUBERALES EN EL HOMBRE Y LA MUJER.**

El proceso de cambios físicos que experimenta el individuo durante su pubertad se caracteriza por cinco aspectos íntimamente relacionados:

1. Rápido aumento en talla
2. Maduración de los caracteres sexuales primarios.
3. Aparición de los caracteres sexuales secundarios.
4. Desbalance endócrino transitorio.
5. Repercusión de todos estos cambios en el área emocional.

#### **CRECIMIENTO Y DESARROLLO FISICO**

La edad de inicio varía considerablemente ya que influyen factores genéticos, ambientales y nutricionales. Algunos podrán haber terminado su crecimiento y alcanzado la talla final, cuando otros aún no lo hayan comenzado, sin que esto indique anormalidad alguna. En las niñas, el inicio del desarrollo físico se presenta más tempranamente con una diferencia de dos años en relación con los niños; aquellas que inician su pubertad a menor edad alcanzarán su estatura adulta y probablemente tendrán al final menor talla que quienes la iniciaron más tardíamente.

El adolescente debe estar informado de todas estas variaciones de la normalidad ya que es un espectador ansioso de su propio desarrollo.

#### **CARACTERES SEXUALES PRIMARIOS Y SECUNDARIOS.**

En la mujer, el primer dato que indica que la pubertad se ha iniciado es el crecimiento de las mamas, que pueden ser uni o bilateral, al mismo tiempo empieza a presentarse salida de secreción mucosa transparente por los genitales. Estos cambios se presentan ahora cada vez a más temprana edad, de los nueve años en adelante es ya frecuente encontrar niñas con caracteres sexuales secundarios.

El vello púbico tiene características similares al de los varones, escaso y lacio primeramente y después grueso y rizado. El vello axilar es posterior en su aparición y ocasionalmente puede no presentarse como en algunos grupos indígenas de nuestro país.

El primer sangrado menstrual es un evento tardío en el proceso pubescente de la niña pero conlleva importancia en el contexto social ya que se le considera el momento en que la niña pasa a "ser mujer".

Los padres no deben quedarse al margen desaprovechando la oportunidad de acercamiento que les proporciona el hablar con sus hijos sobre los cambios corporales que están experimentando, de ello dependerán las actitudes positivas o negativas para la aceptación de ellos mismos.

### **ORGANOS GENITALES FEMENINOS.**

Se componen de ovarios, tubas uterinas, útero, vagina y órganos genitales externos.

**Ovarios.-** Es un órgano par situado en la pared lateral de la pelvis. Su tamaño varía de acuerdo con el ciclo menstrual pero es aproximadamente de 4 cm de longitud y cada uno pesa 7g. Tienen dos funciones, la primera es la producción de células germinales u ovocitos y la segunda es la producción de hormonas, los estrógenos y la progesterona. Los estrógenos regulan el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, es decir, el crecimiento mamario, la distribución de grasa corporal, la aparición de vello púbico y axilar. La progesterona ayuda a que el huevo se implante en el endometrio. Ambas hormonas producen cambios cíclicos en las tubas uterinas, en el endometrio, en el cérvix y la vagina.

A partir de la pubertad, la mujer inicia sus ciclos menstruales los cuales son regulados por el hipotálamo. La hormona folículo estimulante (HFE) actúa sobre el ovario para iniciar la maduración de 15 a 20 folículos pero sólo uno de ellos alcanza la etapa de folículo maduro y es el que va a expulsar el ovocito. A este fenómeno se le denomina ovulación.

**Tubas uterinas.-** Son órganos par de 10 cm de longitud aproximadamente que se dirigen del ovario al útero. Sirven para conducir al ovocito del ovario hacia la cavidad uterina y a los espermatozoides en dirección opuesta. La fecundación ocurre en el tercio externo de la tuba.

**Útero.-** Es un órgano impar. Su forma y tamaño varían con la edad y número de embarazos. En la mujer nulípara tiene forma de pera invertida que mide aproximadamente 7.5 cm de longitud. Tiene tres capas, la más externa es el perimetrio, la media el miometrio y la interna el endometrio. Es el órgano en el cual el huevo anida y donde transcurre el embarazo. Así, cada mes el endometrio sufre cambios, influenciados por los ciclos de estrógenos y progesterona, que lo preparan para ser un sitio adecuado para la anidación. En el caso de que no haya fecundación, la capa endometrial se descama y produce el sangrado menstrual. El útero se comunica con la vagina mediante el cuello o cérvix.

Tanto los estrógenos como la progesterona generados en el ovario producen cambios en el endometrio. Estos cambios van encaminados a formar un sitio ideal para la implantación del huevo en caso de que ocurra la fecundación. El endometrio se engrosa, se llena de vasos sanguíneos y sus células crecen y almacenan sustancias nutritivas.

En caso de que exista fecundación, el huevo o cigoto viaja por la tuba uterina y se implanta en el endometrio para continuar su desarrollo. El cuerpo lúteo continúa produciendo progesterona durante buena parte del embarazo.

En caso de que no haya fecundación, el ovocito pierde su viabilidad, aproximadamente 48 horas después de la ovulación. El cuerpo lúteo deja de producir progesterona y cicatriza formando el cuerpo blanco. La capa funcional del endometrio se descama y se produce la menstruación

**Vagina.-** Es el órgano femenino de la cópula, sirve de canal de parto y de vía de salida para la menstruación. La vagina, cuando está vacía tiene un espacio virtual, sin embargo, es un órgano muy elástico. Mide unos 8 cm de longitud. En la mayoría de las mujeres que no hayan iniciado vida sexual, la entrada de la vagina está parcialmente cerrada por una membrana denominada himen. Esta varía de tamaño y forma, pero generalmente tiene forma de anillo con un orificio central que permite la salida de la menstruación. Cuando el himen se rompe persisten pequeños fragmentos llamados carúnculas himeneales. Se debe aclarar que la presencia de himen no es sinónimo de virginidad ya que existen algunos muy elásticos que no se rompen con la entrada del pene y muchos que no sangran durante la primera relación sexual.

## **ORGANOS GENITALES FEMENINOS.**

También se conocen como vulva y están constituidos por el monte de venus, labios mayores, labios menores, vestíbulo vaginal, clítoris y glándulas vestibulares.

**Monte de venus.-** Es una elevación situada por delante del pubis. Su forma redondeada está dada principalmente por el tejido graso. Durante la pubertad, se cubre de vello púbico, a este fenómeno se le denomina pubarquia.

**Labios mayores.-** Son dos pliegues alargados que delimitan la hendidura vulvar media. La piel tiene pigmentación oscura y poseen tejido celular subcutáneo compuesto principalmente por grasa.

**Labios menores.-** son dos pliegues cutáneos pequeños que se sitúan por dentro de los labios mayores y que rodean a los orificios uretral y vaginal. Hacia delante se unen

formando un repliegue sobre el clítoris. La piel es lisa y húmeda, no poseen tejido celular graso.

**Vestíbulo de la vagina.-** Es el espacio que queda entre los labios menores, aquí se encuentran los orificios uretral, vaginal y de los conductos de las glándulas vestibulares. El orificio uretral queda por delante del vaginal y los conductos de las glándulas vestibulares desembocan a cada lado del orificio vaginal. Estas glándulas secretan moco durante el coito.

**Clítoris.-** se encuentra en la porción anterior de los labios menores. Está constituido por tejido eréctil y aumenta su volumen debido a ingurgitación sanguínea. Es una estructura muy sensible debido a su rica inervación. Se considera desde un punto de vista embriológico el órgano homólogo al pene en el hombre.

**FECUNDACIÓN.-** Se da el nombre de fecundación a la unión del óvulo y el espermatozoide, lo cual se realiza normalmente en el tercio externo de la trompa; para que esto suceda deben cubrirse varias etapas:

1. Impregnación espermática en la vagina. Producto del eyaculado masculino.
2. Progresión de los espermatozoides en la cavidad uterina, así como en las trompas.
3. Maduración ovular, ruptura folicular, expulsión del óvulo y captación de éste en la fimbria uterina para su migración dentro de la trompa.
4. Fusión de los gametos masculino y femenino (espermatozoide y óvulo).

## **EMBARAZO**

Se define como embarazo al tiempo que tarda en desarrollarse el producto de la concepción, desde la fecundación hasta su expulsión en el momento del parto, y el cual tiene una duración aproximada de 9 meses, 280 días o bien 40 semanas. Durante el embarazo se debe consultar al médico y visitarlo en intervalos regulares; la edad ideal para el embarazo es entre los 20 y 30 años.

## **DIAGNOSTICO DEL EMBARAZO**

A pesar de que en la mayoría de los casos el diagnóstico de embarazo resulta sencillo de realizar, en otras ocasiones ofrece dificultades por lo que se cuenta con signos y síntomas que pueden dividirse en:

- a) **Sospecha.-** Síntomas y signos vagos que en conjunto pueden orientar hacia la existencia del embarazo.
- b) **Probabilidad.-** Son aquellos síntomas y signos que a pesar de estar presentes en la mayoría de los embarazos nos orientan hacia el diagnóstico.

c) **De certeza.**- Son los que aseguran la existencia del embarazo.

### **PRUEBAS PARA EL DIAGNOSTICO DE EMBARAZO.**

- a) Pruebas farmacológicas.
- b) Pruebas biológicas.
- c) Pruebas inmunológicas.
- d) Pruebas de gabinete.

### **ATENCION PRENATAL.**

Consiste en vigilar periódicamente a la mujer embarazada con objeto de apreciar oportunamente todos aquellos factores que puedan complicar el embarazo, dificultar el parto o condicionar un pronóstico desfavorable para el recién nacido.

### **RECOMENDACIONES GENERALES A LA PACIENTE.**

Medidas dietéticas.

Medidas higiénicas.

Ejercicio.

Viajes.

Tabaquismo y alcoholismo.

Inmunizaciones.

### **PARTO.**

Es el acto fisiológico mediante el cual el producto de la concepción ya viable es expulsado del útero a través del canal vaginal y puesto en contacto con el medio externo.

### **LACTANCIA.**

Es un fenómeno que ocurre por acción de la hormona prolactina y se inicia mas o menos después de 48 a 72 horas de que ha ocurrido el parto. La cantidad de leche que produce la madre va a estar en relación con la succión del pezón por el bebé. Se recomienda que la alimentación del bebé al seno materno sea cada 4 horas y durante 10 minutos en cada glándula mamaria durante los primeros 3 a 4 meses

## **2.1.2 DESARROLLO SEXUAL MASCULINO.**

### **ORGANOS GENITALES**

Se componen de testículos y epidídimos los cuales se encuentran en las bolsas escrotales; los conductos deferentes, las vesículas seminales, los conductos eyaculadores, la próstata y las glándulas bulbouretrales.

**Testículos.-** Son 2 órganos ovoides que pesan aproximadamente 25 g cada uno. Realizan dos funciones, la primera es la de producir espermatozoides y la segunda es secretar testosterona. Esta hormona es la que determina los caracteres sexuales secundarios, es decir, la aparición de vello en cara, axilas, pubis, la distribución de la grasa corporal, el crecimiento de masa muscular, el cambio de voz. Los testículos se encuentran en las bolsas escrotales, fuera de la cavidad abdominal. Esto es importante pues permite que éstos permanezcan a una temperatura adecuada ya que dentro de la cavidad abdominal existe una temperatura elevada que produce degeneración testicular.

**Epidídimo.-** Es un órgano par que se encuentra sobre el borde posterior del testículo. Mide 6 cm de longitud. Los conductillos deferentes del testículo llevan a los espermatozoides al epidídimo y aquí se almacenan.

**Conducto deferente.-** Es la continuación del epidídimo y lleva a los espermatozoides del epidídimo al conducto eyaculador.

**Vesícula seminal.-** es un órgano par en forma de saco que se encuentra atrás de la vejiga urinaria. Son importantes porque producen parte del líquido seminal.

**Conducto eyaculador.-** Esta formado por la unión de la vesícula seminal con el conducto deferente, penetra en la base de la próstata y desemboca en la uretra prostática.

**Uretra.-** Mide aproximadamente 20cm de longitud. Se origina en la vejiga y termina en el glande.

**Próstata.-** Es el órgano que se encuentra detrás y debajo de la vejiga, mide aproximadamente 4 cm. Contiene glándulas cuya secreción contribuye a la formación del líquido seminal y que le da su olor característico. El líquido seminal es importante pues concede protección y nutrición al espermatozoide.

**Glándula bulbouretral.-** Son dos órganos redondeados de 0.5 a 1 cm de diámetro localizados detrás de la porción membranosa de la uretra. Secretan sustancia mucoide. Sus conductos desembocan en la porción esponjosa de la uretra.

### **ORGANOS GENITALES EXTERNOS.**

Compuestos por las bolsas escrotales y el pene.

**Bolsa escrotal.-** Situada por detrás del pene y por debajo de la sinfisis púbica. Tiene dos compartimientos, uno para cada testículo y el epidídimo correspondiente. La piel es

delgada y contiene más pigmento. Su función, como ya se mencionó es mantener a los testículos fuera de la cavidad abdominal.

**Pene.-** Es el órgano masculino de la cópula y además es el conducto de las vías urinarias. Consta de tres porciones: la raíz, el cuerpo y el glande. Está constituido por tejido eréctil. La estimulación de las fibras nerviosas parasimpáticas produce una vasodilatación de los cuerpos cavernoso y esponjoso y esto hace que el pene sea eréctil. Es importante aclarar que el tamaño del pene no es un factor determinante de la satisfacción de la pareja, que es la relación afectiva y la comunicación que existe, lo más importante. El glande es la parte más distal del pene, la cual forma un pliegue, que es el que se corta en la circuncisión. Es muy importante que exista un buen aseo por debajo de este pliegue ya que se puede acumular una sustancia llamada esmegma y puede producir infecciones, además se ha observado que es un factor de riesgo para el cáncer cervical de la mujer, cuando ésta tiene relaciones sexuales con un varón no circuncidado o desaseado.

### **LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA Y SUS ALTERACIONES.**

La respuesta sexual humana (RSH) es la respuesta integral del organismo a un estímulo sexual afectivo que engloba cambios fisiológicos genitales y extragenitales. Es una reacción en la que se involucra todo el organismo y en la que intervienen no tan solo los genitales sino los sentimientos, pensamientos y experiencias previas de la persona.

Se especifica que el estímulo debe ser efectivo pues no todos los estímulos provocan respuesta en todas las personas ni circunstancias. Es más, hasta se podría hablar de que algunos estímulos son más efectivos de acuerdo con los sexos (los hombres reaccionan más frecuentemente hacia los estímulos visuales y las mujeres a los táctiles).

Durante las RSH podemos encontrar factores biológicos y psicológicos en los que inciden los de índole social. Por ejemplo, la edad, el estado de salud, así como el tipo de personalidad y de relación que se tiene con la pareja, además del ambiente en donde se lleva a cabo, pueden influir notablemente en el desempeño sexual de los participantes.

A continuación se describe la Respuesta Sexual Humana de acuerdo con el esquema trifásico de Helen Kaplan:

**Fase deseo.-** Los cambios más importantes de esta primera etapa pueden ubicarse en el cerebro ya que ello da lugar a modificaciones en el estado de ánimo de la persona, la cual empieza a interesarse por la actividad sexual y a “buscar” o estar “receptivo a” la experiencia sexual.

**Fase de excitación.-** La primera manifestación de la fase de excitación en el hombre es la erección del pene y en la mujer la lubricación vaginal. El corazón aumenta la frecuencia de sus latidos por minuto, por lo tanto acelera la circulación sanguínea, la cual, junto con el cierre de las válvulas venosas, son los factores responsables de la erección. La lubricación vaginal es un fenómeno que se debe al aumento en la velocidad del flujo sanguíneo y a la vasocongestión. Así como aumenta el ritmo cardíaco, así también aumentan las cifras de tensión arterial, directamente proporcional al grado de excitación alcanzado.

En la mujer los cambios que ocurren a nivel de genitales externos son la erección del clítoris, el engrosamiento y aplanamiento de los labios mayores y menores y el cambio de coloración de claro a oscuro, todo esto determinado por los fenómenos hemodinámicos y cardíacos antes mencionados.

**Fase de orgasmo.-** Así como en la fase de excitación el fenómeno más importante es de tipo hemodinámico el hecho más trascendente en el orgasmo es muscular. Esta es activada por el sistema simpático. Las contracciones musculares que ocurren en ambos sexos en esa etapa son involuntarias. A este tipo de contracciones se les llama mioclónicas; debido a esta característica a esta fase también se le llama mioclónica. Es aconsejable que en un coito heterosexual el hombre detenga su orgasmo hasta que ella haya quedado satisfecha o que trate de llevarlo paralelo al de ella en el caso de no ser multiorgásmica.

Cuando se va a impartir este tema a los jóvenes no es necesario entrar en demasiados detalles anatomofisiológicos. Basta con describir los cambios fundamentales de cada fase. En cambio es muy importante hablar de una relación sexual interpersonal y no genital; es básico hablar de los comportamientos de respeto mutuo, comunicación, sinceridad, afecto, responsabilidad para que sea una relación significativa y no meramente biológica y con consecuencias negativas.

Se debe hacer énfasis también en que el buen funcionamiento sexual tiene mucho que ver con las emociones, sentimientos, pensamientos, temores, etc.. Que el orgasmo no es la única gratificación que brinda una relación, sino que también son muy satisfactorios los factores afectivos y de comunicación entre la pareja.

La Respuesta Sexual Humana puede tener alteraciones y no presentarse de la manera esperada. Se aclara que debe ser persistente pues una falla ocasional siempre debe ser esperada como normal o natural y de ninguna manera puede considerarse disfunción. Las disfunciones sexuales pueden ser clasificadas como primarias o secundarias, selectivas o generalizadas.

Las primarias se refieren a los casos en los que la persona jamás ha sido capaz de realizar adecuadamente el coito y las secundarias cuando la persona ya ha sido capaz de realizarlo en forma adecuada aunque sea por una vez.

Las selectivas hacen referencia a los casos en que la persona falla en ciertas circunstancias pero en otras funciona adecuadamente y las generalizadas cuando no funciona adecuadamente en ninguna circunstancia. (6)

### **2.1.3 FACTORES DE RIESGOS EN LA EDAD ADOLESCENTE**

La primera manifestación del cambio de la personalidad consiste en que los jóvenes de ambos sexos, que hasta poco tiempo antes preferían la compañía de amigos del propio sexo para sus juegos y otras actividades, al llegar a la pubertad comienzan a sentir atracción por las personas del otro sexo y gustan de su compañía para satisfacer su naciente impulso sexual. Se debe advertir a los jóvenes que en esta época, antes de que se establezca la atracción por amistades del propio sexo. Esto crea un complejo de culpa si no se sabe que este sentimiento es normal.

Hay diferencias entre los dos sexos, debido, entre otras cosas, a que el hombre siente su impulso sexual en los genitales, mientras que la mujer lo siente en forma más difusa sin reconocer esta centralización. Como consecuencia, la mujer, siendo más romántica, es capaz de satisfacer su impulso sexual en el trato con sus amigas, con quienes por otro lado, puede emplear algunas manifestaciones de confianza o cariño (tomarle la mano, abrazarla, besarla), que no les están permitidas a los hombres.

Hay que recordar también que la mujer llega a la adolescencia unos años más joven que el hombre, y que, por otro lado, no todos los hombres ni todas las mujeres evolucionan igual.

Los padres deben favorecer que el adolescente curse por estas fases con la mayor tranquilidad posible, para lo cual hay que ayudarlo aceptando su inestabilidad, la cual lo hace observar actitudes contrarias debidas a que, mientras no se establece una personalidad definitiva, hay exploraciones subconscientes por diferentes caminos en busca de la conducta más conveniente.

En relación con las amistades, que abundan en esta época, se debe ser tolerante; sin embargo debe vigilarse el posible peligro de una influencia nociva a través de un amigo adicto a las drogas o con irregularidades en la conducta sexual.

Por estas razones es útil darle facilidades al adolescente para que las reuniones con sus amigos y las entrevistas con sus novios o novias las tengan en su propia casa. Esto da oportunidad de conocer a las personas que trata, y será posible aconsejarle (siempre con precaución por la reacción negativa que pueda tener) que disminuya el trato con alguien, señalándole las razones que existan para alejarse de él, o de ella.

Se debe advertir a los adolescentes el peligro de los seductores. Los jóvenes de ambos sexos pueden ser seducidos a las relaciones sexuales por homosexuales que tratan de conseguir adeptos entre personas jóvenes que, por falta de experiencia, pueden aceptar una práctica sexual irregular. Los jóvenes varones pueden ser pretendidos también por mujeres heterosexuales para establecer relaciones que puedan ser indeseables, por ejemplo, si se trata de una prostituta, etc. Por último, las adolescentes frecuentemente caen en manos de un individuo con amplia experiencia sexual que las impresiona como persona agradable, formal, conveniente y, en cuanto consigue realizar el coito, desaparece siendo imposible su localización y sin importarle si la muchacha quedó embarazada.

Los adolescentes deben conocer el método generalmente usado por los seductores para presentarse como una persona agradable y posteriormente comprometer a su víctima o sorprenderla, a veces intoxicándola con alcohol u otras drogas, para disminuir el control de su voluntad y provocarle el deseo sexual excitándola. Para estos fines son de gran utilidad las zonas erógenas cuya localización, sensibilidad y respuesta, deben conocer los adolescentes para evitar o limitar su uso según las circunstancias.

Es conveniente comenzar por reconocer que el noviazgo es una actividad útil para el adolescente, puesto que le permite satisfacer su libido por medio del trato de personas del sexo contrario; le da oportunidad de participar en actividades sociales desempeñando un papel satisfactorio para él; le permite desarrollar sus facultades al máximo en un intento de destacar para ganarse la admiración de la persona amada y sus amistades, y de tratar íntimamente a distintas personas para normar su criterio y hacer una elección más adecuada cuando decida contraer matrimonio.

La adolescente debe cuidar la conservación de su prestigio como persona honesta, y debe evitar causar la impresión de ser presa fácil para que el novio o amigo sacie las distintas manifestaciones de su instinto sexual.

Las caricias pueden tener áreas más amplias para ser aceptadas, dependiendo de la manera de hacerlas (suavidad, lentitud, etc.), que puede traducir un deseo de acariciar o de excitar, y de la región en que se practiquen, pues por más tolerancia que pueda haber, no se puede aconsejar aceptar las caricias en algunas zonas erógenas.

El novio debe cuidar también su prestigio como caballero y demostrar que su concepto de hombría (no-machismo) incluye saber tratar a una dama, con la que se tiene la confianza suficiente para disfrutar de algunas intimidades.

Por otro lado, él está desempeñando una función social en su noviazgo o matrimonio y representa ante ella al elemento masculino de una sociedad, por lo que está comprometido a crear una imagen favorable, ante una dama, de lo que debe ser un caballero.

Una práctica frecuente y casi habitual en la adolescencia es la masturbación. El adolescente que es capaz de buscar satisfacción a su impulso sexual por medio de la masturbación, es probable que busque la posibilidad de realizar el coito, en cuanto deja de centrar en su cuerpo el interés de sus sensaciones placenteras y lo dirija hacia personas del sexo opuesto, generalmente por imitar a sus amigos, con lo que se iniciará en los coitos prematrimoniales.

En la preparación del adolescente en esta época es necesario que se incluya el tema de las enfermedades de transmisión sexual para que conozca el peligro a que se expone, y que reciba el consejo de que en caso de contraer alguna, avise a su padre o algún adulto al que tenga confianza lo más pronto posible para que reciba atención médica.

### **EL EMBARAZO EN LA EDAD ADOLESCENTE.**

La fecundidad en la adolescencia debe ser un punto de atención de los servicios educativos y de salud del mundo, puesto que el porcentaje de los nacimientos de madres jóvenes casadas y solteras está aumentando. Además, observamos que la incidencia de la actividad sexual premarital entre adolescentes está en ascenso debido, no tan sólo a que la maduración sexual está presentándose más tempranamente, sino a que la edad del matrimonio está retrasándose y la urbanización y los estilos de vida favorecen más oportunidades para las relaciones sexuales, pues reducen la efectividad de las ataduras sociales tradicionales.

En los países en vías de desarrollo estas madres adolescentes son por lo general de escasos recursos y solteras, por lo que tienen que enfrentar múltiples obstáculos.

Las consecuencias del embarazo durante la adolescencia son, en general, adversas. Si el embarazo termina en aborto, ello implica riesgos de salud para la adolescencia. Sin embargo, si el embarazo llega a término, se presentan consecuencias negativas de salud,

socioeconómicas y psicológicas, no tan sólo para la joven madre sino para el niño, el padre adolescente y sus familiares.

Otros estudios de embarazo y parto durante la adolescencia sugieren que los problemas pueden deberse a otros factores más que a la edad de la madre, particularmente la calidad de la atención prenatal.

Los efectos del hecho de tener un hijo durante la adolescencia son negativos para la madre puesto que el embarazo y la crianza del niño, independientemente del estatus marital, interrumpen oportunidades educacionales que se reflejan en el momento de obtener mejores trabajos, salarios más altos, ascensos, así como que si es madre soltera, sus prospectos para un matrimonio futuro se ven reducidos.

En algunos lugares y épocas, el hijo nacido fuera del matrimonio es cuidado por la familia extensa o la comunidad pero en los casos de muchachas de área urbana sin recursos económicos, este problema las puede llevar a la prostitución, alcoholismo y a otras adicciones, así como al abandono, descuido y hasta mal trato del menor. (6)

El matrimonio ayuda a evitar el rechazo social aunque no elimina los riesgos médicos o reduce otras consecuencias del matrimonio temprano, como puede ser la interrupción de la instrucción. La mujer encuentra que su estatus social mejora por el matrimonio y su fertilidad probada, pero su salud y la de su hijo sufren por los efectos negativos de un embarazo y alumbramiento tempranos.

Podemos asegurar que en la mayoría de las culturas, los matrimonios resultantes de embarazos premaritales son menos estables que los de matrimonios planeados.

Con varios hijos pequeños, poca educación y pocas habilidades laborales desarrolladas, no es difícil predecir que muchas madres adolescentes se encuentren en situaciones de pobreza y sus países sufran un rápido crecimiento demográfico.

Otros estudios muestran que, la mayoría de las mujeres que dan a luz por primera vez en edad temprana están más expuestas a vivir solas con su hijo por un largo período, que sus posibilidades económicas son muy reducidas y que no siempre son apoyadas por otros adultos en la crianza de su hijo, lo cual se manifiesta en desventajas emocionales para éste.

(6)

De los estudios de adolescentes que hallan especialmente difíciles realizar la transición hacia la adultez se deriva una clasificación en cuatro categorías principales a saber:

**Primero:** los adolescentes que deben ingresar al mercado de trabajo a los 16 o 17 años se ven forzados a aprender a ser adultos casi de la noche a la mañana. Se los priva del período de la adolescencia final, en el cual los jóvenes de su edad que siguen estudios en universidades o en institutos de capacitación profesional pueden efectuar la transición con más lentitud y con menos problemas.

**Segundo:** el estudiante que debe depender económicamente de otros en los primeros años de la adultez, “vive” –al decir Blois- “en el crepúsculo de una transición detenida que lo torna un ser incómodo y avergonzado”. Si le fuera posible ganar algún dinero y ser, al menos en parte, independiente en tanto prosigue sus estudios, evitaría algunas de las dificultades que trae la dependencia.

**Tercero:** las muchachas enfrentan mayores obstáculos que los muchachos para realizar la transición hacia la adultez en razón de que los padres suelen alentarlas a ser dependientes. Aunque los varones provenientes de grupos socioeconómicos medios y superiores pueden seguir dependiendo económicamente mientras prosiguen sus carreras, se les permite una independencia psicológica mayor que a las muchachas.

**Cuarto:** los niños que no dominaron las tareas evolutivas de la infancia están mal preparados en la adolescencia para llevar a cabo los cambios necesarios que les permitan un fácil ingreso en la condición adulta. (5)

## 2.1.4 DAÑOS MAS FRECUENTES.

### POSIBLE ETIOLOGIA DE DISFUNCIONES SEXUALES

INFORMACION Y ASPECTOS FORMATIVOS  
APRENDIZAJE  
EXPERIENCIAS PREVIAS  
ENFERMEDAD  
FARMACOS  
ASPECTOS PSICODINAMICOS  
PERSONALES  
RELACIONES INTERPERSONALES  
RELACIONES DE LA PAREJA  
PATRONES SOCIOCULTURALES  
ASPECTOS RELIGIOSOS  
FACTORES EXTERNOS

A continuación se da una breve explicación de cada una de las disfunciones.

#### **Deseo sexual inhibido.**

Esta disfunción se presenta tanto en el hombre como en la mujer y se manifiesta por una disminución o desaparición del deseo o interés por la actividad sexual.

#### **Disritmia.**

Esta disfunción se diagnostica en la pareja como unidad disfuncional y consiste en que un miembro de ella está inconforme en cuanto a la frecuencia de las relaciones coitales.

#### **Aversión sexual.**

Puede afectar a ambos sexos y consiste en una reacción fóbica que puede tener diversas manifestaciones. Su etiología puede ser psicológica y sociocultural como sería repulsión al otro sexo, rechazo a la propia sexualidad, sobre valoración de la virginidad, actitudes familiares negativas y condenatorias hacia el sexo; etcétera.

#### **Disfunción lubricativa.**

Esta disfunción se presenta en la mujer y consiste en la dificultad para que se lubrique su vagina, preparándose así para disfrutar sus relaciones sexuales y tener mayores posibilidades para llegar al orgasmo.

### **Disfunción eréctil.**

Esta disfunción se presenta en el hombre y consiste en la incapacidad para obtener y/o mantener la erección adecuada para lograr la introducción y realizar el coito. El término "impotencia" que antes se utilizaba para nombrar a esta alteración, ha dejado de utilizarse por los terapeutas sexuales y ha sido sustituido por el de disfunción eréctil, ya que evita que el paciente se sienta más devaluado y afecte su imagen y concepto personal. La etiología de esta alteración puede ser de muy diversa índole, aunque podemos decir que del 80 a 90% de las personas que la padecen presentan causas psicógenas y 10 a 20% causas orgánicas.

### **Anorgasmia.**

Esta disfunción puede presentarse en ambos sexos pero en este inciso solo nos referimos a la anorgasmia femenina. Por ser más común ésta consiste en la ausencia del clímax de la sensación sexual u orgásmica. Anteriormente se utilizó el término "frigidez" para nombrar a la "dificultad" de la mujer de disfrutar las relaciones sexuales. La etiología de la anorgasmia puede ser muy variada pero, en general, podemos decir que se encuentra asociada a patrones socioculturales y religiosos restringidos.

### **Eyaculación precoz.**

Es la falta de control de la eyaculación por parte del hombre. Desde luego, debe ser persistente y molestar a quien la presenta o a su pareja, pues existen casos en los que la mujer es quien se queja o es a ella a quien le atribuyen la culpa por la falta de capacidad para alcanzar el orgasmo. Su diagnóstico preciso es difícil por no existir un consenso en cuanto al tiempo entre la introducción y la eyaculación. Esta es la disfunción que en nuestro medio se presenta como la más común entre la población masculina y ello se debe a que las primeras experiencias sexuales de los varones se dan bajo circunstancias de premura en tiempo por lo que se condiciona una eyaculación rápida.

### **Incompetencia eyaculatoria.**

Esta disfunción, también llamada eyaculación retardada puede ser definida como una inhibición del reflejo eyaculatorio. La severidad de esta alteración varía considerablemente, pudiendo ir desde una inhibición involuntaria de la eyaculación ocasional al caso de una persona que jamás ha podido experimentar la eyaculación en su vida. Los casos más comunes son los que reportan en consulta que son incapaces de llegar al orgasmo a través del coito por más intentos que hagan pero que si pueden a través de la estimulación oral o manual.

La incompetencia eyaculatoria puede deberse a la ingestión de drogas, a factores orgánicos así como a factores psicológicos.

### **Incompetencia eyaculatoria parcial.**

Una variante interesante de la incompetencia eyaculatoria es un síndrome en el que la respuesta eyaculatoria es parcialmente inhibida.

### **El vaginismo.**

Éste es un síndrome en el cual la musculatura pélvica perineal y del tercio externo de la vagina se contrae espásmicamente cuando la mujer anticipa la penetración vaginal o durante la misma. En estos casos parecen ser más convenientes las técnicas de desensibilización y la psicoterapia.

### **La dispareunia.**

Consiste en sentir dolor durante el coito. Puede ser femenina o masculina. Es frecuente que su origen sea de tipo orgánico.

Un problema sexual representa en nuestra cultura, un problema de minusvalía personal y de inseguridad de la propia identidad, por lo que estos pacientes requieren de una atención especializada.

Esto no es un tema que necesariamente debe ser tratado como tal con los adolescentes y jóvenes. Basta con mencionar, al hablarles de la Respuesta Sexual Humana que pueden aparecer alteraciones y mencionar las disfunciones de cada fase, lo mejor es acudir por ayuda profesional antes de que se agudice.

Uno de los aspectos más importantes dentro de la educación de la sexualidad es el que se refiere a las medidas de prevención que se deben de adoptar, para tener o mantener una salud sexual correcta en los individuos.

Desde el nacimiento son inculcados diferentes hábitos de higiene, así tenemos la higiene del hogar, de la alimentación, del trabajo, del deporte, entre otras, así como la higiene sexual, muy importante en todas las etapas de la vida (infancia, adolescencia, adultez y senectud), pero considerando que ésta se inicia con la vida, es necesario conocer cuáles son las medidas indispensables a realizar durante las dos primeras etapas, dado que ellas repercutirán en los hábitos higiénicos que se tengan en las etapas posteriores. (6)

Muchos de los problemas de los adolescentes se originan en su inicio con prostitutas, dado que la prostitución existió en las épocas y en las civilizaciones más antiguas, pero durante la Edad Media cobró especial auge, merced al renacimiento de la pasión erótica entre la gente. Significó otra válvula de escape, no sólo para las clases bajas, sino también para las más elevadas. En el cuerpo de la prostituta se sublimaban los deseos y los impulsos irrealizables.

El juego amatorio no pasaba muchas veces de ser simplemente lo que esas palabras indican: simple juego. Lo cierto es que las mujeres, atemorizadas por la autoridad marital, recluidas en sus casas, afectadas en lo más íntimo de su condición por ideas religiosas que seguían considerándolas la perdición de los hombres, no podían permitirse el lujo de obrar con cierta independencia y de prescindir de las normas de la moral en uso.

La mujer normalmente vivía atemorizada unas veces, y otras, como resultado de la educación y del clima de vida, ni siquiera se detenía a pensar en que pudiera haber una experiencia distinta para ella, y al resultar mayor la demanda masculina que la oferta femenina, tuvo que florecer la prostitución, y desde los primeros tiempos del cristianismo o negar de la existencia de suficientes disposiciones legales para proscribir la prostitución y cobró tal incremento andando el tiempo, fue tan numerosa y descarada en las ciudades, que pronto constituyó un grave problema que había que afrontar.

Así el varón al rehuir las complicaciones de los vínculos emocionales y otros por no tener tiempo para cortejar a una mujer hasta el punto de que ella aceptara las relaciones sexuales, o no tuvieran suficiente dinero para cultivarlas en forma adecuada, la visita a las prostitutas se constituye en una forma mucho más rápida y económica de satisfacer el impulso sexual.

Otros hombres, simplemente desean hallar un descanso y relajación en compañía femenina, al margen de los ordinarios límites y formas convencionales y encuentran en las prostitutas un elemento de alegría y variedad en la ordenada complejidad de la vida civilizada, un alivio de su mecánica rutina, una distracción de su aburrida y respetable monotonía.

Por desgracia, no parece que la sociedad haya descubierto la fórmula ideal para acabar con la prostitución. La única profilaxis de la prostitución realmente efectiva consiste en una adecuada protección de la familia y en un esfuerzo por elevar el grado de educación, moralidad y sentido de responsabilidad de la sociedad. Asimismo, todo lo que contribuya a

hacer del matrimonio, no una pura forma de conveniencia social, sino una entrega libre y responsable de dos seres que se aman, será un arma formidable en la lucha contra la prostitución. (3)

Pocos jóvenes logran la transición desde la infancia a la adultez sin “cicatrices emocionales”. A veces tales marcas carecen de importancia; en otras ocasiones son tan perjudiciales que los adolescentes renuncian a la lucha y permanecen inmaduros durante el resto de sus vidas. Ciertos efectos de la transición son más comunes y más perniciosos que otros: inestabilidad, preocupación por los problemas que deben enfrentar, conducta perturbadora e infelicidad.

## **INESTABILIDAD**

La inestabilidad proviene de sentimientos de inseguridad y ésta, a su vez, se presenta cuando el individuo debe abandonar las pautas habituales y sustituirlas por otras. El adolescente ya no puede conducirse como un niño, pero no se siente seguro de su capacidad para hacer lo que la sociedad espera de él.

Los sentimientos de inseguridad siempre son acompañados de tensión emocional; el individuo se muestra preocupado y ansioso, o enojado y frustrado. Raramente es feliz en medio de su inseguridad porque se da cuenta de que su conducta refleja su falta de confianza en si mismo. La tensión emocional puede expresarse exterior o interiormente; el adolescente puede ser agresivo, tímido o retraído.

La inestabilidad se exterioriza asimismo en pautas de conducta no relacionadas con la emotividad. Algunos adolescentes exageran su dedicación escolar, otros se lanzan con entusiasmo a la práctica de deportes, y otros pasan la mayor parte de su tiempo en actividades sociales, algunos dan cuenta de su inestabilidad alternando sus gustos, sus intereses, sus aspiraciones vocacionales y sus amistades.

A medida que avanza la adolescencia, el individuo se hace cada vez más estable. Con cuánta anticipación y con qué grado de éxito habrá de alcanzar la estabilidad dependen en parte de su motivación para acelerar la transición hacia la madurez y en parte de la oportunidad con que cuente para hacerlo. Cuando descubre que la gente considera su inestabilidad de modo desfavorable, encuentra una motivación para hacerse más estable y digno de confianza.

El aumento de su estabilidad posibilita al adolescente una mejor adaptación personal y social. Se siente más feliz y más libre de tensiones emocionales. Una inestabilidad prolongada y pronunciada indica que el individuo tiene dificultades –ya sea por su propia culpa o por la del ambiente en que se desenvuelve- para deshacerse de los hábitos infantiles y formar otros más maduros. Como resultado, se adaptará deficientemente en relación con lo que se podría esperar teniendo en cuenta su nivel de edad.

### **PREOCUPACION POR LOS PROBLEMAS.**

La adaptación a nuevas situaciones siempre ocasiona problemas. Por diversas razones, en la adolescencia los problemas parecen mas graves de lo que son en realidad o de lo que parecían si se presentaran en otras edades. Primero: los problemas de la adolescencia comprenden una extensión más amplia y afectan a más personas que los de la infancia.

Segundo: la transición hacia la adultez es veloz al principio; es probable entonces que se acumulen tantos problemas a un tiempo que el joven carezca del tiempo suficiente para resolver uno antes de que otros lo sumerjan. Tercero: el adolescente tuvo escasa experiencia en el manejo personal de sus problemas. Durante su infancia buscaba el auxilio de sus padres. Ahora debe aprender a valerse por sí mismo.

### **PROBLEMAS COMUNES DE LA ADOLESCENCIA.**

Los problemas que ocupan el tiempo y la atención de los adolescentes constituyen una miríada.

Muchos de los problemas que enfrenta el adolescente joven atañen asimismo al de mayor edad. Esto indica que el adolescente mayor no resolvió a satisfacción los problemas que se le presentaron en la etapa anterior. Por ejemplo, sigue preocupado por su apariencia. Si sigue una carrera tras el ciclo secundario aún le causan preocupación las calificaciones y el éxito que pueda tener en actividades ajenas a sus estudios. De manera análoga, las relaciones con miembros del sexo opuesto todavía constituyen un problema, aunque a menudo no tan inquietante como cuando era un teen-ager. (5)

### **PROBLEMAS PERSONALES.**

- Concernientes a su hogar: relaciones con miembros de su familia, disciplina.
- Relacionados con la escuela: calificaciones, relaciones con profesores, actividades ajenas al estudio.
- Relaciones con su físico: salud, ejercicio.

- Apariencia personal: peso, estatura, atractivos físicos conformación adecuada al sexo.
- A cerca de las emociones: desbordes temperamentales, estado animico.
- La adaptación: aceptación por los padres, roles de liderazgo.
- La vocación: selección de carrera, capacitación.
- Reconocimiento de valores: moralidad, adicciones, sexo.

## **CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA.**

El estatus ambiguo del adolescente genera la aparición de preocupaciones con relación a:

- \* Alcanzar un mayor grado de independencia.
- Ser mal comprendido o juzgado según estereotipos.
- Contar con mas derechos y privilegios.
- Tener menos responsabilidades impuestas por los padres.
- Obtención de dependencia económica.
- Asignación del rol sexual biológico y socialmente aprobado.
- Preparación para la vida familiar.

Así mismo los problemas del adolescente se intensifican si las tareas evolutivas de la infancia no han sido dominadas completamente.

## **2.2 SOCIEDAD Y SEXUALIDAD**

### **2.2.1 CONTROLES SOCIALES Y LEGALES DE LA CONDUCTA SEXUAL HUMANA.**

La transición desde la infancia hasta la adultez es normalmente un período difícil tanto para el grupo social como para el individuo. Se dice de la adolescencia que es el ciclo de los “terribles teens” y, como lo señaló Lane, la designación de “teen-ager” \* se ha convertido en el “equivalente periodístico de rufián, pandillero y enemigo público menor”. El estereotipo desfavorable del adolescente ha tenido un efecto dañino tanto sobre las actitudes y relaciones de adultos con los adolescentes como sobre las actitudes con los jóvenes hacia sí mismos y sobre las relaciones de éstos con los mayores. El hecho ha servido para ensanchar la “brecha generacional” que en toda cultura existe entre los adultos y la gente joven.

Los padres y otros adultos que aceptan el clisé desfavorable aplicado al adolescente preocupan por el grado de éxito que éste puede tener en la transición hacia la adultez.

El conocimiento de los sentimientos de los adultos hacia los adolescentes lleva a éstos a resentirse contra aquellos. Los adolescentes sienten que se les prejuzga, o que se les juzga injustamente, por el hecho de que un puñado de sus iguales ha alcanzado notoriedad en todo el país por su conducta antisocial.

Le guste o no, un niño no puede permanecer para siempre en la etapa infantil. El comienzo de la pubertad trae consigo rápidos cambios en el tamaño y la estructura del cuerpo. Las modificaciones físicas están acompañadas de cambios en los intereses.

Además, se le presentan más problemas nuevos y con menos tiempo para resolverlos que en ningún otro período anterior de su vida, se da cuenta de que en razón de su apariencia adulta se guarda que actúe como tal. Pero no sabe cómo hacerlo. Al apartarse del hogar para integrar un grupo de pares ya no cuenta con modelos de la conducta deseable, de los que antes disponía al instante, ni con un ambiente estable que facilite la identificación. Mas aún, debe aprender a valerse por sí mismo y a enfrentarse al mundo sin que sus padres y profesores oficien de paragolpes, como lo hacían cuando era niño. Elaborar el cambio desde la infancia a la adultez es una tarea demasiado vasta para un lapso breve.

\* Designación en inglés que se les da a los adolescentes.

Como en los años de la infancia, el desarrollo durante la adolescencia sigue una secuencia o pauta ordenada. Los cambios de comportamiento que tienen lugar en la preadolescencia y en la adolescencia inicial son importantes y acompañan las rápidas alteraciones físicas que ocurren entonces. A medida que el desarrollo corporal va siendo pausado, en la adolescencia final, las modificaciones de la conducta también se hacen más lentas.

Dado que el patrón de desarrollo es similar para todos –admitidas las ligeras diferencias individuales, todo grupo cultural espera que las personas de determinada edad se comporten de acuerdo con sus aptitudes. Estas expectativas se expresan en forma de “tareas evolutivas”, o sea las pautas de conducta que un individuo debe aprender para llegar a un estado satisfactorio de prosperidad y de felicidad.

La adolescencia es un período prolongado y muchos adolescentes jóvenes tienen escasa motivación para llevar a cabo las tareas evolutivas que corresponden a su edad. Sin embargo, en el último año de la escuela secundaria se dan cuenta de que la etapa adulta se aproxima con rapidez, este hecho proporciona la necesaria motivación para preparar su ingreso al nuevo status.

El cumplimiento feliz de las tareas evolutivas de un período de la vida lleva a triunfar en las siguientes, en tanto que el fracaso no sólo conduce a la desdicha y desaliento del individuo sino también a dificultades en las tareas futuras. Las buenas relaciones con los compañeros, por ejemplo, se vinculan con el éxito en otras tareas evolutivas propias de ese nivel de edad.

Sin considerar si el adolescente ha cumplido con éxito las tareas evolutivas, en la mayoría de las culturas “adelantadas” se le asigna automáticamente el status de adulto cuando alcanza la edad de la madurez legal.

El solo hecho de conocer las expectativas sociales detalladas en las tareas evolutivas no es bastante para capacitar al niño para realizar con éxito la transición hacia la adultez. Convertirse en adulto es siempre un problema. (5)

### **2.2.2 MITOS Y SEXUALIDAD**

El sexo primitivo y sus manifestaciones tenían una expresión libre y abierta. La misma civilización, en la que el hombre ha evolucionado, fue cerrando y aprisionando lo sexual hasta llegar a transformar esta realidad humana en un auténtico tabú.

Esta transformación que duró siglos, desvirtuó la sexualidad de tal manera que dio paso a diversas desviaciones y a muchos complejos de culpabilidad. Lo que hacía más difícil la situación creada era el desconocimiento casi absoluto de todo lo concerniente a la sexualidad.

El carácter obsesivo de lo sexual, fruto de un auténtico mecanismo de defensa contra una represión deshumanizadora, dio pie a que las cuestiones sexuales llegaran hoy a ser estudiadas con más intensidad que nunca y que plantearan numerosos problemas al respecto.

Más difícil sería pronunciarse acerca de si el impulso sexual imprime su huella en la civilización actual con más fuerza de lo que pudo hacerlo en tiempos pasados. Lo que es cierto es que todo el mundo espera una sexualidad cultivada, libre de represiones anómalas y de vicios supersticiosos y abierta de nuevo a su auténtico papel: **RESPUESTA CORPORAL A UN FENOMENO AFECTIVO AMOROSO.**

Todo impulso humano experimenta cambios de configuración en su aspecto exterior de acuerdo con las normas propias de la sociedad en que debe manifestarse, sin que ello implique, ni mucho menos una disminución de su energía. Mucho a influido la playa en la regresión de los tabúes sexuales de nuestra sociedad.

En la actualidad, la exigencia de un mayor conocimiento y valoración de la realidad funciona a modo de principio rector, sustituyendo el clásico sometimiento a la norma ética, muchas veces inadecuada a la realidad humana.

Existe actualmente un supuesto en el que se basan algunos para considerar al hombre como un ser que busca placer y que esta autorizado a buscarlo. Esto constituye una especie de hedonismo deshumanizador, causado por una general exigencia a la felicidad "instantánea" hallada en el orgasmo y en la llamada potencia sexual. Es, por otra parte, un peligroso escapismo a través de una evasión sensorial y epidérmica, algo que al buscarse

en la superficie de nuestro vivir nos aleja de la profundidad que debe tener una persona bien integrada. (3)

Las relaciones sexuales prematrimoniales en nuestra sociedad no significan ningún obstáculo para el varón que siempre ha gozado de libertad para visitar prostitutas o tener contacto sexual con parejas ocasionales y aún con parejas fijas. Pero para la mujer siempre han estado limitadas . las actividades intramatrimoniales y, hasta recientemente, se comienza a aceptar la posibilidad de que la mujer también tenga relaciones sexuales prematrimoniales. En otros países esta actitud se tiene desde hace muchos años.

Las razones que se han aducido para proscribir el coito a las mujeres antes del matrimonio, son las siguientes:

1. El coito debe consistir en una comunicación física y psíquica de modo que se consiga una satisfacción completa, no únicamente carnal. Esto solo se consigue en el matrimonio donde está de por medio el amor y se han eliminado las barreras psíquicas del acto prohibido. Por esto, los coitos prematrimoniales no serán tan satisfactorios como se esperaban.
2. El coito premarital está prohibido por la religión y la moral. Nuestra sociedad exige a la mujer llegar al matrimonio con su himen íntegro.
3. Existe el peligro de embarazo, que constituye un problema serio porque el hijo será una carga para la mujer soltera que tendrá que trabajar para él y será un inconveniente para su matrimonio en el futuro. Si recurre al aborto, que también está prohibido por la religión, la moral y las leyes, expone su vida y su salud.
4. Si, comprometidos por el embarazo, los dos jóvenes se casan, es probable que no estén preparados desde los puntos de vista económico (escasos recursos), psíquico (no pensaban casarse), social (no se había anunciado el compromiso), y quizá tengan que aceptar un cónyuge con el que se tenga una incompatibilidad de caracteres o que ni siquiera es de su agrado para formar un hogar con él.
5. Al hijo de una madre soltera se acostumbra llamarlo hijo "natural", lo que constituye una lacra para él, que soportará toda su vida, usando solo el apellido de la madre, lo que le recuerda continuamente su origen en una relación irregular.

6. Hay peligro de contraer una enfermedad venérea ya que el novio o amigo está expuesto a padecerla, pues lo más probable es que visite prostitutas de vez en cuando y, sin saberlo, puede encontrarse en periodo de incubación y ser infectante.

En favor de las relaciones sexuales prematrimoniales se ha dicho que le permiten a la mujer tener experiencia al llegar al matrimonio, la que se considera útil para tener mejores coitos.

Que le permite conocer en el aspecto sexual a varios hombres y estar en capacidad de elegir al que más se acople a su manera de ser.

Que le permite llegar a la noche de bodas sin himen y, sin la necesidad de romperlo, se tendrán coitos satisfactorios desde el principio del matrimonio.

Que a ambos sexos les permite el desahogo de la libido, con lo que se impulsa la igualdad de la mujer y se hace una profilaxia para algunas desviaciones sexuales, se limita la prostitución, las enfermedades venéreas y los delitos sexuales. (2)

### **LAS CREENCIAS TRADICIONALES FRENTE A LA EVIDENCIA CIENTIFICA.**

La tradición sostiene que se producen cambios radicales en el individuo cuando éste sale de su infancia. Se presume que se despoja automáticamente de los aspectos indeseables adquiridos durante la infancia y que desarrolla, de una manera misteriosa y con poco o ningún esfuerzo, las cualidades aceptables que le serán útiles cuando llegue la madurez. Por ejemplo, se espera que el niño egoísta se convierta en un adulto considerado y amable, y que el negligente desarrolle hábitos que lo vuelvan un individuo aseado y metódico.

Este punto de vista fue popularizado a principios del presente siglo por G. Santaley Hall llamado comúnmente el “padre de los estudios sobre la infancia en los Estados Unidos. Hall describió la adolescencia como un periodo de “tormenta y tensión” durante el cual el individuo se muestra excéntrico, emotivo, inestable e impredecible.

El interés en los problemas de la adolescencia, suscitado por el trabajo de Hall y sus seguidores, llevó a muchos psicólogos, sociólogos y antropólogos a estudiar grandes grupos de adolescentes de distintas clases sociales, culturales y niveles económicos. (5)

### **2.2.3 SEXUALIDAD Y RESPONSABILIDAD**

La mayoría de los matrimonios entre adolescentes tienen mayor riesgo de inestabilidad y de desintegración, así como obstáculos económicos mayores. Las hijas de madres adolescentes tienden a ser madres adolescentes también.

Los embarazos no planeados, son resultado de la falta de medidas anticonceptivas eficaces que las adolescentes no reciben, por no tener la información necesaria y la disposición para planear su relación sexual generalmente producto de un momento de excitación con su pareja en medio de la cual se olvida la responsabilidad que implicaría un embarazo o una enfermedad de transmisión sexual.

Tomando en cuenta lo anterior, se puede observar que las adolescentes, en su angustia, recurren al aborto, lo hacen generalmente cuando ha transcurrido bastante tiempo de su embarazo y acuden a sitios y con personas que no son las adecuadas para efectuar un servicio con los requerimientos mínimos de higiene y seguridad.

Muchos adolescentes recurren a medidas anticonceptivas ineficaces, mal implementadas y hasta mágicas, otros más que están, o podrían estar motivados a practicar la anticoncepción eficaz, se encuentran con la limitación del acceso a la información y a los servicios debido a restricciones sociales y culturales.

Si los efectos de la crianza de hijos durante la adolescencia afecta directamente a la familia y a la sociedad, los gobiernos debieran asumir la responsabilidad de actuar en esta área tan sensible e importante. Deben cambiar las costumbres y la ley de acuerdo con las necesidades actuales de la gente joven.

Además, los programas de planificación familiar deben ampliar su orientación para tomar en cuenta a los jóvenes que deseen posponer el inicio de su etapa reproductiva, lo cual implica hacerles accesibles las acciones educativas y de servicios de anticoncepción así como de crearles responsabilidad hacia el cuidado de su salud reproductiva. El ahorro en vidas y problemas de salud y psicosociales tanto de madre e hijos puede ser enorme.

Existen 3 estrategias básicas que coadyuvan a conservar la salud materno infantil que son:

- a) Inicio oportuno de la reproducción: el período fértil de la mujer dura más de 30 años. La vida sexual de la mujer se inicia, generalmente, antes de terminar la adolescencia y

alcanzar la vida adulta, pero ello no implica necesariamente que entonces deba iniciar su función reproductora, ya que el período comprendido entre los 20 y los 30 años es cuando la mujer se encuentra en mejores condiciones físicas, emocionales y mentales para poder procrear, lo cual repercute en el bienestar propio y de sus hijos.

- b) Espaciamiento de los embarazos, o periodos intergenésicos de 2 a 3 años.
- c) Evitar la reproducción en edad temprana.

Para poder seguir las estrategias mencionadas se puede recurrir a evitar las relaciones sexuales o, si se decide tenerlas, acompañar esta decisión con otra en cuanto al uso adecuado de un método anticonceptivo eficaz.

Los métodos anticonceptivos son aquellos que, como su nombre lo indica, evitan que el óvulo y el espermatozoide se unan y, así se previene que se lleve a cabo la fecundación. Existen varios métodos que evitan la concepción de un hijo. Algunos de ellos ofrecen mayor seguridad que otros o sea, que las probabilidades de fallar son menores.

Los métodos anticonceptivos pueden clasificarse en temporales y definitivos. Entre los métodos temporales podemos mencionar:

- ⇔ El preservativo o condón
- ⇔ El diafragma
- ⇔ Los espermaticidas
- ⇔ El dispositivo intrauterino
- ⇔ Los hormonales (pastillas, inyecciones)

Existen otros métodos de acción temporal que son poco efectivos como:

- ⇔ Métodos del ritmo calendario
- ⇔ El ritmo termométrico
- ⇔ Ritmo por moco cervical
- ⇔ Coito interrumpido o retiro
- ⇔ Lactancia materna

Entre los métodos definitivos podemos mencionar:

- ⇔ Vasectomía
- ⇔ Ligadura de trompas.

## **CONDON O PRESERVATIVO**

El condón es una cubierta de látex en forma de saco elástico que se coloca sobre el pene antes del acto sexual para retener el semen eyaculado, previniendo de esta manera su depósito en la vagina.

## **EL DIAFRAGMA**

Es un círculo de látex con un borde semirrígido que una vez ubicado en la vagina recobra su forma circular. Apoyándose en la parte posterior del hueso púbico y en las paredes de la vagina, forma una barrera que impide a los espermatozoides el acceso al cérvix del útero.

## **ESPERMATICIDAS**

Son sustancias que destruyen los espermatozoides.

## **EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO.**

Todos los dispositivos son aparatos pequeños de plástico con algún producto adicional para hacerlos opacos a la observación por radiografía. Llevan además un hilo plástico que aparece a través del cérvix del útero para señalar su presencia. Se fabrican numerosos dispositivos intrauterinos que podemos dividir en dos grandes grupos: los inertes y los bioactivos o medicados, el DIU o “aparativo” puede permanecer en el útero por varios años. El DIU es un método altamente eficaz. Los dispositivos producen también un aumento en el volumen y duración del sangrado menstrual, que en muy pocos casos pueden llevar a la anemia.

## **LOS METODOS HORMONALES.**

Los preparados hormonales son asociados de compuestos sintéticos parecidos a las hormonas ováricas, estrógenos y progesterona y existen varios preparados. Existen numerosas formas de administración de los anticonceptivos hormonales. La forma más común de administración de las píldoras combinadas es comenzar el quinto día del ciclo y tomar una cada día por 21 o 28 días, según el preparado.

## **EL RITMO.**

Estos métodos se basan en lo que conocemos sobre el tiempo de la vida del óvulo y del espermatozoide en el tracto genital femenino y los cambios que ocurren en relación con la ovulación.

## **COITO INTERRUPTO**

Sobre este método existen referencias que datan de tiempos bíblicos y se atribuyen a la extensión de su uso en Europa la declinación de la fecundidad observada durante los siglos XVII y XVIII, Como su nombre lo indica, este método, llamado también "retirada", consiste en que el varón interrumpe el acto sexual antes de alcanzar el orgasmo y la eyaculación, retirando el pene de la vagina y genitales externos de la mujer. No existen muchos estudios sobre la eficacia de este método.

## **LACTANCIA MATERNA PROLONGADA.**

Durante la lactancia materna, la hipófisis segrega alta cantidad de prolactina y la producción y excreción de las gonadotropinas foliculo estimulante (HFE) y luteinizante (HL) se encuentra parcialmente inhibida por lo que a menudo no se produce ovulación.

## **LA VASECTOMIA**

Es una operación que requiere solamente anestesia local y que interrumpe el conducto deferente de su recorrido a través de la porción escrotal alta. Es una técnica fácil y muy popular en algunos países. Los vascetomizados conservan una vida sexual con eyaculación no fecundante por ausencia de espermatozoides y satisfacción total (orgasmo), con la seguridad para la pareja de que no habrá embarazo.

## **LIGADURA DE TROMPAS U OCLUSION TUBARIA**

Existen numerosas técnicas para realizar esterilización femenina en general todas ellas consisten en bloquear el paso al óvulo en las trompas, cortándolas ligándolas o cauterizándolas. Esta intervención quirúrgica requiere solo de hospitalización durante la intervención y a las pocas horas la mujer puede irse a su casa o cuando mucho una noche de estancia. No afecta en nada a la salud de la mujer ni a su carácter, ni a su vida sexual. En algunos casos las mujeres prefieren la extracción de su matriz para garantizar la no concepción o sea la histerectomía.

## **CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE METODOS.**

La selección de un método debe basarse en la consideración de aspectos personales y criterios médicos. El profesional debe ayudar a considerar ambos.

Entre los aspectos personales más importantes podemos considerar la edad y número de hijos así como sus actividades y hábitos con respecto a la sexualidad.

La historia medica es importante sobre todo cuando se trata de métodos de acción sistemática como el hormonal y en caso del dispositivo intrauterino.

Si la selección de métodos es adecuada para la pareja y su empleo es constante, los beneficios para la salud de la mujer, el bienestar familiar y la integración conyugal son mucho mayores que los riesgos que podrían tenerse al no utilizar algún método anticonceptivo.

Es muy importante que el profesional, al orientar en salud reproductiva, tenga en mente que el común de las personas posee una serie de informaciones falsas por rumores infundados acerca de los métodos, por ejemplo: causan cáncer, esterilidad, locura, vejez prematura, etc., información que, en un momento dado, influye en la decisión de uso y de continuidad; puede y debe contrarrestar estos prejuicios con su plena comunicación ya que la ciencia nos ha otorgado modos valiosos para controlar los embarazos sin peligro para la persona y así coadyuvar a que ella pueda decidir libremente sobre su capacidad reproductiva. (6)

## **2.3 EDUCACION DE LA SEXUALIDAD**

### **2.3.1. DEFINICION DE SEXUALIDAD Y SEXO.**

La instrucción se dirige al conocimiento; un instruido en lo sexual es alguien que sabe en lo referente a las relaciones sexuales y sus consecuencias y sabe acerca de todo eso con verdad y no metafóricamente o con mitos. La educación, en cambio, va dirigida al comportamiento del hombre; se dirige a un SABER HACER y no a un saber tan solo. Un educado sexualmente no sólo tiene noticia de las cosas sexuales sino que, además, las actúa correctamente, certeramente. (3)

### **2.3.2. IMPORTANCIA DEL SEXO.**

La vida psíquica entera (conocimiento, tendencia, sentido) juntamente con la actividad externa entran bajo el quehacer de la educación sexual. Y sépase que no puede desglosarse la educación de la sexualidad de la educación general del sujeto humano; sería absurdo sólo el pensarlo.

La sexofobia tradicional se debe a ver el sexo bajo el signo de lo bajo, sucio y del pecado, los padres se hacen la vana ilusión de defender la “pureza” de sus hijos formándose la idea de que los niños son unos seres asexuales (“angelicales”). Pero resulta que el niño tiene un sexo y una instintividad, muchos ya han experimentado algún juego de tipo sexual infantil e inquietan de los padres información sobre temas sexuales. Los niños se fijan ya en las niñas y éstas expresan algún interés por aquellos.

Niño y adolescente reciben constantemente estímulos erotizantes del exterior, estímulos desconcertantes, evocadores de realidades ignoradas, y que no pueden por lo mismo, ser clasificadas, por lo que vagan por el interior produciendo una comezón desazonadora.

Además, no olvidemos que nuestra sociedad es más provocadora que la de otras épocas en materia sexual, las lamentaciones de nada sirven; preparar en cambio, a los hijos para vivir en la sociedad, es lo único positivo que puede y debe realizarse. Se acabó el puritanismo nacido en la época victoriana y nos toca vivir sin modales hipócritas.

No nos hagamos la ilusión de que la instrucción sexual va a allanar toda dificultad, pues la instrucción es una condición necesaria, pero no suficiente para que el hombre sepa vivir sexualmente como hombre; se requieren además, otros elementos educativos y el querer personal del interesado.

Preparar para el amor es preparar para la vida, para el desarrollo completo del ser humano y asimismo es poner las bases de la convivencia familiar y aún las de la sociedad.

No se percata de esto aquel educador, que califica de mal a un libro porque en él hay una mujer completamente desnuda; el tal educador no prepara una vida sana, pues califica de impuro al otro sexo sin darse cuenta, y con ello queda malparada la sexualidad y por ello queda tan sólo abierto el educando a las sublimaciones y a las anomalías.

Piensen tales educadores cohibir el impulso sexual y lo único que logran es apartarlo de su objeto natural para dificultarlo o para desviarlo hacia objetos impropios.

Gritan algunos que hay que ser prácticos y quieren que se diga acto seguido a que edad y cómo debe realizarse una iniciación sexual con los pequeños. Este pragmatismo es un riesgo muy peligroso. Importa más el POR QUÉ de lo que hacemos que LO QUE HACEMOS. No basta iniciar; se precisa tener motivos para ello. Toda actuación inmotivada cae en lo absurdo.

Ante el hecho de tener que hablarles a sus hijos de lo referente al sexo, la mayor parte de los padres experimentan REPUGNANCIA.

Las informaciones sobre el particular, o bien son groseras, o bien no las hay. El muro de la incompreensión y el repliegue puritano no permiten el trasiego de información sexual de padres a hijos.

El problema más grave de cuantos asedian la sexualidad es el del SENTIDO de ésta. El acto sexual ¿ es una realidad "significante" o bien "insignificante"? El acto sexual es un "gesto" o "ademán" psico-fisiológico y, por cierto, altamente "Expresivo". No se trata de una bestialidad, sino de una "personalidad" por cuanto quienes se expresan son "personas". El acto sexual pasa a ser algo "insignificante" en la prostitución por ejemplo, sino puro coito, en el que el otro no es una persona que intente comunicarse, sino una fisiología que procura descargarse.

La sexualidad aparece así como aquello que se pone al servicio de otro; sirve para romper el egoísmo.

La sexualidad constituye las etapas sucesivas de un desarrollo continuo que se pone al descubierto con diferentes actividades sexuales. Para exponer la sucesiva sexualidad humana lo haremos esquemáticamente, en seis etapas.

### **PRIMERA ETAPA SEXUAL INFANTILISMO.**

El recién nacido tiene la libido extendida por todo el cuerpo (fase narcisista) y todos sus placeres y displaceres los vive en toda la extensión de su ser. Vive fundido en el ambiente sin palparse como algo distinto, su madre es el elemento primordial de este, solo alrededor del medio año empieza a notar su cuerpo como lo otro respecto a su circunstancia. Paulatinamente va adquiriendo cuerpo el Ego freudiano.

Entre los 6 y los 12 meses (fase oral) el placer se centra en los labios, en la succión. Hacia los dos años fase anal las sensaciones de placer las obtiene el pequeño defecando y reteniendo las heces; se interesa por las funciones urinarias.

Entre los dos y cuatro años el niño experimenta una ternura especial para con las, personas que trata a diario, con manifestaciones de afecto, de celos, etcétera. Alrededor de los cuatro años (fase fálica) el pequeño toma interés por sus genitales, los cuales los manipula obteniendo placer.

La experiencia sucesiva del sexo que va recorriendo el niño ocurre entre los 5 y los 7 años (fase genital). Después sigue un tiempo de tranquilidad que dura hasta la irrupción de la pubertad. No se olvide que las neuronas no han alcanzado ni con mucho su madurez.

### **SEGUNDA ETAPA SEXUAL MASTURBATORIA**

Se descubre a solas el placer y asoma ya en el ámbito de la pubertad. Tanto el cuerpo como la intimidad están en ebullición; Las hormonas sexuales hipersexualizan todo el organismo. La regla o menarquia llega de los doce a los trece años; las primeras poluciones en los varones se dan entre los trece y los catorce años. Aparecen los caracteres sexuales secundarios; el púber descubre su YO y el Mundo en torno; aparecen también el Tiempo y los Valores en el campo de la conciencia.

Se define la masturbación como aquella actividad sexual en la que el contacto con otra persona, que hace de estímulo, es sólo imaginativo. recordemos que la masturbación no ocasiona daños ni físicos ni mentales; en todo caso es una manifestación de conflictos o perturbaciones, no su causa. La masturbación es una forma sexual imperfecta, inmadura,

encerrada en el mismo sujeto, pero extraordinariamente corriente, y en este sentido cuando menos, normal durante la pubertad.

Debido en parte a su desarrollo psicosocial y sexual más rápido en esta edad puberal las niñas son mucho más conscientes del sexo que los varones, aunque menos francas.

Las niñas más conscientes se sienten molestas y confundidas cuando sus hermanos las espían o cuando ven vestirse o desvestirse al padre.

En el desarrollo lúdico del niño hay una época caracterizada por los juegos relacionados con la sexualidad: se juega a ser novios, esposos, padres e hijos, etcétera.

Lo importante es encauzar estas manifestaciones infantiles a base de una adecuada educación sexual, sin desequilibrios que trastornen la personalidad del muchacho.

### **TERCERA ETAPA SEXUAL: HOMOSEXUALIDAD.**

Se descubre el placer con otro y se caracteriza exteriormente por amistades de alto tono afectivo.

Resulta de difícil explicación, pero parece ser que la "homosexualidad" de los adolescentes halla su casa en bastantes ocasiones, en la necesidad de sentirse seguro, comprendido y ayudado.

Así como la etapa masturbatoria es fundamentalmente física, la homosexualidad es más psíquica. Tanto la masturbación como la homosexualidad de que hablamos aquí se refieren a etapas evolutivas corrientes y no a situaciones anacrónicas y claramente anormales dentro de una sexualidad adulta.

### **CUARTA ETAPA SEXUAL: PROSTITUCION.**

Se descubre el placer con el otro sexo y que abarca realidades como el donjuanismo y el "faje". Debe advertirse que también esta fase de la evolución sexual puede vivirse como tentación tan solo, como apetencia, como unas "fuertes ganas de", sin que se llegue a los actos.

La prostituta es una mujer que acepta dinero a cambio de proporcionar placer, cosa no medible económicamente. Desde luego da muestras de infantilismo al valerse de la función genital para lograr beneficios no sexuales como el dinero.

El joven ha avanzado respecto a la etapa y postura anterior: ha descubierto el otro sexo y fisiológicamente existe una corrección, poseyendo una sexualidad fálica el hombre y vaginal la mujer.

A partir de los 14 y 15 años los dos sexos empiezan a encontrarse en juegos colectivos, fiestas y otras reuniones sociales en donde el papel del erotismo es cada vez más importante.

### **QUINTA ETAPA SEXUAL: ENAMORAMIENTO**

Se descubre el placer con UNA persona del otro sexo.

Tal relación ofrece cualidades nuevas, entre las que sobresale el que se **PERTENEZCA A OTRA PERSONA**; ésta es una experiencia desconocida en etapas anteriores.

El ligar un querido o una querida es un balbuceo amoroso, un apuntar al **AMOR**; la fidelidad es aquí infantil, no completa; en esta etapa el individuo del otro sexo interesa sólo parcialmente y no en todas sus dimensiones.

La sexualidad avanza paulatinamente atravesando zonas extravagantes; ahora bien, este progreso evolutivo es fundamentalmente interno, impulsado por la fuerza fisiológica que a tientas busca cómo salir a la luz.

### **SEXTA ETAPA SEXUAL: AMOR PLENO**

Se descubre el placer en la **UNION PERSONAL**.

Debemos confesar con tristeza la sospecha de que **SON MUY POCAS** las parejas amantes que llegan a esta etapa final aunque sólo se trate de los comienzos de la misma. El que se esté casado y se cumpla con los deberes de tal estado **NO IMPLICA** hallarse en **AMOR PLENO**.

Una cosa es el proceso de maduración antropológica y otra la legalización de convivencia a dúo.

Se puede vivir casado y hallarse sexualmente en la etapa masturbadora aun sin faltar a las obligaciones de casado.

Lo deseable sería que el amor pleno fuera la condición psicobiológica del matrimonio en cuanto a realidad espiritual y en cuanto a estabilidad jurídica.

Por otra parte creo que también se da el amor pleno fuera de la convivencia legalizada y también es una excelente ayuda para alcanzar la madurez sexual, aunque sea a manera de excepción y bajo la amenaza de desaparecer por falta de instituciones que fortalecen la decisión de amar.

El amor pleno desafía el tiempo y sus caprichos e inaugura "lo definitivo" (no lo inmóvil) la actividad sexual fisiológica que no puede faltar es la manifestación de que se cumple una entrega y una aceptación. El amor pleno pide una cierta mística para expresarse, que en un grado inferior sería el grito copulativo y en un grado superior una "promesa", un tomarse y tomar al otro en serio.

La "autenticidad" no puede justificar lo instantáneo fruto de lo accidental o de una "calentura", sino únicamente lo duradero, fruto de lo antropológico. Admitir el divorcio, aunque sea de común acuerdo, es reírse del otro sujetarlo a la burla. No hubo promesa sino parodia de promesa, conducta de instante, "queridismo y nada más"

Tres elementos juegan en el conocimiento del AMOR PLENO: "la amistad" que trae la igualdad, la ternura que consigue intimar con el otro y la "sensualidad" que consagra el cuerpo como elemento de amor. Estos tres elementos son el fondo del que surge la madurez sexual, si se ha sabido trabajar con ellos hacia el descubrimiento de la "persona", lo cual supone haber logrado deshacerse del "objeto sexual" para dar entrada al "fin sexual".(3)

### 2.3.3. LA SEXUALIDAD EN EL ADOLESCENTE Y SUS PROBLEMAS EN SEXUALIDAD.

Las Enfermedades Sexualmente Transmisibles (EST) existen desde el juicio de la humanidad. Han causado millones de muertes y aunque ahora existen tratamientos eficaces siguen siendo frecuentes y peligrosas. No existen vacunas para prevenirlas. Las EST no respetan raza, religión, ni posición social.

Los conocimientos del adolescente sobre estas enfermedades son nulos, y esto se manifiesta en una alta incidencia de éstas en los jóvenes. Se debe estar consciente de que cualquier persona esta expuesta a contraer este tipo de padecimientos, así como algunas otras enfermedades, pero lo más importante es la aplicación de medidas higiénicas. Para prevenirlas, y por tanto, tener mejor salud física y mental que permita disfrutar más de la vida.

Actualmente, se considera que manejar la prevención de las EST, es más importante que detallar la epidemiología, el diagnóstico y el tratamiento adecuado de cada una de ellas.

Las EST son padecimientos:

- Infecciosos (producidos por bacterias, virus, parásitos u hongos).
- Contagiosos (se transmiten de una persona a otra).
- Por contacto sexual (el mecanismo más importante de entrada de estas enfermedades al cuerpo, son los órganos genitales, en segundo termino se encuentran las transfusiones sanguíneas y, finalmente, las inyecciones intravenosas en drogadictos, que utilizan jeringas contaminadas.

Día con día se van sumando nuevas EST, la mayoría de ellas son:

- Por bacterias (sífilis, gonorrea, chancroide, vaginitis, por estafilococo, estreptococo, E. Coli, clamidia y otras ).
- Por virus (herpes genital, condilomas acuminados, SIDA, hepatitis tipo B, granuloma inguinal).
- Por parásitos (tricomoniasis, linfogranuloma venéreo, sarna, pediculosis).
- Por hongos (candidiasis).

La sífilis, la gonorrea y la infección por clamidia continúan siendo las más frecuentes a nivel mundial y también en nuestro país.

La gente joven casi siempre tiene miedo a las enfermedades y sobre todo sienten vergüenza, culpa, minusvalía, ante la posibilidad de padecer alguna enfermedad de ese tipo. Manifiestan miedo a las reacciones de la gente incluyendo a su familia, amigos o trabajadores de la salud (médicos, enfermeras, etc.) y por tanto hacen que se retarde o evite el diagnóstico. Lo anterior inclina al joven a la automedicación, lo cual no es conveniente porque: probablemente desaparezca el síntoma, pero no la enfermedad en su totalidad, debido a un tratamiento inadecuado o bien, puede estar tratando una enfermedad con un diagnóstico equivocado.

Algunos signos y síntomas de las EST son:

- Ardor o dolor al orinar.
- Secreción no común (del pené o de la vagina)..
- Ulceración(es) o alguna otra lesión, cerca o en las partes del cuerpo que hayan sido involucradas en el contacto(s) sexual(es), por ejemplo, los órganos sexuales la boca, la mano etc.
- Molestia o comezón en los órganos genitales o a su alrededor
- Infamación de las ingles o las partes altas de los muslos.

Existe una serie de aspectos básicos sobre los que es necesario reflexionar y tener presente, y es lo referente a las medidas preventivas de las EST.

Entre las normas a seguir se encuentran:

- Proporcionar información sobre las características de las EST en cuanto a cómo se contraen, cómo se pueden sospechar (diagnosticar) y que pueden ser tratadas si son diagnosticadas profesionalmente.
- Promover la abstinencia en forma general a los jóvenes, para su control actual.
- Si la relación sexual se ha iniciado en el joven, inducirá la monogamia (esto es: dos personas en la relación sexual y nadie más).
- Si las relaciones, sexuales ocurren con más de una, persona será necesario:
  - a) El baño diario.
  - b) Usar condón.
  - c) Asearse después del contacto sexual.
  - d) Acudir al médico periódicamente aunque no existan síntomas para chequeos clínicos y de laboratorio.
- De ser posible practicar exámenes rutinarios entre núcleos de población.
- Efectuar pruebas prematrimoniales (VDRL) para evitar casos de sífilis en los recién nacidos.

- Proporcionar al médico toda información requerida, para identificar los contactos de la persona afectada para control epidemiológico.
- Se debe recordar que los tratamientos caseros, la automedicación y la charlatanería no curan el padecimiento y si lo ocultan.

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad que afecta al sistema inmunológico (defensas del organismo) de los individuos, provocando baja resistencia para combatir diferentes procesos infecciosos.

En México, a partir de 1981 se comenzaron a reportar casos de SIDA para sumar hasta el mes de noviembre del 1987, 1,049 casos que hasta la fecha se han incrementado rápidamente.

La forma en que se transmite la enfermedad es a través del contacto sexual con una persona infectada por este virus, al existir intercambio de líquidos corporales como el semen y la sangre. Otra es por transfusión de sangre o sus derivados que provengan de donadores infectados. En los adictos a las drogas de administración intravenosa, la transmisión se realiza cuando se comparten agujas o jeringas de personas infectadas por este virus y que no son esterilizadas adecuadamente. La enfermedad también se puede transmitir antes, durante o después del parto, o a través de la lactancia al hijo de una mujer infectada.

Los síntomas son:

- Fatiga sin causa aparente, combinada con dolor de cabeza, mareo o vértigo.
- Fiebre constante que se pueda manifestar como sudores nocturnos.
- Pérdida de mas de 5 kilos de peso que no se deba a dieta o a mayor actividad física.
- Aumento de tamaño de los ganglios linfáticos del cuello o axilas.
- Tos fuerte y seca que no se deba al cigarrillo y que haya durado demasiado tiempo para ser un resfriado o gripe.
- Presencia de aftas (recubrimiento espeso y blanquecino en la lengua o garganta) que pueden ir acompañadas de dolor.
- Dificultad para respirar.
- Formación de petequias (moretones) con mayor facilidad que la normal. Pueden aparecer en tobillos, piernas y en el interior de la boca.
- Hemorragias sin causa aparente por cualquier orificio del cuerpo.

En México las personas enfermas de SIDA se encuentran en algunos de los siguientes grupos denominados de conductas de riesgo.

- Homosexuales y bisexuales masculinos con vida sexual activa.
- Personas que hayan recibido transfusiones de sangre o sus derivados, contaminados con este virus.
- Adictos a drogas de administración intravenosa.
- Parejas sexuales o hijos de personas pertenecientes a algunos de los grupos previos.

Las pruebas serológicas se denominan ELISA y Western Blot. El diagnóstico de SIDA se establece a través de una evaluación médica completa, el virus es capaz también de afectar directamente a los órganos del cuerpo como por ejemplo, el sistema nervioso central.

Esta enfermedad sexualmente transmisible se puede evitar adoptando las siguientes medidas preventivas.

- Que no se tenga contacto sexual con enfermos de SIDA o con miembros de algunos de los grupos de alto riesgo, si lo hace, utilizar condón.
- No administrarse drogas intravenosas y si lo hace no comparta agujas o jeringas.
- No tener parejas múltiples incluyendo prostitutas, ya que algunas utilizan drogas intravenosas.
- Reducir el número de personas con las cuales se tengan relaciones múltiples. (6)

#### **2.3.4. LOS ADOLESCENTES Y SUS PADRES.**

Muchos adolescentes ven la adultez con un sentimiento combinado de prevención y temor. Se preguntan si son capaces de asumir las responsabilidades que acompañan a la libertad. Por cierto, la ansiedad y preocupación de los padres respecto de la capacidad del adolescente para enfrentar sus problemas y para alcanzar una posición adulta satisfactoria no ayudan a estructurar la confianza del joven en sí mismo. Más bien aumentan su ansiedad y lo llevan a albergar sentimientos negativos aun más fuertes acerca de sí mismo y de sus aptitudes. (5)

#### **2.3.5. COMUNICACIÓN ENTRE PADRES E HIJOS.**

Para terminar con la iniciación de la instrucción y educación sexuales brindamos unas reglas generales:

1. Incumbe a los padres la tarea de iniciar sexualmente a sus hijos y la tarea abarca un ancho campo.
2. La iniciación ha de hacerse bajo el móvil del amor.
3. Debe decirse siempre la verdad; no es lícito escamotearla.
4. Hay que ser oportuno. Es preferible, sin embargo, llegar antes que llegar tarde.
5. Es preciso distinguir entre instrucción y educación. Ambas son indispensables.
6. La educación sexual no termina con el final de la pubertad sino que debe proseguir, ahora por cuenta del que la recibió, y no puede hablarse de final de educación de educación sexual hasta que sobreviene la muerte.
7. Después del climaterio femenino o masculino, también se requiere educación.
8. Experimentar sólo la genitalidad es tratar al otro como objeto en vez de considerarlo como sujeto.
9. Enamorarse no es lo mismo que amar: lo primero es pasivo y lo segundo es activo.

10. Los que llegan al matrimonio únicamente, desprovistos de amor, están en el borde del fracaso.
11. Si los hijos deben vivir razonablemente y no según el instinto ciego, también aquí debe educarse el sexo.
12. La vida matrimonial es un quehacer y no algo estático y muerto. Y por que es quehacer y no repetición rutinaria llega a satisfacer.
13. Hacia el final de la vida la actividad sexual llega a la quietud, al reposo. Deben engendrarse motivos para crear una nueva felicidad.
14. Cuando la muerte se haya llevado al consorte, la experiencia personal puede proporcionar a los demás no pocos e interesantes consejos sobre la vida en general y sobre la vida sexual en particular. (3)

Los padres deben comenzar por comprender que la mentalidad del adolescente está dominada por la idea de autosuficiencia y que el joven se siente capaz de tomar determinaciones y luego armar su vida sin requerir de las indicaciones de sus mayores.

Esto le produce desorientación cuando en la práctica comprueba que no es capaz de lo que creía ya que es dependiente. Entonces se siente aislado, pues ya no pertenece a su antiguo mundo de su infancia y tampoco se incorpora por completo a los adultos. Además, el adolescente está lleno de inquietudes porque comienza a formar parte activa de la sociedad, se amplía el círculo de sus actividades, se siente capaz de realizar cualquier empresa (sobre todo el hombre) y, lo más importante, su libido se hace aparente por medio del impulso sexual que le despierta inquietudes en relación al sexo opuesto y hacia su propia capacidad sexual que está desarrollándose rápidamente.

En el aspecto sexual, a pesar de su idea de autosuficiencia, está desorientado y no sabe la manera correcta de enfrentarse a la nueva actividad.

Si el preadolescente ha recibido educación sexual adecuada, el adolescente tendrá respeto por el otro sexo, poco interés en la pornografía y la obscenidad, interés en obtener información sexual correcta y conciencia de sus actos.

Los actos obscenos de los adolescentes significan inquietudes y dudas que no han sido satisfechas. (2)

Solución de problemas. Nunca es fácil resolver un problema. Resulta en especial arduo para aquellos adolescentes que, cuando niños, han dependido con exceso de los padres y los docentes. Los jóvenes se ven frente a numerosos problemas que sus padres y muchos de sus profesores no encararon cuando ellos mismos eran adolescentes, razón por la cual estos adultos se sienten incapaces de ayudar a los jóvenes a resolverlos.

Además, muchos adolescentes que quisieran recurrir a sus padres, piensan que no se les escuchará con simpatía o que darán la impresión de ser incapaces de actuar con la independencia que han logrado. Otros ven a sus padres como símbolos de la infancia que desean dejar atrás.

Después de separarse de sus padres, muchos jóvenes se sienten a la deriva y necesitan encontrar nuevas fuentes de protección. Algunos se vuelven hacia profesores, sacerdotes, hermanos mayores, parientes adultos y amigos de la familia. Otros consideran a todos los adultos como representantes de la autoridad y evitan colocarse en una posición de sometimiento frente a ellos. Entonces requieren ayuda de miembros de su propia edad o, si no tienen confianza en el auxilio que éstos pueden prestarles, se ponen en comunicación con consejeros invisibles a través del correo y obtienen respuestas en columnas apropiadas de periódicos y revistas o por medio de la radio o la televisión.

Aun cuando los adolescentes decidan solicitar ayuda de sus padres, tienden a ser cautelosos en la elección del padre o de la madre y de los problemas a discutir. Tanto los muchachos como las muchachas se inclinan a creer que sus madres son más tolerantes y comprensivas. La frecuencia con que el adolescente se dirige a sus padres en busca de ayuda depende no tanto de la relación que mantiene con ellos como de la naturaleza del problema. Cuanto más grave es el problema, tanto más se resiste a procurar la asistencia paterna. Las cuestiones referentes al sexo, a las relaciones entre muchacho y muchacha o a las dudas religiosas son las que tienen menos probabilidad de ser discutidas con los padres.

El cuadro que aparece a continuación se enlistan algunos de los problemas discutidos por los muchachos con sus madres y por las muchachas con sus padres, están clasificados de conformidad con la dificultad de la discusión. (5)

Hijo-madre grado de dificultad en la discusión      Hija-padre grado de dificultad en la discusión de temas.

Tema		Tema	
Sexo	Mucha Dificultad	Sexo	Mucha Dificultad
Juego Amoroso	Mucha	Juego Amoroso	“
Trasnochar	Dificultad	Noviazgo	“
Mala Conducta	“	Matrimonio	“
Noviazgo	“	Trasnochar	“
Bebidas Alcohólicas	“	Hábitos Referentes a la salud	“
Matrimonio	“	Mala Conducta	“
Compromiso Matrimonial	“	Compromiso Matrimonial	Mucha Dif.
Fumar	“	Enfermedades	“
Uso automóvil	“	Bebidas alcohólicas	“
Hábitos referentes a la salud	“	Creencias	Intermedia
Proyectos de los padres	“	Proyectos de los padres	“
Amigas	“	Fumar	“
Amigos	“	Agasajo de amistades	“
Creencias	Dificultad	Amigos del sexo opuesto	“
Vida privada	“	Vida privada	“
Conducta Social	“	Uso automóvil	“
Dinero propio	Intermedia	Vestimenta y su cuidado	“
Enfermedades	“	Conducta Social	“
Economía familiar	“	División del trabajo	“
Vestimenta y cuidado	“	Dinero propio	“
Cuidado de la propiedad	“	Amigas	“
Hábitos alimentarios	“	Modo de vestir	“
Temores	“	Temores	“
Fracasos o frustraciones	“	Economía familiar	“
Agasajo de amistades	“	Maneras de agasajar	“
Educación	“	Lo que yo como	“
Entretenimientos	“	Fracasos o frustraciones	“
Gastos de automóvil	“	Mi educación	“
División del trabajo	“	Parientes	“
Lo que yo como	“	Cuidado de la propiedad	“
Cuestiones político-cívicas	“	Empleo formal	“
Modo de vestir	“	Empleos ocasionales, trabajo	“
Parientes	“	en el verano	“
Empleo formal	“	Hábitos alimentarios	“
Empleos ocasionales, trabajo	“	Gastos de automóvil	“
en el verano	“	Cuestiones político-cívicas	“

(5)

### 2.3.6 PUBLICIDAD, MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y SEXUALIDAD.

Reducción de la sexualidad a sus elementos de placer es resultado de profundo influjo de la concepción psicológica del hombre. Al lado del éxito económico, el éxito sexual ha llegado a ser una exigencia vital casi impuesta por las propagandas erotizantes. Hay una especie de angustia por el orgasmo y un miedo social a la impotencia o a la frigidez. Todo ello es muy significativo porque implica una sexualidad comercializada concebida como “consumo” o “hobby”, e incluso como forma de llenar el tiempo libre.

Así, pues, podemos decir que el “ahora sexo” está ceñido por dos vertientes: una positiva, de liberación madura y adecuada, y otra negativa, deshumanizada y destructora. Naturalmente, el camino a seguir debe ser el afianzamiento de la vertiente positiva y la liquidación de la negativa, mediante una integración de lo sexual en lo personal a un nivel de plena madurez y responsabilidad.

La sexualidad actual tiene un peligro nuevo que se podría llamar, como en economía, inflación. La publicidad, la literatura, el cine, la fotografía especializada, el espectáculo sexy, etcétera, van transformando poco a poco a la sexualidad en algo obsesivo, larvado y sin posibilidad de satisfacción en muchas ocasiones. Podría decirse que hemos llegado a la era del “homo eroticus”, pero resulta más problemático discernir si se ha llegado a la conquista de una libertad plena o a una nueva esclavitud.

La mujer para pasar a ser “sexy” ha tenido que sofisticarse, o sea, enmascarar mediante una adecuada tecnificación de su personalidad femenina auténticamente humana y resaltar, sólo lo que en sí lleva de menos personal, los caracteres sexuales. En realidad esta postura es un síntoma peligroso en cuanto implica una gran deshumanización. No menos alarmante es el hecho de que al hombre no le basta la expresión natural de la mujer y ésta deba estimularse a partir de la sofisticación.

Los carteles y escaparates dominan la calle de hoy; el cine nos tiene acostumbrados a una peculiar fascinación con las más diversas imágenes; pero el principal instrumento de atracción lo constituye la publicidad visual de la mujer. La mujer accede a ser instrumento y objeto, e incluso intermediario permanente entre el atractivo espontáneo y el reclamo artificial. La primera característica de un objeto es su artificialidad; por lo tanto, la mujer objeto del mundo publicitario se transforma en algo artificial. Los cabellos serán postizos

o teñidos, usará pestañas artificiales, llevará las cejas maquilladas y su rostro aparecerá completamente sofisticado; es decir, enmascarado.

La publicidad callejera, utilizando la mujer-objeto como reclamo, nos infunde un nuevo sentido de la sexualidad. Gracias a ello asociamos, predominantemente, el concepto “sexo” al concepto “mujer”. Por otra parte, la pulsión sexual no encuentra mejor medio de excitación que esta mujer-objeto o sexo-objeto que, al mismo tiempo, se ofrece y aparece como algo prohibido por las normas sociales y religiosas, o simplemente por una motivación meramente económica.

Ante la actividad sexual de toda índole han surgido históricamente diferentes regulaciones de la misma, las cuales a manera de costumbre, de ley, de castigo o de orientación, han sometido a cauce la impetuosidad y barbarie del impulso sexual. Podría decirse que las diversas morales, cada una a su modo, han dado como resultado la “civilización” de la sexualidad que antes se las había de manera un tanto salvaje y sin freno.

La gente se pregunta por la corrección o incorrección del amor libre, de la no-virginidad prematrimonial, y más aún tratándose del sexo femenino, de la prostitución, del hecho de tener querida o amante, de la masturbación, de los métodos anticonceptivos, del divorcio, etcétera. Delante de éste cúmulo de preguntas, la historia ha ofrecido una muy variada gama de respuestas, gama tan variada, en un mismo tiempo, según las diversas áreas geográficas y culturales.

De ordinario, las prescripciones éticas vienen respaldadas por religiones que amparan determinada normativa sexual.

Otra cosa llama la atención con respecto a la ética sexual que se ve establecida en nuestra sociedad: es el fenómeno de la “doble moral”; una moral para el sexo masculino y otra para el femenino. Delante de las aventuras e intrigas sexuales del varón, fácilmente brota la sonrisa o cuando menos la tolerancia; muy otra es la reacción del público cuando se trata de la mujer y mucho más distinta, si cabe, cuando es cuestión de una joven que ha llegado a ser madre sin ser esposa.

El hecho de la “doble moral” manifiesta una sociedad hipócrita que ha establecido una segregación sexual cara a cara del comportamiento ético.

El baile era considerado como algo excesivamente peligroso para la integridad moral de la persona, particularmente para la mujer. Naturalmente esta consideración es inaceptable desde el momento en que el baile ha aparecido como una diversión y una forma de aproximación humana en la que maduran las relaciones entre el hombre y la mujer, por cuanto a través del baile se abren a una mayor confianza mutua. Indudablemente el baile puede utilizarse como forma de aproximación erótica, pero esto no debe servir para emitir un juicio global sobre el mismo.

Estas breves reflexiones son una invitación para abordar seriamente el problema de la ética sexual, para saber qué acontece en este terreno en el que tales desequilibrios pueden observarse, a fin de llegar a una actitud sensata delante de las consideraciones éticas de la sexualidad.

El “tabú” misterioso y la prohibición sobrecargada de amenazas angustiosas son todavía, para la mayoría de los mortales, su comprendio de ética sexual. Muchos revestirán esta base moral con ropajes de tal o cual credo religioso, pero no pasarán de ser esto: ropajes.

No es ninguna exageración si sostenemos que la moral sexual anda, de hecho, polarizada a través de los conceptos de mal y de pecado, como si el bien y la virtud estuviesen reñidos con la sexualidad. El pecado retiene el monopolio de todo pecado; la formulación del imperativo sobre ética sexual es siempre confusa. Los criterios de valoración en tal terreno acostumbran a ser la vergüenza y un sentimiento oscuro de posible castigo.

Ni la angustia, ni la culpabilidad subjetiva pueden constituirse en valores morales por muy pegadas que se presenten ambas a los hechos sexuales.

En el terreno de los hechos, cuanto más descendemos en la escala animal, más sometido hallamos el comportamiento sexual al juego de las hormonas; e inversamente, a medida que ascendemos en dicha escala, más el quehacer sexual se libera del peso hormonal, de suerte que al llegar al plano humano las hormonas juegan un papel mucho menor.

La reflexión ética supera el puro dato positivo tanto biológico como psicológico para adentrarse por tierras extrañas a estas ciencias.

Entre lo estrictamente perteneciente a la biología y lo perteneciente a la “persona” se produce desfases cronológicos que agravan la problemática de una ética del sexo; así nos

hallamos con que el adolescente es apto para engendrar mucho antes de ser apto para amar de persona a persona; ambos fenómenos pueden muy bien distinguirse desde el ángulo psicológico.

No creemos proferir un disparate si sostenemos que el amor personal, de un “yo” a un “tu”, es fundamental en la relación sexual y que el placer obtenido es algo instrumental en tal relación, pues juega el papel de manifestador del amor. A la “persona” no puede tratársela como a un “objeto” porque siempre es un “sujeto”. Los objetos se utilizan, pero los sujetos se aman; los objetos son útiles, medios para otros fines, no así la persona humana que siempre debe ser un fin. El respeto a los valores de “otro” debe presidir la normativa sexual.

Una actividad sexual al margen del amor es actividad más fisiológica que humana y por tanto descartable éticamente, pues la ética debe empeñarse en hacer cada vez más hombres a los humanos.

El primer deber que ha de presidir las relaciones sexo-amorosas, como debe presidir toda relación humana, es el de evitar cualquier clase de daño al otro. Quien haya madurado su personalidad, quien haya robustecido su intimidad, no va a contentarse con respetar la posible dicha del otro, sino que procurará acrecentársela hasta procurarle toda la felicidad que pueda.

Una actitud sexual conforme a la ética rompe con el egoísmo y obtiene una armonía bienaventurada de la pareja. La sexualidad, al plano humano, no es ya un simple reflejo sexual solitario o a dúo, ni una simple fecundación animal como algunos inquietamente preocupados por la descendencia pretenden; **LA SEXUALIDAD ES LA RELACION MAS INTIMA QUE PUEDE DARSE ENTRE DOS PERSONAS HUMANAS.** Lo carnal no agota la sexualidad del hombre, sino que pasa a ser el vehículo ciertamente indispensable y **SIN EL CUAL SE PREDICARIA UN AMOR ANGELICO, PLATONICO Y ANTIHUMANO.**

La ética sexual no sólo ha de contar con la pareja para constituirse, sino que también ha de tener presente a la descendencia. La moral tendrá presente el amor personal entre los cónyuges, pero también la posible llegada de un tercero: los hijos, y la presencia de la sociedad entera con sus complicaciones. Tener presentes a los hijos y a los demás en las relaciones sexuales llevará no pocas veces a preguntarse por el número de hijos a tener.

La aptitud concepcional debe regularse en forma conveniente para los padres, para sus hijos y para la sociedad. La maternidad debe ser consciente, racional y no puramente fisiológica; obligar a los esposos a procrear, quieran o no, a base de prohibir, o no difundir **LOS MEDIOS REGULADORES DE NACIMIENTOS**, trae de hecho, por ejemplo, un aumento de los abortos o de los adulterios, según se guarde o no la continencia con el consorte.

El acto sexual no es algo que sólo interesa a dos y a un tercero; ya no es un hecho natural ni meramente privado; actualmente ha pasado a ser un hecho de civilización y de cultura. Si determinados principios reguladores de la conducta sexual no podrán modificarse nunca por dimanar inmediatamente de la persona humana, otros tendrán que adaptarse a los diferentes hechos de civilización y tendrán únicamente sentido dentro de un contexto determinado, evolucionando a medida que este se modifique.

Los elementos perenes de la moral no pueden abandonarse nunca, pero debe tenerse muy presente que su vigencia debe encarnarse siempre en un marco dado.

Las iglesias cristianas han operado en general una separación muy marcada entre “carne y espíritu”, vilipendiando la primera y exaltecando el segundo.

Los católicos de manera especial, se ven constreñidos por ahora a confesar que la virginidad es superior al amor matrimonial.

“No todo está permitido”, exclamaba Camus con un grito extraordinariamente humanista. Los primeros cristianos tuvieron que cerrar filas, aglutinarse y disponerse a morir por dar testimonio de su fe. Las condiciones de clandestinidad y la dureza de la lucha exigían una vida austera, ascética, orientada hacia la muerte, libre de cargas y de ligaduras terrenales. El ascetismo de los primeros tiempos de ilegalidad del cristianismo fue una necesidad.

Se inició una etapa de exaltación de la castidad y de la virginidad. La tentación estaba cerca, su cercanía era un estímulo para la llamada de la carne y de la pasión. Era necesario, pues, atacar a la mujer; había sido elevada al rango de compañera y no de sierva, pero escondía en sí el germen de la perdición.

Clemente de Alejandría, un hombre cultísimo, llegó a decir que “toda mujer debería enojecer de vergüenza solo de pensar que es mujer”.

Los ascetas torturaban su carne y predicaban la virginidad y el celibato, como San Jerónimo, que ayunaba y se acostaba desnudo sobre el suelo.

Lo cierto es que, como han demostrado recientemente algunos estudios históricos, la población descendió alarmantemente; sin embargo, lo que tiene mas importancia es que esa actitud contra las relaciones sexuales habría de marcar una influencia determinante en los siglos siguientes.

El papa Inocencio I amenazó con severos castigos a los clérigos que no estuvieran dispuestos a renunciar a su vida sexual conyugal.

En nuestros días, después de un largo período de silencio sobre esta disposición, se ha discutido públicamente sobre la procedencia o no del celibato. Y el día 23 de Junio de 1967 se hizo pública una encíclica del Papa Paulo VI que mantiene el principio de la necesidad del celibato en el Sacerdote católico. (3)

El preadolescente debe entender que el acto sexual es una expresión del amor que se tienen dos personas y que la procreación consecuente es el resultado de un matrimonio armónico que desea completar su hogar.

Tanto en los periodos preescolar y escolar como en la adolescencia el manejo general de los hijos tiene mucha importancia por las huellas que puede dejar en el subconsciente, y que influyen en su conducta posteriormente.

Se debe recordar que un padre muy enérgico y frustrante puede crear repulsión y hacer odiar a las personas del sexo de ese padre y, por el contrario, un padre que favorece en acercamiento con un hijo del propio sexo puede provocar una identificación que lleve a desear al niño ser como él.

Ahora que los libros de texto de nuestras escuelas primarias ya hacen mención de la reproducción humana, es oportuno que se programe la educación sexual de modo que quede dosificada convenientemente en los distintos grados de la primaria, para que el

adolescente que sale del 6º año esté informado de la menstruación, eyaculación, el embarazo, el parto, y el coito.

Es conveniente que los padres les informen a los hijos acerca de la menstruación a las mujeres y la eyaculación a los hombres, fenómenos que pronto presentarán y que no conviene que se inicien sin que el joven sepa interpretarlos correctamente.

Para dar mayor sensación de naturalidad, no se debe provocar la explicación; es preferible aprovechar el pretexto de un comentario o pregunta que haga el preadolescente. Ejemplo: tus vestidos te quedan estrechos de las caderas y el pecho porque ya estás desarrollando tu cuerpo para hacerte mujer. A tu edad las mujeres comienzan a arrojar sangre por la vagina cada mes, como consecuencia del funcionamiento de los ovarios, etcétera. “Los muchachos de tu edad, a veces, por alguna excitación o estado emotivo arrojan por la uretra un líquido que se llama esperma o semen y que viene de las glándulas sexuales que ya comienzan a funcionar. (2)

### **2.3.7 LA EDUCACION DE LA SEXUALIDAD Y LA ESCUELA**

Hemos recorrido el camino de la sexualidad en el individuo, camino tortuoso y lleno de peligros, pues se arriesga uno a plantarse en un punto y a no avanzar más. A fin de evitar tal riesgo y obtener que el niño o niña avancen sin desmayo hacia una sexualidad adulta, los educadores, padres y maestros no pueden dejarlos a su suerte, sino que deben hacerse cargo de su evolución sexual.

Uno de los factores del equilibrio o desequilibrio del ser humano lo constituye la sexualidad. Si queremos que el hijo o la hija posean una personalidad equilibrada, hemos de esforzarnos en que su educación sexual sea mentalmente higiénica. De una mala "educación-ambiente" sexual, pueden originarse tres tipos de traumas: los somáticos, los anímicos y los mentales.

La responsabilidad principalmente de los padres, en esta materia, es verdaderamente gravísima. No es posible cerrar los ojos. Los padres quieren un hijo equilibrado, armónico, y un hombre de esta categoría requiere una higiene sexual de mente y cuerpo que dure muchos años.

Los juegos infantiles que pueden implicar una carga erótica son considerados por muchos padres como algo terrible que es necesario reprimir. Los niños satisfacen una curiosidad y ensayan, imitando generalmente al adulto, una nueva y desconocida actividad que llama poderosamente su atención.

El adolescente pierde la seguridad que tenía en su niñez y le parece que el terreno que pisa es cada vez más movedizo y menos consistente. El adolescente necesita compañía, necesita un "apoyo existencial" al que agarrarse. Los padres deben saber comprender la adolescencia de sus hijos.

El hecho de que los pequeños convivan juntos, sin diferenciación de sexos, constituye un paso muy importante para la consecuencia de una educación sexual adecuada. (3)

### **2.3.8 LA ENFERMERIA EN LA EDUCACION DE LA SEXUALIDAD**

En los dos primeros años de vida es un adulto quien practica las medidas higiénicas del niño. Es vital el baño diario ( con agua y jabón, una esponja suave o algodón) para evitar irritaciones e infecciones en los órganos genitales que puedan causar la orina, heces fecales o el acumulamiento de esmegma en el surco balano prepucial. Para llevar a cabo esta limpieza es importante retraer el prepucio que se encuentra cubriendo el glande, tratando de no hacerlo forzosamente para no lastimar, ni causar molestia al niño. Si el prepucio no es reductible por un orificio estrecho ( fimosis), esta indicada la circuncisión.

La circuncisión es un procedimiento quirúrgico que consiste en cortar el prepucio de tal forma que queda descubierto el glande.

Es necesario examinar también desde el nacimiento, que los testículos hayan descendido a las bolsas escrotales. La falta de descenso de uno o ambos testículos se denomina criptorquidia. La presencia de tumores o hernias en la ingle o testículos, posición anormal del meato urinario u otras alteraciones, serán motivo de consulta al médico para su tratamiento, que afortunadamente en la mayoría de los casos se resuelven. Una vez que el niño aprenda a bañarse por si mismo, se le enseñará como realizar su limpieza y examen genital.

En el adolescente y en el adulto las medidas de higiene son básicamente las mismas que se describieron para el niño, no obstante es conveniente hacer algunas observaciones. Durante la adolescencia se incrementa la secreción de glándulas sudoríparas y sebáceas, esto hace que se acumulen secreciones en mayor cantidad que en la infancia por lo que el muchacho debe cuidar su aseo especialmente mediante el baño diario con agua y jabón combinado con la aplicación de desodorantes más regularmente. La eliminación del esmegma es muy importante puesto que su presencia en el pene es capaz de inflamar, infectar e incluso como se ha comprobado, ocasionar cáncer.

Cuando se inicia la vida sexual activa en forma premarital, marital o extramarital, sea con prostitutas o amigas, el aseo diario es indispensable así como el aseo postcoital de genitales externos con agua y jabón. El orinar inmediatamente y uso de preservativo sobre todo cuando se tengan contactos sexuales con personas desconocidas y un control médico cada seis meses por lo menos, son las medidas a seguir.

Las niñas tienen gran cantidad de glándulas entre los labios mayores y menores que no producen esmegma como en el hombre, pero sí producen secreción mucosa que humedece esas partes. Hay que recordar que dada la disposición anatómica del meato urinario, al orinar se mojan los genitales externos y, por tanto la humedad y restos de orina pueden irritar e incluso infectar la vulva si falta la higiene; también, en casos severos, se afectan los genitales internos o bien órganos urinarios.

Se recomienda el baño a la niña, donde el adulto debe separar con los dedos de una mano los labios mayores y con la otra mano limpiar los demás genitales externos, también se debe realizar el aseo después de defecar y secar la vulva después de orinar o del baño, para evitar infecciones en el aparato genitourinario. Al igual que en el niño, cuando la niña aprenda a bañarse por sí misma, se le enseñará como hacer su limpieza y examen genital.

La adolescente y la mujer adulta requieren de varias medidas higiénicas para conservar su salud sexual. Y éstas son; baño diario durante el cual se debe realizar la limpieza de los genitales como se descubrió anteriormente, así se eliminará el exceso de secreciones de las glándulas sudoríparas y sebáceas acumuladas en el cuerpo y en la vulva; evitando mal olor, inflamaciones y aparición de “flujos” anormales.

Quienes han iniciado vida sexual activa, así como orinar inmediatamente después de un contacto sexual. Se aconseja acudir al médico cada seis meses por lo menos, si se han tenido contactos sexuales dudosos o bien ante la aparición de manchas, ulceraciones o aparición de flujos no usuales, entre otras alteraciones en los genitales externos. Una manera práctica de explorarlos es: acostada boca arriba, con los muslos entreabiertos y rodillas flexionadas, colocar un espejo de frente a los genitales y visualizar los labios mayores para posteriormente separarlos con los dedos de una mano y así poder observar las demás estructuras externas.

Es necesario explicar y enseñar detenidamente a la adolescente la importancia que tiene el llamado autoexamen mamario, el cual se debe realizar de manera periódica y sobre todo desterrar toda idea de “cancerofobia” que el mismo pudiera despertar. Sus objetivos son: primero familiarizarse con las características físicas propias de las glándulas mamarias y después la búsqueda de anomalías que pudiesen requerir ayuda profesional.

La técnica de autoexamen es la siguiente:

El primer paso es la inspección de las mamas frente a un espejo y con buena luz directa, inicialmente con los brazos relajados a lo largo del tórax y posteriormente levantados por encima de los hombros. Se debe observar si hay algún cambio en el tamaño, forma, color, desviación de los pezones, ulceraciones o excoriaciones en la piel, secreción (serosa, sanguínea) por alguno de los pezones, o bien hundimientos o arrugas en la piel.

El segundo paso es la palpación. Colocar la mano izquierda debajo de la cabeza y con la mano derecha comprimir la mama izquierda suavemente de la periferia hacia el pezón en forma radial, para identificar posibles tumoraciones. Para palpar los ganglios linfáticos mamarios izquierdos es conveniente colocar el brazo de ese lado a lo largo del tronco y con la mano derecha comprimir el contenido de la axila contra el tórax.

Es indudable que la práctica rutinaria del autoexamen, que solo emplea unos minutos de cada mes, redundará en beneficio personal. Otra medida preventiva importante es el examen ginecológico, el cual en nuestro medio es difícil que la mujer lo acepte y sobre todo cuando no tiene alguna sintomatología..

El examen ginecológico y citología exfoliativa se deben de realizar en jóvenes sexualmente activas básicamente o en aquellas que están recibiendo hormonas como dietilbestrol o sus análogos, también hijas adolescentes de madres a las que se les administró dichas sustancias. Se aconseja que dichos exámenes se practiquen cada seis meses o cada año.

Por ultimo comentamos brevemente una enfermedad de la piel muy frecuente en los adolescentes y motivo de gran preocupación para ellos, el acné. Se caracteriza por la aparición de pápulas, pústulas, abscesos y hasta cicatrices; siendo las zonas mas afectadas, la cara, espalda y pecho, que son sitios donde existe gran cantidad de glándulas sebáceas, se han invocado diferentes factores como causales del acné los endócrinos, hereditarios, infecciosos y psicológicos, Se supone que los factores se mezclan, dando como resultado la obstrucción de las glándulas sebáceas, con la consecuente acumulación de secreciones grasas y participación de bacteria, resultando así la infección. No es aconsejable que el o la joven realicen dietas especiales, expriman las lesiones, apliquen medicinas, remedios caseros o tengan mucha angustia.

Dentro del contexto general de salud, el aspecto de la reproducción debe tener atención especial pues siguiendo las normas generales de la salud reproductiva coadyuvaremos a la

física, mental y emocional de la mujer y de los hijos que se procreen, así como a otros aspectos importantes como son los de integración, presupuesto y educación familiares.

Estas normas deben seguirse desde el momento de decidir tener un hijo, de tal manera que se planea desde la concepción, permitiendo llevar a cabo un cuidado prenatal adecuado durante todo el embarazo para lograr llegar a un feliz término en el proceso maravilloso de traer un hijo al mundo. (6)

En éste capítulo no se explica mas debido a que en sí todo el contenido de éste marco teórico es a cerca de lo que enfermería debe orientar al adolescente, sin dejar de agregar lo actual de la bibliografía en el momento de la orientación, esto último se refiere a que la enfermera debere estar actualizada.

### **3. ESQUEMA DE LA INVESTIGACION.**

#### **3.1 METODOLOGIA GENERAL DE LA INVESTIGACION.**

Se trata de una investigación descriptiva y propositiva.

Para la elaboración del marco teórico se utilizó la bibliografía más reciente, respecto al tema de investigación.

##### **3.1.1 FUENTE DE DATOS.**

Bibliografía (libros) de reciente edición sobre sexualidad, adolescencia y sociedad.

Revistas especializadas en sexualidad u otras que manejen éste tópico.

Investigaciones a cerca de sexualidad y adolescencia del C.C.D.A.P.S. y otras instancias educativas y de salud.

Publicaciones de CONAPO y MEXFAM.

##### **3.1.2. TAMAÑO Y TIPO DE LA MUESTRA.**

Se trabajó con 120 familias en las que existían cuando menos un adolescente entre 12 y 18 años de edad correspondientes al 10% de las 1200 familias activas en el C.C.D.A.P.S.

Se calculó por medio de muestreo aleatorio simple sin reemplazo.

La recolección de los datos se realizó según cronograma aplicándose la cédula y guía de observación en los domicilios y en la consultoría de enfermería.

Se incluyó éste número de familias (en donde hay adolescentes) debido a que se quiso obtener resultados de una muestra representativa pero no entrevistar a todos los adolescentes de San Luis Tlaxialtemalco, considerando que es suficiente ésta muestra para que los resultados sean confiables y verídicos.

##### **3.1.3 LA ENCUESTA.**

Para la recopilación se utilizó un cuestionario en el cual se agruparon datos generales a cerca de los adolescentes y su educación de la sexualidad.

#### **3.2 RECOPIACION DE DATOS Y PROCESAMIENTO ESTADISTICO.**

Se hizo por medio de tabulación en P.C. en el programa Word 6.0 (Windows), posteriormente se realizó un análisis estadístico con sus respectivos cuadros.

### **3.3 ANALISIS DE RESULTADOS.**

70 % de los adolescentes es nulo su conocimiento a cerca de su sexualidad, más del 50 % iniciaron vida sexual activa entre los 11 y 13 años de edad, el 66 % conocen los métodos anticonceptivos, de éstos el más conocido es el preservativo seguido del dispositivo intrauterino y los hormonales, el 79.16 % de los adolescentes conocen las enfermedades de transmisión sexual y como las más conocidas es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, gonorrea, sífilis y otras. Según el 65 % de los adolescentes reciben orientación de sus padres y el 2 % de la enfermera

CUADRO No. 1

EDAD DE LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS

OPCIONES	F	%
11 - 13	34	28.33%
14 - 16	85	70.84 %
17 ó MÁS	1	.83%
TOTAL	120	100%

FUENTE: PROUESTA DE INTERVENCIONES DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES.

DESCRIPCIÓN: EL 70.84% TIENEN ENTRE 14 Y 16 AÑOS DE EDAD, EN MENOR PORCENTAJE DE 11 A 13 AÑOS Y EL .83% MAYORES DE 17 AÑOS DE EDAD. ESTA DISTRIBUCIÓN CORRESPONDE A LOS ADOLESCENTES QUE SE ENCONTRABAN EN SU DOMICILIO EN EL MOMENTO DE LA VISITA, PROBABLEMENTE LOS DE 17 Ó MÁS SE ENCONTRABAN TRABAJANDO O EN OTRAS ACTIVIDADES.

CUADRO No. 2

SEXO DE LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS.

OPCIONES	F	%
MASCULINO	59	49.1 %
FEMENINO	61	50.9 %
TOTAL	120	100 %

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION: EL 50.9 % SON ADOLESCENTES FEMENINAS Y EL 49.1 % SON ADOLESCENTES MASCULINOS, DISTRIBUCIÓN QUE FACILITA EL ESTUDIO CON BASE EN EL COMPORTAMIENTO ESPERADO EN AMBOS SEXOS, PUDIÉNDOSE HACERSE UN ANÁLISIS COMPARATIVO POSTERIORMENTE YA QUE NO ES MOTIVO DE ESTE TRABAJO.

### CUADRO No. 3

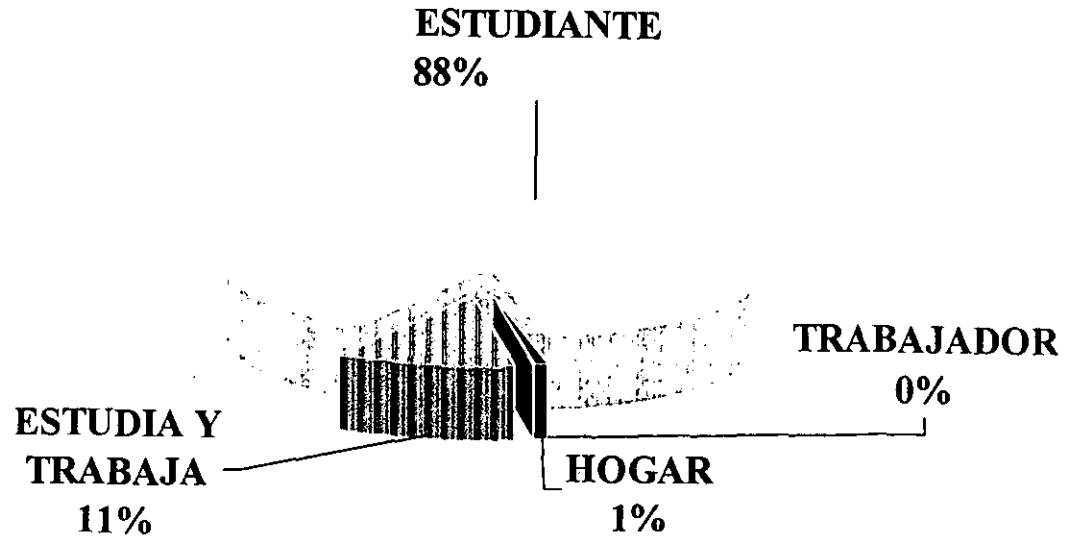
#### OCUPACIÓN DE LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS

OPCIONES	F	%
ESTUDIANTE	106	88.34%
TRABAJADOR	0	0 %
HOGAR	1	.83 %
ESTUDIA Y TRABAJA	13	10.83 %
TOTAL	120	100 %

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION: EL 88.34 % DE LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS SON ESTUDIANTES, SEGUIDOS DEL 10.83 % QUE ESTUDIAN Y TRABAJAN Y SOLO EL .83 % PERMANECE EN EL HOGAR. LOS HALLAZGOS SON TAMBIEN LOS ESPERADOS AUN CUANDO YA MAS DEL 10% DE ADOLESCENTES QUE TRABAJAN ESTARIAN HABLANDO DE UN NUMERO DE ADOLESCENTES CON PRECIPITADA ADULTEZ Y MUY PROBABLEMENTE ALTERANDO EL ROL DE ADOLESCENTE.

# GRAFICA DE CUADRO No. 3



CUADRO No. 4

ESTADO CIVIL DE LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS.

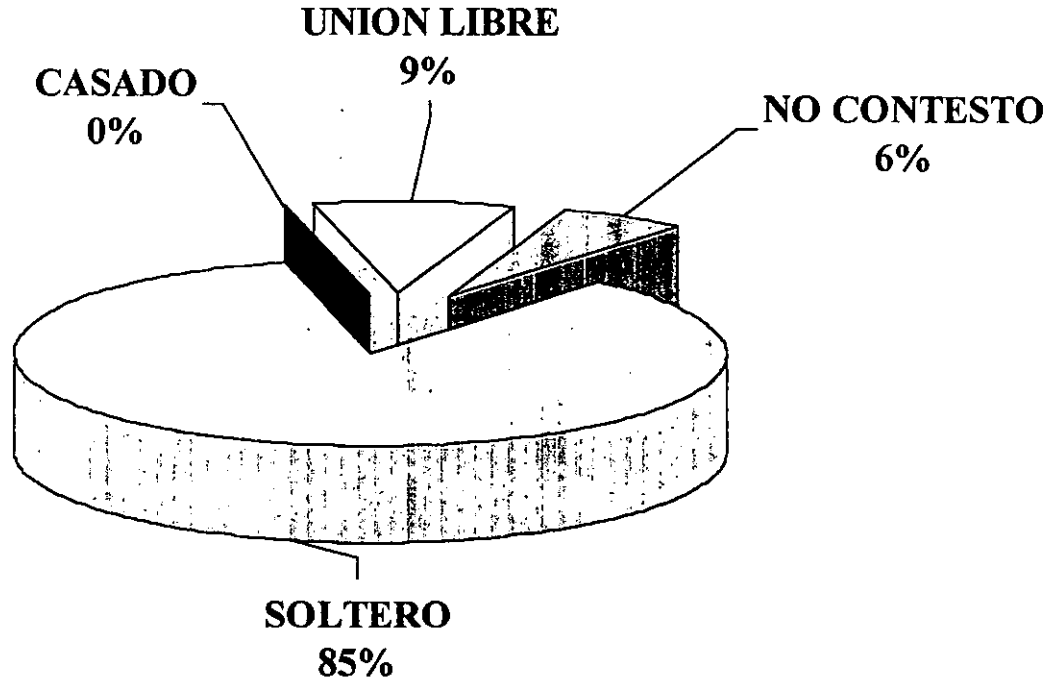
OPCIONES	F	%
SOLTERO	102	85%
CASADO	0	0 %
UNION LIBRE	11	9.16 %
NO CONTESTO	7	5.84 %
TOTAL	120	100 %

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCIÓN: LA MAYORIA QUE ES UN 85 % DE LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS SON SOLTEROS, EL 9.16 % SE ENCUENTRAN EN UNION LIBRE Y EL 5.84 % NO CONTESTO.

SI BIEN LA MAYORIA SON SOLTEROS TAMBIEN SE ADVIERTE QUE CASI UN 10 % YA ASUME LA POSIBLE RESPONSABILIDAD DE UNA VIDA EN PAREJA QUE LOS PRECIPITA A LA ADULTEZ Y QUE LOS QUE NO CONTESTARON CASI 6 % PODRÍAN ESTAR EN UNA SITUACIÓN PARECIDA.

# GRAFICA DEL CUADRO No. 4



CUADRO No. 5

ESCOLARIDAD DE LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS.

OPCIONES	F	%
1 er. Año	34	28.3 %
2 do. año	42	35 %
3 er. año	44	36.7 %
TOTAL	120	100 %

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION: EL 36.7 % DE LOS ADOLESCENTES CURSAN EL TERCER AÑO DE SECUNDARIA, UN 35 % EL SEGUNDO AÑO Y EL 28.3 % EL PRIMER AÑO DE SECUNDARIA.

ES IMPORTANTE QUE TODOS LOS ADOLESCENTES ESTAN CURSANDO LA SECUNDARIA YA QUE ESTO LE DA MAYOR UNIFORMIDAD A LA INFORMACIÓN QUE PUDIERAN RECIBIR DE SUS MAESTROS.

CUADRO No. 6

CONOCIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES ACERCA DE LA SEXUALIDAD.

OPCIONES	F	%
SI	35	29.2 %
NO	85	70.8 %
TOTAL	120	100 %

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCIÓN : EL 70.8 % REFIERE NO ENTENDER ACERCA DE LA SEXUALIDAD Y EL 29.2 % SI REFIERE ENTENDER ACERCA DE LA SEXUALIDAD.

ES IMPORTANTE LA DIFERENCIA Y TIENE SIGNIFICADO PARA EL ESTUDIO Y PROPUESTA YA QUE SOLO LA TERCERA PARTE DEL GRUPO REFIERE ENTENDER ACERCA DE LA SEXUALIDAD.

CUADRO No. 7

HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES LOS ADOLESCENTES  
ENTREVISTADOS.

OPCIONES	F	%
SÍ	12	10 %
NO	108	90 %
TOTAL	120	100 %

FUENTE : MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCIÓN : EL 90 % DE LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS NO HAN INICIADO VIDA SEXUAL ACTIVA Y EL 10 % YA HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES.

LO CUAL YA ESTA HABLANDO DE LA NECESIDAD DE ESTABLECER UN PROGRAMA DE ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD EN FUNCION DE EMBARAZOS NO PLANEADOS O INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA.

CUADRO No. 8

EDAD EN QUE INICIAN VIDA SEXUAL ACTIVA LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS.

OPCIONES	F	%
11 – 13 Años	7	58.3 %
14 – 16 Años	4	33.4 %
17 ó MÁS	1	.83 %
TOTAL	12	100 %

FUENTE : MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCIÓN : EL 58.3 % DE LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS SE ENCUENTRAN ENTRE LOS 11 Y 13 AÑOS DE EDAD, EL 33.4 % ENTRE LOS 14 Y 16 AÑOS Y 83 % EN MAS DE 17 AÑOS DE EDAD.

COMO PUEDE VERSE LA MAYORIA DE LOS QUE INICIARON VIDA SEXUAL ACTIVA LO HAN HECHO EN EDAD TEMPRANA DE 11 A 13 AÑOS DE EDAD, SITUACIÓN CONSIDERABLE PARA INICIAR LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD DESDE LA EDUCACIÓN PRIMARIA.

CUADRO No. 9

MOTIVOS DE LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS PARA INICIAR LAS RELACIONES SEXUALES.

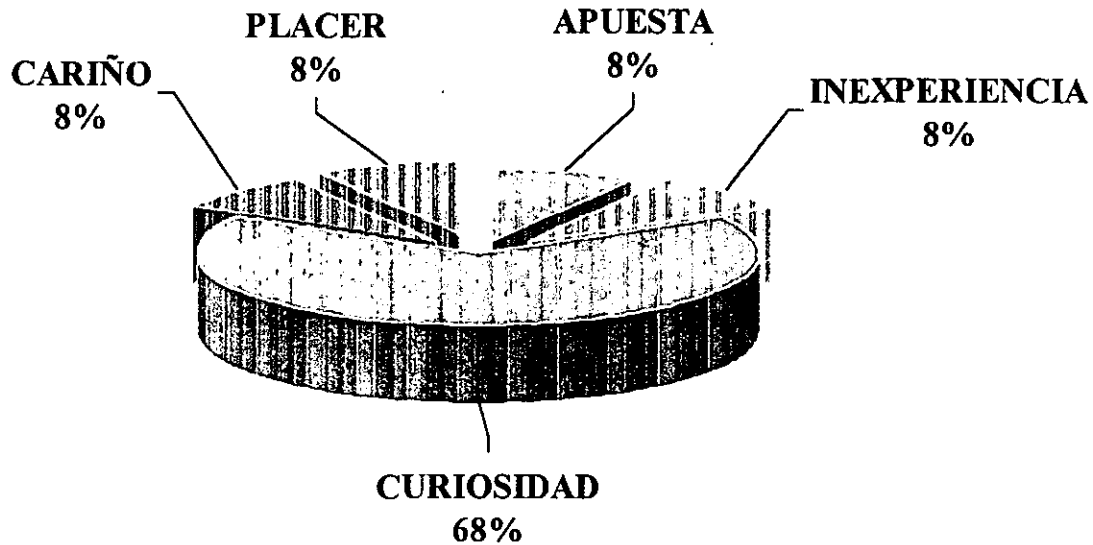
OPCIONES	F	%
INEXPERIENCIA	1	.83 %
CURIOSIDAD	8	66.7 %
CARIÑO	1	.83 %
PLACER	1	.83 %
APUESTA	1	.83 %
TOTAL	12	100 %

FUENTE : MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCIÓN : EL 66.7 % DE LOS ADOLESCENTES QUE INICIARON LAS RELACIONES SEXUALES FUE POR CURIOSIDAD, EN UN PORCENTAJE IGUAL DEL .83 % FUE POR INEXPERIENCIA, CARIÑO, PLACER Y APUESTA.

LA MAYORIA DE LOS ADOLESCENTES INICIA SUS RELACIONES SEXUALES POR CURIOSIDAD, SITUACIÓN QUE PONE EN ALERTA PARA TRABAJAR CON LOS ADOLESCENTES EN CUANTO A LAS CONSECUENCIAS DE ESA CURIOSIDAD.

# GRAFICA DEL CUADRO No. 9



CUADRO No. 10

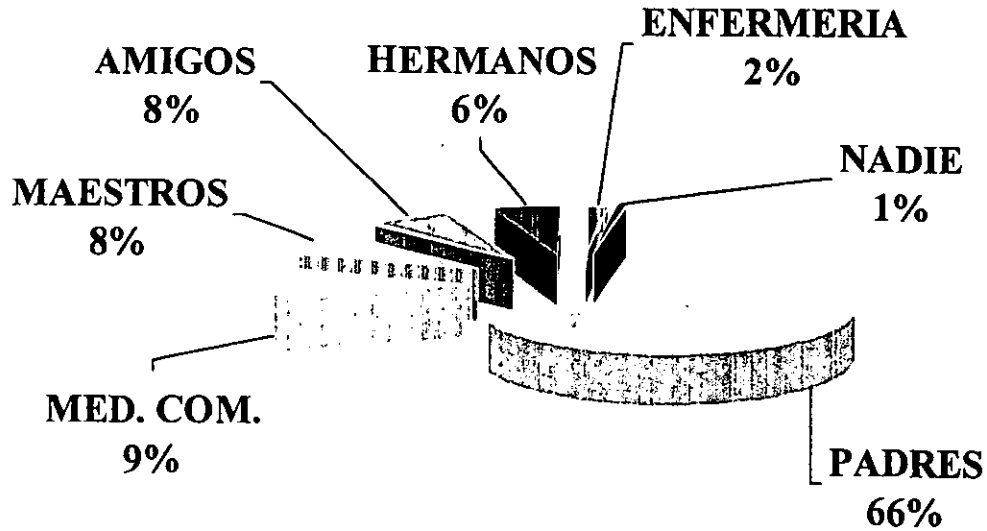
QUIEN ORIENTA A LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS ACERCA DE SU SEXUALIDAD.

OPCIONES	F	%
PADRES	80	66.67 %
MEDIOS DE COMUNICACIÓN	12	10 %
MAESTROS	9	7.5 %
AMIGOS	9	7.5 %
HERMANOS	7	5.83 %
ENFERMERIA	2	1.66 %
NADIE	1	.83 %
TOTAL	120	100 %

FUENTE : MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCIÓN : EL 66.67 % DE LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS REFIERE QUE SUS PADRES LO ORIENTAN, EL 10 % LO HACEN A TRAVEZ DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN, EL 7.5 % LOS MAESTROS LOS ORIENTAN Y EL OTRO 7.5 % LOS AMIGOS, ASI COMO UN 5.8 % LOS HERMANOS Y EL 1.6 % LAS ENFERMERAS POR ULTIMO EL .83 % NO RECIBE ORIENTACIÓN ALGUNA. SÍ BIEN LOS PADRES OCUPAN EL LUGAR PREPONDERANTE EN LA ORIENTACIÓN A LOS ADOLESCENTES Y LOS MAESTROS Y AMIGOS OTRO PORCENTAJE MUY BAJO, HABRIA QUE SABER QUE CALIDAD DE ORIENTACIÓN ESTAN PROPORCIONANDO. ASI COMO LA ORIENTACIÓN QUE RECIBEN DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA RESULTA UN PORCENTAJE MUY BAJO.

# GRAFICA DEL CUADRO No. 10



CUADRO No. 11

CONSIDERACIÓN DE LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS DE QUE TIENEN UNA ORIENTACIÓN SUFICIENTE A CERCA DE SU SEXUALIDAD.

OPCIONES	F	%
SÍ	49	40.83 %
NO	70	58.34 %
NO CONTESTO	1	.83 %
TOTAL	120	100 %

FUENTE : MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCIÓN : 58.34 % NO SE CONSIDERAN ORIENTADOS, 40.83 % SI SE CONSIDERAN ORIENTADOS Y .83 % NO CONTESTO.

ES IMPORTANTE QUE LOS ADOLESCENTES EN SU MAYORIA MANIFIESTEN TENER UNA ORIENTACIÓN DE SU SEXUALIDAD SUFICIENTE AUN CUANDO ES SIGNIFICATIVO QUE EN OTROS CUADROS APAREZCA QUE UN PORCENTAJE DE 10 % HAYA INICIADO YA VIDA SEXUAL ACTIVA Y EL 8 % LAS HAYA INICIADO POR CURIOSIDAD.

CUADRO No. 11 -1

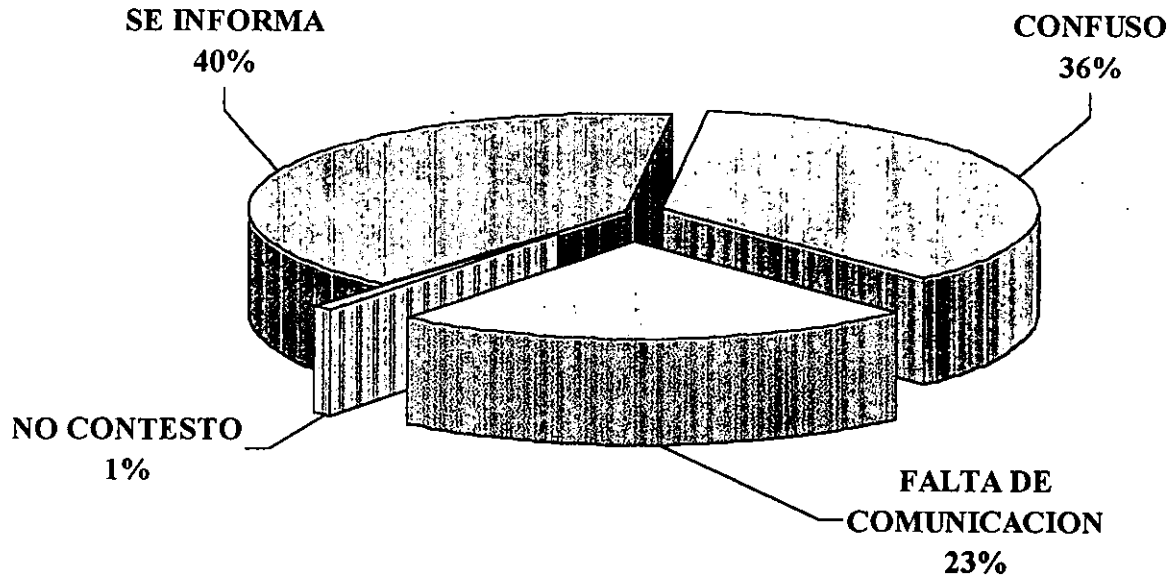
POR QUE CONSIDERAN LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS QUE TIENEN ORIENTACIÓN SUFICIENTE.

OPCIONES	F	%
SE INFORMA	49	40.84 %
CONFUSO	43	35.83 %
FALTA DE COMUNICACIÓN	27	22.5 %
NO CONTESTO	1	.83 %
TOTAL	120	100 %

FUENTE : MISMA DEL CUADRO No. 11

DESCRIPCION : EL 40.84 % DICE QUE PORQUE SE INFORMA, EL 35.83 % SE SIENTE CONFUSO, EL 22.5 % DICE QUE POR FALTA DE COMUNICACION Y EL .83 % NO CONTESTO.

# GRAFICA DEL CUADRO No. 11-1



CUADRO No 12

TE CONSIDERAS UN ADOLESCENTE QUE CONOCE SUS RESONSABILIDADES  
EN SU SEXUALIDAD.

OPCIONES	F	%
SÍ	59	49.17 %
NO	60	50 %
NO CONTESTO	1	.83 %
TOTAL	120	100 %

FUENTE : MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION : EL 50 % NO LAS CONOCE, EL 49.17 % SI LAS CONOCE Y EL .83 % NO CONTESTO.

ES SIMILAR EL NUMERO DE ADOLESCENTES QUE CONOCEN LA RESPONSABILIDAD EN SU SEXUALIDAD CON LOS QUE NO CONOCEN, SIN EMBARGO ES SIGNIFICATIVO QUE EL 50 % NO LA CONOZCA, YA QUE SERIA UN NUMERO IMPORTANTE PARA LA RESPUESTA.

CUADRO No. 12 -1

POR QUE SI CONSIDERAN CONOCER SUS RESPONSABILIDADES EN LA  
SEXUALIDAD.

OPCIONES	F	%
SUFICIENTE INFORMACIÓN	52	88.2 %
NO CONTESTO	7	11.8 %
TOTAL	59	100 %

FUENTE : MISMA DEL CUADRO No. 12.

DESCRIPCIÓN : EL 88.2 % DICE TENER SUFICIENTE INFORMACIÓN, EL 11.8  
% NO CONTESTO.

CUADRO No. 12 - 2.

PORQUE NO CONSIDERAN CONOCER SUS RESONSABILIDADES.

OPCIONES	F	%
CONFUSO	24	40 %
SIN INFORMACIÓN	24	40 %
NO CONTESTO	12	20 %
TOTAL	60	100%

FUENTE : MISMA DEL CUADRO No. 12- 1

DESCRIPCION : EL 40 % ESTA CONFUSO, OTRO 40 % NO TIENE INFORMACIÓN Y EL 20 % RESTANTE NO CONTESTO.

CUADRO No. 13

CONFIAN LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS EN SUS PADRES O TUTORES PARA PLATICARLES DE SU SEXUALIDAD

OPCIONES	F	%
SÍ	82	68.34 %
NO	37	30.83 %
NO CONTESTO	1	.83 %
TOTAL	120	100 %

FUENTE : MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCIÓN : EL 68.34 % REFIERE CONFIAR EN SUS PADRES, EL 30.83 % NO CONFIAN Y EL .83 % NO CONTESTO.

SI BIEN MAS DE LA MITAD DICE CONFIAR EN SUS PADRES O TUTORES PARA PLATICAR A CERCA DE SU SEXUALIDAD SERIA NECESARIO SABER SI REALMENTE LO HACEN Y ADEMÁS EL RESTO, ¿ CON QUIEN PLATICAN?.

CUADRO No. 14

HAN RECIBO ORIENTACIÓN DE SUS MAESTROS SOBRE SEXUALIDAD.

OPCIONES	F	%
SÍ	82	68.34 %
NO	37	30.83 %
NO CONTESTO	1	.83 %
TOTAL	120	100 %

FUENTE : MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCION : EL 68.34 % SI HA RECIBIDO ORIENTACION DE SUS MAESTROS, EL 30.83 % NO HA RECIBIDO ORIENTACION Y EL .83 % NO CONTESTO.

SI CASI LA TERCERA PARTE DE LOS ADOLESCENTES NO HA RECIBIDO ORIENTACION DE SUS MAESTROS HABRIA QUE SABER EL MOTIVO.

CUADRO No. 15

SE RESUELVEN LAS DUDAS DE LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS CUANDO PLATICAN CON SUS AMIGOS (AS) A CERCA DE SU SEXUALIDAD.

OPCIONES	F	%
SI	44	36.7 %
NO	72	60 %
NO CONTESTO	4	3.33 %
TOTAL	120	100 %

FUENTE : MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCIÓN : EL 60 % CONTESTA QUE NO, EL 36.7 % CONTESTO QUE SI Y EL 3.33 % NO CONTESTO.

ES CONSIDERABLE EL PORCENTAJE DE ADOLESCENTES QUE NO LES ACLARAN DUDAS SUS AMIGOS PORQUE ES PROBABLE QUE SE LAS INCREMENTEN O QUE DISTORSIONEN LA INFORMACIÓN.

CUADRO No. 16

CONSIDERAN LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS QUE LOS MEDIOS DE COMUNICACION SON ADECUADOS PARA SU ORIENTACION EN LA SEXUALIDAD.

OPCIONES	F	%
SI	43	35.84%
NO	76	63.33 %
NO CONTESTO	1	.83 %
TOTAL	120	100 %

FUENTE : MISMA DELCUADRO No 1

DESCRIPCION : EL 63.33 % CONTESTA QUE NO, EL 35.84 % CONTESTO QUE SI Y .83 % NO CONTESTO.

MAS DE LA MITAD CONSIDERA QUE LOS MEDIOS DE COMUNICACION NO SON ADECUADOS PARA SU ORIENTACION, AGREGARIAMOS QUE SERIA LA CONTRIBUCION A SU DESORIENTACION.

CUADRO No. 16 - 1

PORQUE SI CONSIDERAN A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN QUE SON ADECUADOS PARA SU ORIENTACIÓN EN LA SEXUALIDAD.

OPCIONES	F	%
EXPLICAN BIEN	25	58.14 %
HAY PROGRAMAS EDUCATIVOS	9	20.93 %
NO CONTESTO	9	20.93 %
TOTAL	43	100 %

FUENTE : MISMA DEL CUADRO 16

DESCRIPCIÓN : EL 58.14 % DIJO QUE EXPLICAN BIEN, EL 20.93 % DIJO QUE HAY PROGRAMAS EDUCATIVOS Y OTRO 20.93 % NO CONTESTO.

SI BIEN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN ACTUALES CUENTAN CON EXCELENTES RECURSOS PARA LA EDUCACIÓN LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS SON ESCASOS O SE PERCIBEN AUSENTES.

CUADRO No. 16 - 2.

PORQUE NO CONSIDERAN LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN ADECUADOS PARA SU ORIENTACIÓN DE LA SEXUALIDAD.

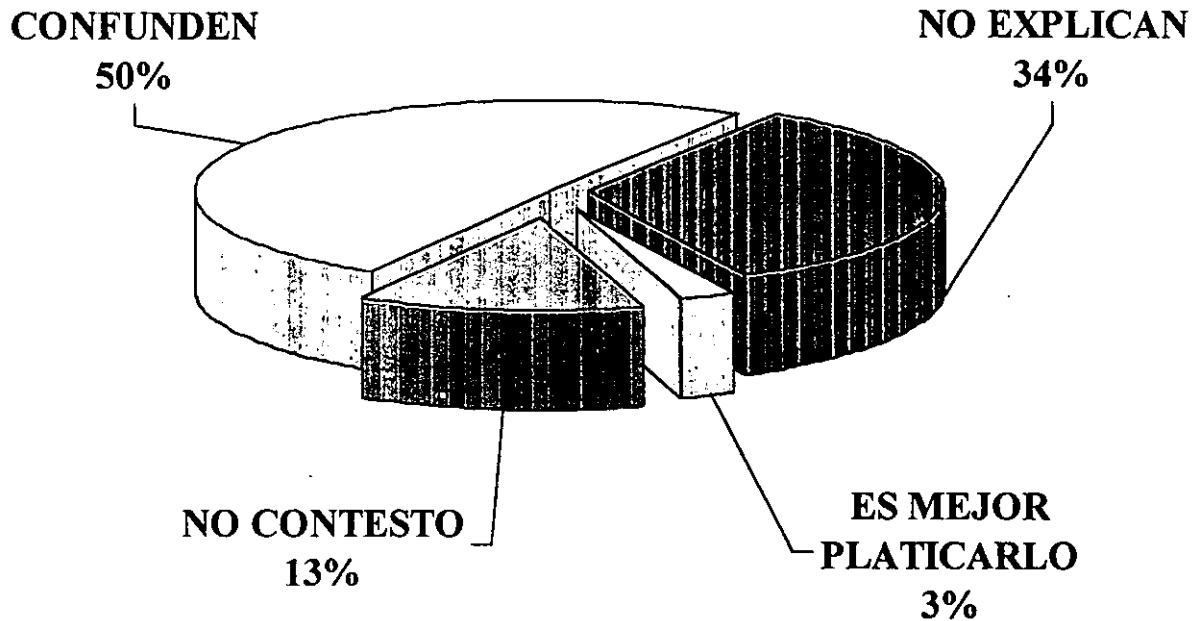
OPCIONES	F	%
CONFUNDEN	39	50.64 %
NO EXPLICAN	26	33.79 %
ES MEJOR PLATICARLO	2	2.59 %
NO CONTESTO	10	12.98 %
TOTAL	77	100 %

FUENTE : MISMA DEL CUADRO No. 16 -1

DESCRIPCIÓN : 50.64 % DIJERON QUE LOS CONFUNDE, EL 33.79 % DIJERON QUE NO EXPLICAN, EL 12.98 % NO CONTESTA Y EL 2.59 % DIJO QUE ES MEJOR PLATICARLO.

ES IMPORTANTE EL HECHO DE QUE EL 50 % NO CONSIDERAN ADECUADOS LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN PORQUE CONFUNDEN Y EL 33 % PORQUE NO EXPLICAN, LO CUAL ESTA REFLEJANDO LA DEFICIENCIA DE LOS MEDIOS EN CAPITULO TAN IMPORTANTE.

# GRAFICA DEL CUADRO No. 16-2



CUADRO No. 17

CONOCIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS A CERCA DE LA  
METODOLOGÍA ANTICONCEPTIVA.

OPCIONES	F	%
SI	39	32.5 %
NO	81	67.5 %
TOTAL	120	100 %

FUENTE : MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCIÓN : EL 67.5 % DIJO QUE NO Y EL 32.5 % DIJO QUE SI LOS  
CONOCE.

CASI LAS DOS TERCERAS PARTES DE LOS ADOLESCENTES DESCONOCEN  
LA METODOLOGÍA ANTICONCEPTIVA LA CUAL SE PUEDE TRADUCIR EN EL  
INCREMENTO DE EMBARAZOS EN ESTA EDAD CON LOS CONSECUENTES  
RIESGOS PARA LA SALUD.

CUADRO No. 17 - 1

CONOCIMIENTO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS.

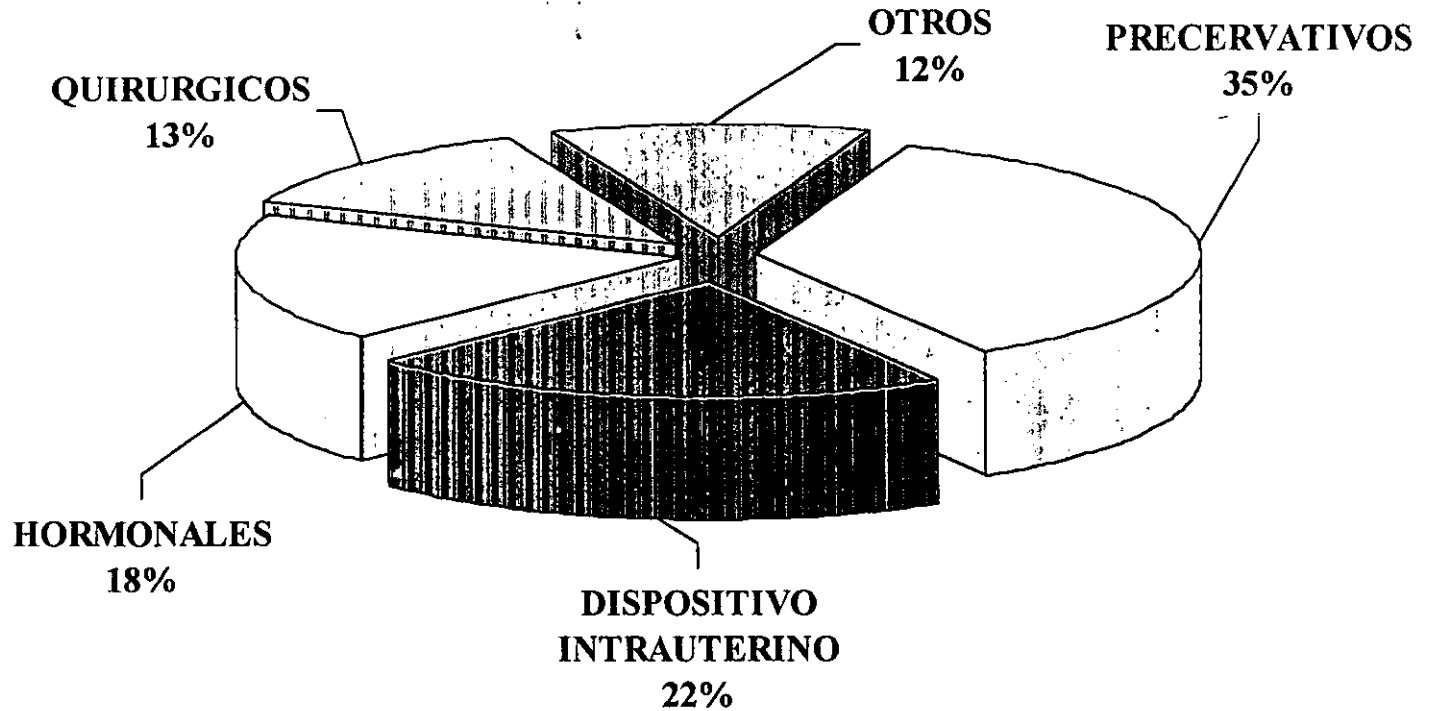
OPCIONES	F
PRESERVATIVO	73
DISPOSITIVO INTRAUTERINO	44
HORMONALES	37
QUIRÚRGICOS	26
OTROS	24

FUENTE : MISMA CUADRO No. 17

DESCRIPCIÓN : DE LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS 73 REFIEREN CONOCER MAS EL PRESERVATIVO, 44 EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO, 37 ADOLESCENTES CONOCEN LOS HORMONALES, 26 LOS QUIRÚRGICOS Y 24 DE LOS ADOLESCENTES REFIRIERON TAMBIEN CONOCER OTROS METODOS ANTICONCEPTIVOS.

RESULTA UN BUEN INDICADOR EL QUE 73, 44 Y 37 DE LOS 120 ENCUESTADOS CONOZCAN LOS ANTICONCEPTIVOS MAS COMUNES YA QUE ESTOS PUEDEN FAVORECER SU UTILIZACIÓN EN CASO NECESARIO.

# GRAFICA DEL CUADRO No. 17-1



CUADRO No. 19

ADOLESCENTES ENTREVISTADOS QUE HAN PADECIDO ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

OPCIONES	F	%
SÍ	1	.83 %
NO	108	90 %
NO CONTESTO	11	9.17 %
TOTAL	120	100 %

FUENTE : MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCIÓN : EL 90 % DE LOS ADOLESCENTES DIJO NO HABER PADECIDO ALGUNA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL, SOLO EL .83 % REFIRIO QUE SI Y EL 9.17 % NO CONTESTO.

RESULTA POSITIVO EL HECHO DE QUE EL 90 % DE LOS ADOLESCENTES NO HAYAN PADECIDO ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL SIN EMBARGO LOS 11 QUE NO CONTESTARON PUEDE SER QUE HAYAN OMITIDO POR TEMOR O PENA.

CUADRO No. 20

ADOLESCENTES ENTREVISTADOS QUE DESCONOCEN LAS  
CONSECUENCIAS DE INICIAR UNA VIDA SEXUAL ACTIVA.

OPCIONES	F	%
SÍ	63	52.5 %
NO	54	45 %
NO CONTESTO	3	2.5 %
TOTAL	120	100 %

FUENTE : MISMA DELCUADRO No. 1

DESCRIPCION : UN 52.5 % REFIERE CONOCER LAS CONSECUENCIAS, EL 45 % DIJO NO CONOCERLAS Y EL 2.5 % NO CONTESTO.

MAS DE LA MITAD DE LOS ADOLESCENTES CONOCEN LA CONSECUENCIA DE INICIAR SU VIDA SEXUAL, SIN EMBARGO ES DESEABLE QUE FUERA EL 100 %.

CUADRO No. 21

ADOLESCENTES ENTREVISTADOS QUE CONSIDERAN QUE EL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DEBE PARTICIPAR EN LA ORIENTACIÓN DE SU SEXUALIDAD.

OPCIONES	F	%
SÍ	106	88.34 %
NO	14	11.66 %
TOTAL	120	100 %

FUENTE : MISMA DEL CUADRO No. 1

DESCRIPCIÓN : EL 88.34 % DE LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS DIJERON QUE ENFERMERIA SI DEBE PARTICIPAR EN SU ORIENTACIÓN DE LA SEXUALIDAD Y EL 11.66 % DIJO QUE NO.

ES IMPORTANTE QUE EL 88.34 % DE LOS ADOLESCENTES CONSIDERE QUE EL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DEBE PARTICIPAR EN LA ORIENTACIÓN PUES ESTO FAVORECE EL CONSIDERAR QUE EL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA ASUMA ESTA RESPONSABILIDAD Y POTENCIA LA RESPUESTA

### 3.4 CONCLUSIONES

En éste estudio la mayor parte de los adolescentes entrevistados (70.89%) se encontraron entre los 14 y 16 años de edad, lo cual resulta de interés por la importancia de orientarlos en su sexualidad, dado que es una etapa vulnerable para tomar decisiones que en un futuro pudieran truncar sus ideales.

Socialmente se tiene la creencia que dependiendo del sexo de la persona será el grado de riesgo con respecto a su sexualidad, según CONAPO hay mas mujeres que hombres, aquí no es la excepción aun que es de llamarse la atención que existe la mínima diferencia entre el número de mujeres y hombres en éste estudio. Hoy en día decimos que el sexo no importa, los riesgos son los mismos para ambos en cuanto a su sexualidad, ambos sexos deben estar preparados por igual y de esa manera disminuir los riesgos.

Sin duda es muy importante la preparación de tipo académico que un adolescente puede tener debido a que tendrá mayor facilidad para comprender su desarrollo y tener una mejor educación.

Uno de los objetivos de éste estudio es conocer el nivel de información de los adolescentes a cerca de su sexualidad y como se esperaba el 70 % desconoce el tema ( la mayoría de los adolescentes encuestados).

El 90 % de los adolescentes no ha tenido vida sexual activa sin embargo el 10.5 % si se ha iniciado, cifra suficiente para que los profesionales de la salud nos intereseamos por elevar y mejorar sus conocimientos en general a cerca de éste tema.

Por otro lado no se puede impedir que el adolescente inicie una vida sexual activa a temprana edad, lo que si se puede hacer es que se disminuya el porcentaje de estos y los que la inicien sea de una manera responsable en el sentido que cuenten con los suficientes conocimientos para actuar y enfrentar ésta etapa lo mejor posible.

En nuestro país la variedad de métodos anticonceptivos es buena, como para que existan barreras en cuanto a conocimiento, es de sorprenderse que más del 30% no conocen los métodos anticonceptivos.

Por otro lado no se debe pensar que por darles a conocer la variedad de métodos anticonceptivos, los estemos invitando directamente a que hagan uso de ellos en ese momento de su vida, sólo es como parte de su educación en el manejo responsable de la sexualidad.

En realidad no solo debemos preocuparnos por que los adolescentes conozcan los métodos anticonceptivos si no también de que manera son eficaces y que riesgos pueden tener o sus consecuencias. Por otro lado pudieran llegar a ser tan importante que los adolescentes conocieran mejor acerca de las diversas enfermedades de transmisión sexual en comparación con la metodología anticonceptiva y ya que como prevención de estas

enfermedades se menciona algunos de los métodos y de alguna manera ya se les daría a conocer alguno de estos últimos que no repercuten hasta cierto punto fisiológicamente en el adolescente.

En cierta forma es alentador saber que el 90 % de los adolescentes encuestados saben que existe una enfermedad mortal (S.I.D.A.) que además puede transmitirse por contacto sexual entre otras formas. El resto de las enfermedades es importante que las conozcan aun que no sean mortales pero si pueden causar consecuencias graves.

Sin duda alguna los padres de familia tienen que ser líderes educadores de la sexualidad de sus hijos y a medida que junto con los profesionales de la salud (en este caso el Licenciado en Enfermería y Obstetricia) orienten a los adolescentes, estos en un futuro cuando sean padres serán excelentes educadores y así tendremos unos adolescentes con menos riesgos en cuanto a su sexualidad. Así mismo una vez mas se muestran que los Licenciados en Enfermería y Obstetricia se tienen que acercar mas a los adolescentes que como ya lo mencione anteriormente son una población muy vulnerable a estas situaciones. Es motivante saber que la comunidad adolescente de San Luis Tlaxiátemalco en su mayoría reconoce a la Lic. en Enfermería y Obstetricia como un profesional de la salud importante para su orientación en la sexualidad y de esta manera complementar su educación que sin duda le dará una mejor calidad de salud y vida.

Esta investigación de Enfermería orientan sobre el grado de aceptación o rechazo a los conocimientos de la sexualidad humana, que tienen los adolescentes y que sirven para obtener o proporcionar educación y fomento para la salud, para que cuando sean adultos tengan una mejor calidad de vida en su sexualidad y entorno social.

En el Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud, perteneciente a la Escuela Nacional De Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma De México, se encuentra ubicado en San Luis Tlaxiátemalco, perteneciente a la delegación política Xochimilco en el Distrito Federal, durante la consultoría de Enfermería, los adolescentes con frecuencia piden orientación en cuanto a métodos anticonceptivos, así como la posibilidad de inducir un aborto, realización de pruebas de embarazo, y no nos consultan para orientarlos de cómo tener una sexualidad sana y adecuada a su edad, sus manifestaciones y sus riesgos.

Esta situación hace pensar que los adolescentes no son capaces de solicitar orientación sobre su sexualidad en aspectos preventivos, si no que se acercan solo cuando necesitan una solución.

Todo esto origina embarazos no deseados, a temprana edad, abortos, perdida de autoestima, problemas emocionales, familiares, incluso puede afectar su proceso de formación y limitar sus planes a futuro.

Todo esto origina embarazos no deseados, a temprana edad, abortos, pérdida de autoestima, problemas emocionales, familiares, incluso puede afectar su proceso de formación y limitar sus planes a futuro.

Se puede pensar que todo esto tiene relación con una deficiencia en la orientación de la sexualidad, que por supuesto no es solo con la relación de la metodología anticonceptiva, si no a la integridad de su cuerpo adolescente y su estado emocional, toman o practican decisiones en la etapa equivocada, lo que da lugar al ejercicio de una sexualidad irresponsable, sin criterio, sin estabilidad emocional y menos aún económica que les diera seguridad en ellos mismos, y conciencia de los riesgos y daños que tal situación implica.

Claro está que es indispensable la intervención de elementos con la preparación necesaria para orientar a los adolescentes con relación a la problemática mencionada y que idóneamente es el profesional de la salud en éste caso el Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

**4. PROPUESTA DE INTERVENCIONES DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LA EDUCACION DE LA SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES.**

- PROGRAMA EDUCATIVO "SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE".
  
- GUIA PARA LA IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO.

**PROGRAMA EDUCATIVO**

**SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE**

**ELABORO: INES SARABIA CRUZ**

## INTRODUCCION

Durante el servicio social realizado en el Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud, pude percatarme de la necesidad de ofrecer una orientación profesional a los adolescentes referente a su sexualidad, así se inicia con una investigación para identificar con precisión las prioridades de orientación y sobre la base de los resultados obtenidos se estructura ésta propuesta de intervenciones con los adolescentes, padres de familia y maestros.

En ésta propuesta se incluyen temas de importancia para los padres de familia, maestros y adolescentes de la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco, tratándose que sean lo mas claro con información actualizada para su orientación a cerca de la sexualidad del adolescente, por ejemplo, les orientaremos en cuanto a la anatomía del cuerpo masculino y femenino (principalmente órganos reproductores), de la psicología y comportamiento humano, de los hábitos higiénico-dietéticos, su relación con la familia y sociedad, entre otros temas.

Al finalizar la orientación se aplicará una evaluación a los asistentes para aclarar dudas y reforzar los aspectos que se consideren necesarios.

Se ofrecerá también consejería de Enfermería individual o familiar para los que lo requieran en el Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud.

## **OBJETIVOS**

Orientar a los adolescentes, familiares y maestros en los aspectos básicos de la sexualidad.

Enseñar sobre los cambios anatomofisiológicos del cuerpo del adolescente.

Hacer conciencia sobre la importancia de las relaciones del adolescente con su familia y sociedad.

Eliminar los mitos, aclarar las dudas e inquietudes de los adolescentes y la familia.

## CONTENIDO TEMATICO

- 1. APARATO REPRODUCTOR FEMENINO**
  - 1.1 ANATOMIA
  - 1.2 FISILOGIA
  - 1.3 HIGIENE
  
- 2. APARATO REPRODUCTOR MASCULINO**
  - 2.1 ANATOMIA
  - 2.2 FISILOGIA
  - 2.3 HIGIENE
  
- 3. EMBARAZO**
  - 3.1 DESARROLLO DEL EMBARAZO
  - 3.2 RIESGO DEL EMBARAZO EN LA EDAD ADOLESCENTE
  
- 4. METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA**
  - 4.1 TEMPORALES
    - 4.1.1 CONDON
    - 4.1.2 DISPOSITIVO INTRAUTERINO (D.I.U.)
    - 4.1.3 HORMONALES
      - 4.1.3.1 ORALES
      - 4.1.3.2 INYECTABLES
  
  - 4.2 DEFINITIVOS
    - 4.2.1 SALPINGOCLASIA
    - 4.2.2 VASECTOMIA
  
- 5. PSICOLOGIA DEL ADOLESCENTE**
  
- 6. RELACIONES FAMILIARES DEL ADOLESCENTE**

- 7. INTERACCION DEL ADOLESCENTE CON LA SOCIEDAD**
- 8. MITOS Y SEXUALIDAD**
- 9. DIETA DEL ADOLESCENTE**
- 10. AUTOCUIDADO DEL ADOLESCENTE**
- 11. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL**
- 12. RECREACION Y DEPORTE**
- 13. VALORACION DE LA SALUD DEL ADOLESCENTE**

## **METODOLOGIA**

Este programa se ofrecerá a las escuelas primarias y secundarias para impartirse en 5 sesiones de dos horas.

Se utilizarán técnicas interactivas con apoyo de impresos y diferentes audiovisuales o también se podrá aplicar a grupos integrados en la comunidad en las “Casas de Salud” u otros espacios comunitarios.

## **RECURSOS HUMANOS**

Pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia que realizan su servicio social en el Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud, ubicado en San Luis Tlaxialtemalco.

## **RECURSOS MATERIALES**

Aulas del Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud y de la primaria y secundaria de San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco, cuando así lo requieran.

Diapositivas, videos, acetatos y exposiciones verbales.

## EVALUACION

Al finalizar la orientación se realizaran preguntas a los participantes con relación a los contenidos y se aclararán dudas que vayan surgiendo.

Se entregarán algunos folletos informativos y se recomendarán algunas bibliografías para que los asistentes puedan mejorar sus conocimientos y tengan un panorama más amplio, así como fomentar el interés por el estudio y la lectura.

## **GUIA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA LOS ADOLESCENTES EN EL MEDIO FAMILIAR Y EN SU ENTORNO.**

Esta guía ha sido diseñada para que los Licenciados en Enfermería y Obstetricia en sus visitas a la comunidad se percaten de los factores de riesgo más comunes tanto en la familia como en su entorno y realicen sus planes de intervenciones para contribuir, suprimirlos o disminuirlos.

Se recomienda que vaya registrando los factores presentes y después de realizar sus planes de intervención, pasado un tiempo considerable se vuelva a aplicar para evaluar el efecto de dicha intervención

## **GUIA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA LOS ADOLESCENTES, FAMILIAR O SU ENTORNO.**

Domicilio \_\_\_\_\_

1. Presencia de áreas baldías.
2. Ausencia de alumbrado público.
3. Presencia de giros negros.
4. Prostitución en la vía pública.
5. Ausencia de áreas recreativas.
6. Espacios recreativos sin vigilancia.
7. Zonas sin vigilancia.
8. Existencia de grupos parasociales o antisociales.
9. Venta, alquiler o posesión de material erótico.
10. Hacinamiento (familiares o no).
11. Disfunción familiar.
12. Acoso sexual frecuente.
13. Presencia o uso de bebidas embriagantes y otros tóxicos.

## **5. ANEXOS**

## CEDULA DE ENTREVISTA

1. Edad \_\_\_\_\_ 2. Sexo \_\_\_\_\_
3. Ocupación: estudia ( ) trabaja ( ) hogar ( ) estudia y trabaja ( )
4. Estado civil: soltero ( ) casado ( ) unión libre ( )
5. Escolaridad: analfabeta ( ) lee y escribe ( ) primaria ( ) secundaria ( ) preparatoria ( )
6. ¿Qué entiendes por sexualidad?  
\_\_\_\_\_
7. ¿Has tenido relaciones sexuales?  
si ( ) no ( ) heterosexual ( ) homosexual ( ) bisexual ( )
8. ¿A que edad iniciaste?  
\_\_\_\_\_
9. ¿Qué té motivo a tener relaciones sexuales?  
\_\_\_\_\_
10. ¿Quién te orienta a cerca de tu sexualidad?  
padres ( ) hermanos ( ) amigos ( ) maestros ( ) T.V. ( ) radio ( ) impresos ( )
11. ¿Consideras que tienes una orientación suficiente a cerca de tu sexualidad?  
si ( ) no ( ) ¿por qué? \_\_\_\_\_
12. ¿Te consideras un adolescente que conoce sus responsabilidades en la sexualidad?  
si ( ) no ( ) ¿por qué? \_\_\_\_\_
13. ¿Confías en tus padres o tutores para platicar a cerca de la educación de tu sexualidad como adolescente? si ( ) no ( )

14. ¿Has recibido orientación de tus maestros sobre sexualidad responsable?  
 si ( ) no ( )
15. ¿Se resuelven tus dudas cuando con tus amigos (as) platicas a cerca de la sexualidad?  
 si ( ) no ( )
16. ¿Consideras que los medios de comunicación (programas, anuncios, revistas) son adecuados para tu orientación de la sexualidad como adolescente? si ( ) no ( )  
 ¿Por qué? \_\_\_\_\_
17. ¿Conoces los métodos anticonceptivos? si ( ) no ( )
- |              |         |            |
|--------------|---------|------------|
| Preservativo | uso ( ) | efecto ( ) |
| D.I.U.       | uso ( ) | efecto ( ) |
| Hormonales   | uso ( ) | efecto ( ) |
| Quirúrgicos  | uso ( ) | efecto ( ) |
| Otros        | uso ( ) | efecto ( ) |
18. ¿Conoces las enfermedades que se transmiten por contacto sexual? si ( ) no ( )  
 ¿Cuales? sífilis ( ) gonorrea ( ) V.I.H. ( ) otras ( )
19. ¿Has tenido enfermedades de transmisión sexual? si ( ) no ( )  
 ¿Cuál? \_\_\_\_\_, tratamiento si ( ) no ( )
20. ¿Conoces las consecuencias de iniciar una vida sexual? si ( ) no ( )
21. ¿Consideras que enfermería debe participar en la orientación de tu sexualidad?  
 si ( ) no ( ) ¿En qué forma? \_\_\_\_\_
-

## APARATO CRITICO

(1.)

ABERASTURY, Armida. KNOBEL, Mauricio. La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico. ED. Paidós Educador. Buenos Aires 1993, pp. 163.

(2.)

AZCARRAGA, Gustavo. Sexología Básica: guía para la educación sexual. ED. La Prensa Medica Mexicana. México 1986. pp. 314.

(3.)

DIEZ, Mariano Benavidez. Educación de la sexualidad. ED. EDAMEX. México 1991 pp. 167.

(4.)

FINE, Morton S. KUSINITZ, Iván. Amor, sexo y familia para jóvenes. ED. Pax-México 1976. pp. 238.

(5.)

HURLOCK, Elizabeth B. Psicología de la adolescencia. ED. Paidós. Buenos Aires 1994. pp. 573.

(6.)

MONRROY, Anameli de Velasco. Salud sexualidad y adolescencia. ED. CORA México 1990. pp. 301.

## BIBLIOGRAFIA

- ABERASTURY, Armida. Knobel, Mauricio. La adolescencia normal: UN enfoque Psicoanalítico. ED. Paidós Educador. Buenos Aires 1993, pp. 163.
- ALVAREZ, José L. Gayou. Elementos de Sexología. ED. Interamericana. México 1981. pp. 183.
- AZCARRAGA, Gustavo. Sexología Básica: Guía para la educación sexual. ED. La prensa Médica Mexicana. México 1986. pp. 314.
- BAENA, Guillermina Paz Instrumentos de Investigación. Tesis profesionales y trabajos académicos. ED. Editores Mexicanos Unidos. México 1986. pp. 134.
- BALSEIRO, Aalmairo Lasty. Investigación en Enfermería. Edit. Acuario.
- BLOS, Peter, Psicoanálisis de la adolescencia. ED. Joaquín Mortiz. México 1986. Pp. 366
- BURT, Jhon J. Dr. Brower, Linda M. Educación sexual. Información y planes de enseñanza. ED. Interamericana. México 1976. Pp. 539.
- DIEZ, Mariano Benavides. Educación de la sexualidad. Ed. EDAMEX. México 1991 pp. 167.
- FINE, Morton S. KUSINITZ, Iván. Amor sexo y familia para jóvenes. ED. Pax-México. México 1976. Pp. 238.
- GAGNON, Jhon H. Sexualidad y conducta sexual. ED. Pax-México. México 1980. pp. 281.
- GAGNON, Jhon H. Sexualidad y cultura. ED. Pax-México. México 1980. Pp. 30.
- GONGER. Jhon J. Adolescencia: Generación presionada. ED. Harla. México 1980. Pp. 128.
- GORDON, Sol – Gordon, Judith. Educación sexual de los hijos. ED. El Ateneo. Buenos Aires; México 1983. Pp. 190.
- GOTWALD, William H. Jr. Et al. Sexualidad: La experiencia humana. Ed. Manual Moderno. México 1983. Pp 564.
- GRINDER, Robert E. Adolescencia. ED. Limusa. México 1992. Pp. 579.

- GUTIERREZ, Raygoza Addy. Diagnóstico de salud reproductiva SPAPS - ENEO. México, D.F. 1995
- GUTIERREZ, Saenz. Método Científico. Edit. Estingle. 3a. ed. México, 1987.
- HASS, Aron. Sexualidad y Adolescencia: encuesta sobre la conducta sexual de los adolescentes. ED. Grijalbo. Barcelona; México 1981. Pp. 273.
- HOEL, Paul B. Estadística elemental. ED Continental. México 1976. Pp. 388.
- HUBBARD, Charles. Como orientar en planificación familiar. Edit. Pax-Méx. 2a. ed. México. 1986.
- HURLOCK, Elizabeth B. Psicología de la adolescencia. ED. Paidós. Buenos Aires 1994. Pp. 573.
- JACK, Levin. Fundamentos de estadística en la investigación social. Edit. Harla. 2a. ed. 1979.
- JONES, Kenneth L. et al. Sexualidad humana. ED. Pax - México. México 1974. Pp. 316.
- KOZIER, Barbara. et. Al. Enfermería fundamental: Conceptos, procesos y práctica. ED. interamericano. 2ª. Ed tomo 1 México 1989 pp. 484.
- LESHAN, Eada J. Los adolescentes y la revolución sexual. Ed. Pax - México. México 1986. Pp. 279.
- MANISOFF, Miriam. Enseñanza de la planificación familiar. Edit. Interamericana. 1a. ed. México, 1976.
- MCCARY, James Leslie. Et al. Sexualidad humana de McCary. Ed. Manual Moderno. México 1983. Pp. 316.
- MENDEZ, Ignacio R. Et al. El protocolo de investigación: Lineamientos para su elaboración y análisis. ED. Trillas. México 1990. Pp. 210.
- MONCADA, Alberto. Los usos de la sexualidad en la España actual. Ed. Kairos. Barcelona 1980. Pp. 175
- MONRROY, Anameli de Velasco. Salud sexualidad y adolescencia. ED. CORA México 1990. Pp. 301.
- MUSS, Rolf E. Teorías de la adolescencia. ED. Paidós studio. Buenos Aires 1991. pp. 225.

PAIDOS, Educador. La adolescencia normal. Edit. Paidos Mexicana. 19a. ed. México 1993.

ROJAS, Soriano R. El proceso de la investigación científica. EEdit. Trillas. 3a. ed. México 1986.

SANZ, Fina. Psicoerotismo masculino y femenino. ED. Kairós. Barcelona, España 1990. pp. 269.

SELLTIZ, C. - Jahoda M. Et al. Métodos de investigación en las relaciones sociales. Ed. Rialp. Madrid 1965. pp. 826.

SENTILHES, N. Dr. Guía de educación sexual. ED. Daimon mexicana. Madrid México 1991. pp. 140.

SKINNER, Robin. Relaciones familiares. Edit. Pax-Méx. 1a. ed. México 1989.

ZWANG Gerard. Manual de sexología. ED. Masson. Barcelona 1978. pp. 261.