Universidad Pedagógica Nacional

Unidad Ajusco

Propuesta pedagógica de educación sexual
para adolescentes del Colegio de Ciencias
y Humanidades número 5, Plantel Sur (CCH-Sur)
de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

T E S I S

que para obtener el título de:

LICENCIADA EN PEDAGOGÍA

P R E S E N T A N :

ADRIANA BAUTISTA GARCIA

IRAIS HUERTA GARCIA

ASESORA: CARDOZA MORALES PILAR

México D. F., julio de 2007

A mis padres María Elena e Isidro y a mi hermano Óscar.

Agradezco infinitamente el gran amor
que me han demostrado día a día, el apoyo
y orientación que me han otorgado, y que
han servido para darme fuerza y perseverancia.

A mi esposo Alejandro.

Agradezco su amor, su apoyo y su cooperación,
que me han permitido alcanzar
una de las metas más anheladas en mi vida.

A mi hijo Santiago.

Agradezco que llegó a darme amor y
felicidad, y a ser un nuevo estímulo en mi vida.

Muchas gracias por estar conmigo.

IRAÍS

A mis mamás, Eva y Ara, y a mi abue Jovita.

Por todo su amor y comprensión, y porque en cada
momento de mi vida me han apoyado incondicio-
nalmente; por su ejemplo de lucha y superación.

A mi esposo Arturo.

Por todo su amor, su comprensión, por la
dedicación y el tiempo que me brindó para
la culminación de una de mis metas.

A mis hermanas Ruth y Edith.

Por el apoyo incondicional que siempre
me han brindado y por alentarme ante
los obstáculos que se me presentan.

A mis maestros.

Por compartir conmigo
sus conocimientos y enseñanzas.

Gracias a todos.

Con amor y cariño.

ADRIANA

Índice

Introducción 5

Capítulo 1. La adolescencia 7
- Conceptos de pubertad y adolescencia 7
- Cambios físicos 11
- Aspectos biológicos 13
  - Aparato reproductor femenino 15
  - Aparato reproductor masculino 18
- Aspectos psicológicos 23
- Aspectos emocionales 28
- La familia 33

Capítulo 2. Sexualidad humana 36
- ¿Qué es la sexualidad humana? 36
  - Identidad de género 38
- Educación sexual 45
- La sexualidad en la adolescencia 48
- Embarazo en la adolescencia 49
- Métodos anticonceptivos 57
  - Hormonales orales 58
  - Hormonales inyectables 66
  - Hormonales subdérmicos 73
  - Dispositivo intrauterino 75
  - Oclusión tubaria bilateral 78
  - Vasectomía 80
  - Métodos de barrera y espermicidas 82
  - Métodos naturales o de abstinencia periódica 85
- Infecciones de transmisión sexual 89
  - Candidiasis 90
  - Herpes genital 93
  - Gonorrea en el hombre 99

Gonorrea en la mujer 104
Ladillas 110
Sífilis 112
Tricomoniasis 115
Chancro 118
Enfermedades de transmisión sexual 119
VIH / sida 119

Capítulo 3. Metodología 121
Justificación 121
Objetivo 121
Muestra 122
Instrumento 123
Resultados de la aplicación del instrumento 124

Capítulo 4. Taller de sexualidad para adolescentes 143
Objetivo 143
Unidad 1 144
Unidad 2 150
Unidad 3 155
Unidad 4 158
Unidad 5 162
Unidad 6 164

Conclusión final 167

Bibliografía 170

Anexos 173

Introducción

En nuestro país, la información que reciben los jóvenes sobre la sexualidad es, la mayoría de las veces, insuficiente y mala. Nos hemos dado cuenta de que es necesario informar sobre temas relacionados con la sexualidad, principalmente a los adolescentes, padres de familia y maestros, y de que, además, es necesario hacerlo sin prejuicios.

Es frecuente que no exista una buena comunicación entre padres e hijos para hablar de esos temas y que, para muchos padres, la sexualidad siga siendo un tabú que no les permite brindar a sus hijos la confianza para preguntar sobre los muchos cambios que sufren en la adolescencia; esto los lleva a recurrir a fuentes de información que no aclaran sus dudas y pueden, en cambio, traer consecuencias como embarazos no deseados, matrimonios a temprana edad, abortos o enfermedades de transmisión sexual.

En las escuelas, la situación no es mucho mejor, pues el tratamiento de la información relacionada con la sexualidad suele ser superficial y el personal que lo imparte no es el idóneo y carece de la preparación indispensable.

La adolescencia es, sin duda, la etapa en la que surgen las mayores inquietudes por conocer sobre la sexualidad, y en la que se crean y difunden los mitos a su alrededor.

Todos estos factores nos llevaron a elegir como tema de tesis la “Propuesta pedagógica de educación sexual para adolescentes del Colegio de Ciencias y Humanidades No. 5, Plantel Sur (CCH-Sur) de la Universidad Nacional Autónoma de México”, que ayude a resolver las dudas e inquietudes de los adolescentes sobre su sexualidad y a evitar los problemas más comunes que enfrentan en su vida sexual, algunos de los cuales quedaron mencionados líneas arriba.

El trabajo está dividido en cuatro partes: el primer capítulo analiza la adolescencia, los cambios físicos y biológicos que ocurren en esa etapa y el desarrollo de los aparatos reproductivos femenino y masculino entre los 16 y los 18 años aproximadamente, sin olvidar los comportamientos, actitudes y temores característicos de esta etapa.

El segundo apartado desarrolla el tema de la sexualidad humana, en particular entre los adolescentes. En él se revisan el enamoramiento, las relaciones sexuales y la búsqueda de la identidad sexual.

En el capítulo tercero se expone el trabajo de campo que realizamos entre estudiantes del primer semestre del CCH-Sur, el análisis de los datos recopilados con base en cuestionarios, y los resultados obtenidos.

Finalmente, el cuarto capítulo está dedicado a la propuesta pedagógica "Conozcamos nuestra sexualidad", sus objetivos y las actividades que elaboramos con el fin de dar cumplimiento al Objetivo General de esta tesis:

Dar a los adolescentes un espacio de orientación dentro del medio escolar en el que de manera abierta y libre de prejuicios o represiones puedan recibir la información y los elementos necesarios para formarse un juicio confiable respecto a su sexualidad, los cambios que experimentan y los riesgos que enfrentan, y así evitar la incidencia de embarazos no deseados, matrimonios a temprana edad, contagio de enfermedades de transmisión sexual y otras situaciones que ponen en riesgo el futuro y la integridad de los jóvenes.

CAPÍTULO 1. LA ADOLESCENCIA

1. Conceptos de pubertad y adolescencia

El ser humano pasa por varias etapas de desarrollo a lo largo de su vida; éstas suelen dividirse en niñez, adolescencia, juventud, edad adulta y vejez. Cada una de estas etapas presenta necesidades, intereses característicos y funciones propias.

La etapa que se aborda y se analizará en este trabajo es la adolescencia, que representa una transición difícil, agitada e inimaginada que llena de sorpresa a quienes durante su niñez tuvieron una vida guiada, aceptaron reglas impuestas y dedicaban gran parte de su energía a jugar, investigar, experimentar y construir los conocimientos indispensables para su desarrollo en la vida. La etapa de la adolescencia los enfrenta con la pérdida de ciertos rasgos de identidad que tenían como ya establecidos y con la búsqueda de la liberación que caracteriza el rol del adolescente. Para muchos de ellos es difícil aceptar su desarrollo y los cambios que conlleva.

Durante esta etapa, los adolescentes suelen ser más críticos con ellos mismos y con el mundo que los rodea, buscan ideas y nuevos conocimientos, tratan de crear planes y proyectos propios que guíen su mundo y les den una nueva dimensión hacia su vida adulta.

Los cambios que ocurren en la etapa de la adolescencia son la manifestación de un cuerpo que madura y que, a su vez, se vuelve fértil; al que su propia inteligencia trata de hacer autónomo. También reflejan el surgimiento de nuevas formas de afectividad que buscan obtener nuevas relaciones.

El comienzo de la adolescencia está marcado por cambios físicos muy rápidos y visibles que suceden durante lo que se denomina pubertad, "del latín *pubescere* – cubrirse de pelo"[1]. Douglas C. Kimmel considera que la pubertad se puede definir como "el proceso de llegar a ser física y sexualmente maduro y desarrollar las características del genero del individuo masculino y femenino, como la estructura física de los genitales o el vello corporal"[2].

Eugenio González considera que este periodo pone fin a la infancia y resume así las modificaciones físicas que ocurren en él:

> En el caso de las chicas, los cambios físicos visibles en la pubertad suponen, secuencialmente, la emergencia de los brotes de los pechos, la aparición inicial del vello púbico, el ensanchamiento de las caderas, el mayor estirón en el crecimiento y el primer periodo menstrual; en el caso de los chicos, los cambios físicos visibles en un orden aproximado de aparición son el crecimiento de los testículos, el crecimiento del pene, la aparición del vello púbico, la primera eyaculación, el mayor estirón en el crecimiento, los cambios de voz y la aparición de la barba.[3]

Sobre el periodo y los cambios no físicos que se experimentan en la pubertad, Ángeles Ituarte apunta que "puede situarse entre los 11 y 13 años de edad, pero puede variar según el sexo y las condiciones del ambiente. La escolaridad corresponde comúnmente al sexto año de primaria y al primero de secundaria. Se inician cambios profundos en la personalidad, tanto en el desarrollo corporal como en los sentimientos, observan una nueva concepción del mundo y una constante proyección del yo hacia el futuro"[4].

---

[1] Robert Crooks, *Nuestra sexualidad,* séptima edición, International Thompson, México, 2000, p. 385.
[2] Douglas C. Kimmel, *La adolescencia transición del desarrollo.,*Edit., Ariel Barcelona, 1998, p. 62.
[3] Eugenio González, *Psicología del ciclo vital,* Editorial CCS, Madrid, 2000, p. 287.
[4] Ángeles Ituarte de Ardavín, *Adolescencia y personalidad. Orientación educativa,* Edit. Trillas, México, 1999, p. 22.

Resulta difícil determinar con precisión cuándo un individuo ha dejado de ser púber y cuándo ha alcanzado la adolescencia. Para este estudio, conceptualizaremos la pubertad como el lapso del desarrollo físico y biológico en el cual maduran las funciones reproductoras, que incluye la aparición de los caracteres sexuales secundarios y la maduración fisiológica de los órganos sexuales primarios. La pubertad corresponde, así, al periodo de la primera adolescencia y termina con la aparición de todos los caracteres sexuales secundarios y la madurez reproductora. Además, "la llegada de la pubertad se da aproximadamente dos años antes en las niñas que en los niños"[5].

La adolescencia es el paso de la infancia a la edad adulta; por eso podemos decir que es una etapa puente, un periodo de transición entre dos realidades muy diferentes, que explica, por sí misma, la forma de ser de los adolescentes.

Hablar de adolescencia implica, en primer lugar, definir este término —que viene del verbo latino *adolescere*, que significa "crecer"[6]—. Una primera definición que podemos tomar de la adolescencia es la de Muuss:

> Sociológicamente, la adolescencia es el periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma. Psicológicamente, es una situación marginal en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones; aquellas que, dentro de una sociedad dada, distinguen la conducta infantil del comportamiento adulto. Cronológicamente, es el lapso que comprende desde aproximadamente los doce o trece años hasta los terceros de la primera década, con grandes variaciones individuales y culturales.[7]

Es, como considera Pere Font, una etapa de búsqueda de una identidad propia, "así como un proceso de adquisición de independencia, motivo por el cual los adolescentes pasan a menudo de periodos de deseo de compañía a otros de

[5] Robert Crooks, *op. cit.,* p. 385.
[6] Ángeles Ituarte de Ardavín, *op. cit.,* p. 23.
[7] Rolf E. Muuss, *Teorías de la adolescencia,* Paidós, México, 1997, p. 10.

aislamiento"[8]. La importancia de esta etapa para la correcta integración social del individuo es también fundamental; "es un periodo en que los individuos empiezan afirmarse como seres humanos distintos entre sí. Puesto que no hay dos personas que posean las mismas experiencias o que ocupen posiciones idénticas en la estructura social, cada uno puede imponer su individualidad, con tal de que la sociedad e individuo coincidan en un entendimiento"[9].

Desde una perspectiva más sociológica, Fierro considera que la adolescencia "aparece como un periodo de aplazamiento, de dilación socioculturalmente preescrita de lo que, en cambio, biológicamente estaba dado ya desde la pubertad. Por comparación con otros momentos de la vida, la adolescencia se manifiesta como edad vitalmente problemática y el adolescente es visto a menudo como un problema para él y los demás"[10]. Es un periodo que se puede considerar como una "época de crisis"[11].

En suma, es uno de los periodos más difíciles del ser humano por lo que representa la búsqueda de una responsabilidad autónoma y la definición de un papel especifico como hombre o como mujer en los ámbitos laboral, familiar, sexual, cultural y recreativo.

El adolescente se encuentra en una lucha entre la dependencia y la independencia; ansía llegar a ser adulto, pero le duele abandonar su niñez. Está descubriendo su cuerpo —que desconoce— y despertando un cúmulo de sensaciones sexuales y de dimensiones personales antes desconocidas.

[8] Pere Font, *Pedagogía de la sexualidad,* segunda edición, Edit. Grao / Universitat de Barcelona, Barcelona, 1999, p. 128.
[9] Robert E. Grinder, *Adolescencia,* Edit. U. Wiley, Nueva York, 1978, p. 17.
[10] Fierro, 1985, p. 25.
[11] José de Jesús González Núñez, *Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes,* segunda edición, Edit. Trillas, México, 1989, p. 9.

2. Cambios físicos

Los cambios que ocurren en el periodo de la adolescencia y, especialmente, los marcados cambios físicos —su desarrollo sexual y las reacciones psicológicas y emocionales que estos cambios producen— son muy importantes en los patrones de conducta del adolescente. Esos cambios "comprenden la transformación anatómica y fisiológica del cuerpo, que convierten al niño en adulto[...]. [Son] cambios físicos, fisiológicos y emocionales que los preparan para la vida adulta"[12]. A fin de comprender las reacciones que esos cambios producen es necesario conocer su naturaleza. De acuerdo con Gerardo Castillo:

> Esta transformación se observa especialmente en el aumento de estatura y en la aparición de los caracteres sexuales primarios y secundarios. La aparición de estos caracteres es signo inequívoco de que se está produciendo la maduración sexual o aptitud para la reproducción.[13]

Mientras las hormonas están cambiando el interior del organismo, durante la adolescencia tienen lugar cambios espectaculares en el exterior. El desarrollo que habrá de diferenciar al sexo femenino del masculino es el de los caracteres sexuales secundarios.

"Las niñas comienzan a presentar el cambio de la pubertad a los nueve o diez años de edad y alcanzan la madurez sexual alrededor de los trece o catorce años"[14]. Entre los caracteres sexuales secundarios que caracterizan al sexo femenino se encuentran los senos o mamas que, generalmente, se desarrollan antes de la aparición del vello púbico, un vello muy fino de color claro que, posteriormente, se va haciendo más grueso y oscuro, cubre los órganos genitales externos y se puede extender a los muslos. Aparece también el vello en las axilas, aumenta la actividad de las glándulas sudoríparas y sebáceas y se producen

[12] Hernández Valverde, Gabriel, *Orientación educativa. Educación secundaria. Tercer curso*, Santillana, México, 1985, p. 6.
[13] Gerardo Castillo Ceballos, *Tus hijos adolescentes,* cuarta edición, Palabra, Madrid,1995, p. 33.
[14] Diane Papalia, *Desarrollo humano,* McGraw-Hill, Bogotá, 1997, p. 363.

modificaciones en los órganos genitales: el útero crece y los huesos de la pelvis se ensanchan con el fin de adaptarse a futuras maternidades.

"Los varones presentan la pubertad a los doce años y la madurez sexual a los catorce"[15]. Los testículos empiezan aumentar de peso y tamaño porque aumenta el tamaño y el peso de los tubos seminíferos contenidos en ellos; después crecen y aumentan en número las células intersticiales o de Leidig, que producen la hormona llamada testosterona. Cerca de un año después empiezan a crecer la próstata, las vesículas seminales, las glándulas bulbouretrales y el pene. El escroto aumenta su tamaño, por lo que presenta surcos y aumenta su pigmentación, tornándose de color oscuro.

En el cuadro siguiente se pueden observar, de manera comparativa, los cambios de ambos sexos descritos anteriormente:

CUADRO I.1. SECUENCIA NORMAL DE LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA ADOLECENCIA

CARACTERÍSTICAS FEMENINAS	EDAD DE LA PRIMERA APARICIÓN
Crecimiento de los senos	6 – 13
Crecimiento del vello púbico	6 – 14
Crecimiento corporal	9.5 - 14.5
Menarquia	10 - 16.5
Vello axilar	Cerca de dos años después de la aparición del vello púbico
Incremento en la producción de las Glándulas sudoríparas y sebáceos (que puede originar el acné)	Casi en la misma época de aparición del vello axilar

[15] *Idem.*

CARACTERÍSTICAS MASCULINAS	EDAD DE LA PRIMERA APARICIÓN
Crecimiento de los testículos y del saco escrotal	10 – 13.5
Crecimiento del vello púbico	12 – 16
Crecimiento corporal	10.5 – 16
Crecimiento del pene, la glándula prostática y la vesícula seminal	11 – 14.5
Cambio en la voz	Casi al mismo tiempo que el crecimiento del pene
Vello facial y axilar	Casi dos años después de la aparición del vello púbico
Incremento en la producción de las glándulas sudoríparas y sebáceas (que puede originar el acné)	Casi al mismo tiempo que la aparición del vello axilar

Fuente: Diane Papalia, *Desarrollo humano,* McGraw-Hill, Bogotá, 1997, p. 412.

3. Aspectos biológicos

Otro aspecto relevante de la adolescencia son los cambios biológicos que sufre el organismo humano, que colocan al adolescente en una situación totalmente nueva, frente a fenómenos que no había experimentado —como la menstruación y la eyaculación y los impulsos sexuales que las acompañan— y a cambios repentinos que no se parecen en nada a la etapa de la niñez. Es una verdadera "época de tormentas hormonales"[16] que se caracteriza principalmente "por la maduración de las gónadas o glándulas de secreción interna, las cuales se manifiestan, en el hombre por la primera polución, y en la mujer, por la aparición

[16] José de Jesús González Núñez, *op. cit.,* p. 13.

de la menarquia"[17]. Esas glándulas producen hormonas, que son las verdaderas operadoras del cambio:

> Las hormonas son sustancias químicas que envían un mensaje poderoso sumamente especializado a células y tejidos concretos del organismo. Son producidos por las glándulas endocrinas que utilizan los vasos sanguíneos para transportar sus productos hormonales hasta la células diana [células u órganos destino para cada hormona]. Existen diversos sistemas endocrinos interrelacionados. Uno es el sistema gonadal, que incluye los testículos en los hombres y los ovarios en las mujeres. Otro es el sistema suprarrenal. Un tercero es el hipotálamo y la hipófisis.[18]

La hipófisis es una glándula situada dentro de la cabeza, que emerge a modo de apéndice de la misma base del cerebro[19]; la porción anterior de la hipófisis o adenohipófisis, contiene cinco tipos diferentes de células que fabrican seis hormonas diferentes; entre ellas, las hormonas gonodotrópicas o gonodotropinas (foliculotropina o FSH y luteotropina o LH), que "regulan la función de los ovarios en la mujer y la de los testículos en el hombre. La FSH controla la secreción de estrógeno (una de las hormonas femeninas) por el folículo (estructura que da lugar y contiene al óvulo) del ovario. Es precisamente este incremento progresivo de estrógeno […] el que estimula, una vez alcanzado un nivel crítico, la descarga de la LH por la adenohipófisis que, a su vez, provoca la ovulación o expulsión del óvulo del folículo y del ovario, poniéndolo a disposición de ser fecundado por el espermatozoide masculino […]. Después de provocar la ovulación, la LH mantiene la formación del cuerpo lúteo (que es lo que queda en el folículo después de haber expulsado al óvulo), tan necesario por sus funciones endocrinas para mantener el embarazo en caso de que el óvulo sea fecundado. En esta segunda fase postovulatoria del ciclo menstrual de la mujer, el cuerpo lúteo fabrica la segunda hormona sexual femenina: la progesterona. Si el óvulo expulsado por el ovario y camino del útero no es fecundado, el cuerpo lúteo deja de producir sus hormonas y se provoca la menstruación, iniciándose un nuevo ciclo menstrual […].

[17] *Idem.*
[18] Douglas C. Kimmel, *op. cit.,* p. 7.
[19] J. González Tortosa, "Anatomía de la hipófisis", en http://www.ctv.es/USERS/tortosa/netscape/anatomia.htm

”En el hombre, la LH induce la producción de testosterona (hormona sexual masculina) por los testículos. La FSH, junto con la testosterona, provocan la fabricación de espermatozoides, que son los encargados de fecundar al óvulo en el órgano genital femenino para la creación de un nuevo ser.

”La secreción de las gonadotropinas está regulada por el hipotálamo mediante la hormona liberadora de gonadotropinas (GNRH o LHRH). A su vez, las gónadas controlan al hipotálamo y a la hipófisis mediante los niveles que alcanzan en sangre sus propias hormonas: inhibina, estrógenos, progesterona y testosterona”[20].

En las mujeres los estrógenos estimulan el desarrollo de los pechos y junto con la progesterona, la FSH y la LH dan origen al funcionamiento del sistema reproductor, incluyendo la primera menstruación o menarquia. En los hombres la testosterona fomenta el crecimiento de los testículos, el pene, la próstata y las vesículas seminales. Los andrógenos ocasionan el crecimiento de la laringe, los riñones y los músculos. También ocurre, en los hombres, la primera producción de semen y la eyaculación nocturna (o sueño húmedo, ya que ocurre durante el sueño).

Aparato reproductor femenino

El aparato reproductor femenino esta organizado para producir óvulos, recibir los espermatozoides y proporcionar un medio donde pueda ocurrir la fecundación del óvulo; atender el desarrollo del embrión durante el embarazo y producir hormonas que controlen el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios femeninos, como el vello púbico y los senos.

Los órganos reproductores femeninos se dividen en externos e internos.

[20] J. González Tortosa, “2.- Hormonas gonadotrópicas: foliculotropina o ‘FSH’ y luteotropina o ‘LH’”, en http://www.ctv.es/USERS/tortosa/netscape/adenohipofisis.htm#gonadotropinas.

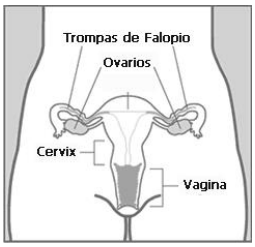
Los órganos sexuales externos se pueden observar a simple vista. A su conjunto se le denomina vulva y consta de:

- Labios mayores. Son pliegues de tejido adiposo que pasan hacia atrás desde el monte de venus y se cubren de vello después de la pubertad.
- Labios menores. Son formaciones de tejido de color rosado. En la parte anterior están el prepucio y el frenillo, después el clítoris y continúan hacia atrás para formar el vestíbulo.
- Clítoris. Es un órgano muy sensible, formado por tejido eréctil, nervioso y vasos sanguíneos, que sobresale en la parte anterior de los pliegues. Su función es iniciar o intensificar los niveles de tensión y sensibilidad sexual.
- Vestíbulo. Es un espacio de forma oval cuyos lados están formados por los labios menores. En él se encuentran el meato urinario, que es el orificio donde termina la uretra, y por el cual sale la orina, y el introito u orificio vaginal, ubicado en la parte posterior del vestíbulo, que comunica a los genitales externos con los internos. Generalmente este orificio se encuentra cubierto por una membrana llamada himen. El himen es un pequeño pliegue de tejido en el extremo inferior de la vagina que, por lo general, se rompe en la infancia o que, en ocasiones, no existe en absoluto. En algunos casos, el himen se rompe hasta la primera relación sexual y esa rotura es causa de una pequeña hemorragia que, en diversas sociedades, constituye una prueba de la castidad previa al matrimonio.

Fuente: http://es.wikipedia.org/wiki/Imagen:Clitoris.jpg

Los órganos sexuales internos no se aprecian a simple vista; se encuentran en el interior del hueco pélvico y la cavidad abdominal. Son los siguientes:

- Vagina. Es un conducto musculoso-membranoso que comunica al útero con la vulva. Sus paredes están cubiertas por membranas mucosas y rugosas.
- Útero o matriz. Es un órgano hueco que se encuentra en la parte baja del abdomen entre la vejiga y el recto. Está compuesto por tres capas: perimetrio, miometrio y endometrio. Su función principal es albergar y proveer las condiciones necesarias al huevo fecundado para que, implantándose en una de sus paredes, se desarrolle y forme un nuevo ser humano.
- Trompas de Falopio. Son dos tubos que se localizan en la parte superior del útero. Su función es atrapar, con sus fimbrias, el óvulo expulsado de los ovarios y transportarlo hasta el útero. Es en las trompas donde se produce la fecundación.
- Ovarios. Órganos que se localizan debajo y cerca de cada uno de los extremos de las trompas de Falopio. Cumplen dos funciones: albergan los ocitos que se convertirán en óvulos maduros y es parte importante de los cambios que ocurren durante la pubertad, preparando al útero para la fecundación.



Fuente: http://es.wikipedia.org/wiki/Imagen:Sistema-reproductor-femenino.png

Menarquia y menstruación

Se da el nombre de menarquia a la primera menstruación. Se presenta en las adolescentes, en promedio, dos años después de haber comenzado el crecimiento de sus senos y del útero.

El ciclo menstrual se explica de la siguiente manera:

> El óvulo maduro atraviesa la superficie del ovario y entra en la trompa de Falopio que se encuentra junto a él. El óvulo desciende luego por la trompa de Falopio hacia el útero. El útero es el órgano donde el huevo se

> desarrolla hasta el momento del nacimiento, y los poderosos músculos de aquel ayudan a expulsarlo hacia el mundo. Todos los meses el útero se prepara para recibir un óvulo fecundado, creando un suave tejito nutricio, con vellosidades formadas por pequeñas venas, lugar perfecto para que el huevo se desarrolle. Si un óvulo fue fecundado, ya comenzó a desarrollarse antes de penetrar en el útero; llega a éste alrededor de tres días después de abandonar el ovario. Pero si no ha sido fecundado, permanece vivo sólo unas doce horas después de entrar en las trompas de Falopio, luego se destruye y es absorbido por el organismo. En este caso, el lugar preparado para recibir al huevo se hace innecesario, y los tejidos, junto con sangre, son eliminados a través de la vagina, fuera del cuerpo. Este hecho ocurre mensualmente, se llama menstruación y dura entre tres y seis días.[21]

Aparato reproductor masculino

Ahora toca describir la anatomía del aparato sexual masculino. Al igual que el femenino, cuenta con órganos externos e internos.

En el varón los órganos sexuales externos son:

- Pene. Es un órgano eréctil, homólogo al clítoris femenino —ambos provienen de una misma estructura embrionaria—. Su forma es alargada y cilíndrica y su extremo anterior termina en un engrosamiento a manera de cabeza denominado glande, que está rodeado de una piel denominada prepucio, la cual se despliega hacia delante, recubre el glande y vuelve a su base.
- Escroto. Es una bolsa formada por siete capas de diversos tejidos (dos de ellas musculares) y recubierta por la piel. Su principal función es contener a los testículos y mantenerlos a una temperatura adecuada para producir espermatozoides.

[21] Eric W. Johnson, *Educación sexual para adolescentes*, 8a. edición, Lumen-Horme, Buenos Aires, 1993, p. 34.

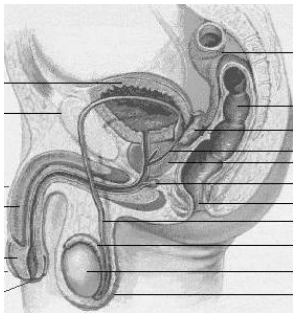
Los órganos internos son:

- Testículos. “Son cada una de las dos gónadas masculinas, productoras de los espermatozoides, y de las hormonas sexuales (testosterona). Órganos glandulares que forman la parte más importante del aparato reproductor masculino”[22]. Tienen forma ovoide y están compuestos por una gran cantidad de pequeños tubillos llamados conductos seminíferos.
- Epidídimo. Es un cuerpo alargado situado en la parte posterosuperior del testículo, que está constituido por la reunión y apelotonamiento de los conductos seminíferos. Sus partes son cabeza, cuerpo y cola, que se continúa con el conducto deferente.
- Conducto deferente. Existe un conducto por cada testículo. Su función es conducir los espermatozoides del epidídimo a las vesículas seminales. Mide entre 40 y 45 centímetros.
- Vesículas seminales. Son las glándulas productoras de parte del líquido seminal. Están situadas por encima de la base de la próstata, con la que están unidas por su extremo inferior. El conducto de la vesícula seminal y el conducto deferente forman el conducto eyaculador, que desemboca en la uretra prostática. Cada vesícula secreta un material mucoide rico en fructosa, ácido cítrico, y otras sustancias nutritivas, así como grandes cantidades de prostaglandinas y fibrinógenos. Durante el proceso de emisión y eyaculación, cada vesícula seminal vacía su contenido al conducto eyaculador, poco tiempo después de que el conducto deferente vacíe los espermatozoides. Esto aumenta notablemente el volumen de semen eyaculado.
- Conducto eyaculador. Es el conducto que salen de las vesículas seminales hacia la próstata. También se dice que es la parte final de los conductos deferentes.
- Próstata. Es una glándula del tamaño de una nuez que se localiza debajo de la vejiga urinaria. Rodea el cuello de la vejiga y parte de la uretra y secreta gran parte del líquido espermático.

[22] http://es.wikipedia.org/wiki/Test%C3%ADculos

- Uretra. Es el conducto que transporta la orina desde el cuello de la vejiga hasta el meato urinario. Se llama prostática en su inicio y, conforme continúa en el pene, su nombre cambia a uretra peneana. También permite el paso del semen de las vesículas seminales al exterior.
- Glándulas bulbouretrales. También conocidas como glándulas de Cooper; se encuentran debajo de la próstata. Su función es secretar un líquido alcalino que lubrica y neutraliza la acidez de la uretra antes del paso del semen en la eyaculación. Este líquido contiene espermatozoides, por lo cual la práctica de retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación, o coito interrumpido, no es un método anticonceptivo efectivo.

El semen está constituido por los espermatozoides que se producen en los testículos y por diversos líquidos que aportan el conducto deferente, las vesículas seminales y la próstata, principalmente.



Fuente: http://es.wikipedia.org/wiki/Imagen:Maleana_int.png

Primera eyaculación

Otro cambio que se observa en la pubertad del género masculino es la eyaculación de semen, “que puede ocurrir durante el primer año del inicio del crecimiento repentino (cerca de los catorce años) como resultado de la masturbación o de la emisión nocturna (la eyaculación del fluido seminal durante el sueño, el llamado sueño húmedo) o por un orgasmo repentino al despertar. La emisión nocturna ocurre con mayor frecuencia entre los jóvenes que carecen de otros escapes sexuales, como la masturbación, las caricias que provocan el

orgasmo o la propia unión sexual, y puede no estar acompañada de sueños manifiestamente eróticos, los cuales por sí mismos son causa de la perplejidad o de los sentimientos de culpa".[23]

El mojarse durante el sueño es causado por la acumulación en exceso de semen en las vesículas seminales, pues los testículos fabrican un número casi ilimitado de espermatozoides, que se transportan en el líquido seminal.

> Un año y medio después de que el pene comienza a crecer el muchacho ya puede eyacular semen, pero la producción de esperma comienza antes, cuando los testículos se agrandan; esto es, entre los doce y los trece años, puede encontrarse esperma en la orina de los chicos. No se sabe si este primer esperma puede fecundar un óvulo; lo normal es que no pueda fecundarlo aunque algunos chicos puedan engendrar antes de que su estado de adolescente sea visible.[24]

Aspectos psicológicos de la menstruación y la eyaculación

Los cambios y modificaciones corporales, físicos y biológicos, por los que pasa el adolescente son, al principio, vividos con extrañeza, ya que son involuntarios e incontrolables; al mismo tiempo, no se tiene idea clara de cómo se llegará a ser, ni un tiempo exacto de cuándo dejarán de ocurrir modificaciones al cuerpo, ni una certeza sobre la identidad propia.

El joven se encuentra frente a una realidad que cambia de forma rápida, en la que existen marcados roles sociales. Ha perdido la estabilidad de su niñez y su cuerpo y la sociedad le exigen una nueva identidad. El adolescente, así, va construyendo esa identidad de forma consciente o inconsciente al tiempo que los cambios lo preparan para enfrentar al mundo y adaptarse a él.

[23] Conger, John, *Adolescencia. Generación presionada,* Dimsa, México, 1980, p. 78.
[24] Eugenio González, *Psicología del ciclo vital,* Editorial CCS, Madrid, 2000, p. 291.

El dejar la infancia implica en el adolescente una dura pérdida que no es percibida por él entre el cúmulo de cambios que va experimentando:

> La pérdida que debe aceptar el adolescente al hacer el duelo por el cuerpo es doble: la de su cuerpo de niño cuando los caracteres sexuales secundarios lo ponen ante la evidencia de su nuevo estatus y la aparición de la menstruación en la niña y del semen en el varón, que les impone el testimonio de la definición sexual y del rol que tendrán que asumir no sólo en la unión con la pareja sino en la procreación.[25]

Ese duelo es una resistencia inconsciente a aceptar la nueva condición que le va imponiendo la maduración de su cuerpo. El joven percibe cómo los cambios que se producen en él le hacen perder la identidad que tenía en su niñez; "la angustia y los estados de despersonalización que suelen acompañar a la menstruación como también a la aparición del semen tienen el significado defensivo de no aceptar que es en el propio cuerpo en el que se están produciendo estos cambios"[26].

La reacción de una muchacha a la menstruación parece depender, en gran parte, de que se le haya informado para el acontecimiento. Las chicas que saben lo que va a suceder por lo general suelen estar más preparadas y toman la situación de forma normal. De acuerdo con Hoffman, "las que empiezan a menstruar mucho antes que sus compañeras tienden a experimentar más sentimientos negativos sobre el proceso que las que tienen su menarquia tarde o en su momento"[27]. Para éstas el status dentro del grupo de amigas es más favorable: "suelen ser más populares, muy sociables y se convierten en líderes. Por el contrario las que maduran muy pronta no gozan de tan buena fama […]. No obstante, las creencias que puedan tener sobre cuando ha de llegar la menarquia influyen más en sus sentimientos acerca del tema que cuando llega el momento en sí".[28]

---

[25] Aberastury Arminda y Mauricio Knobel, *La adolescencia normal,* Paidós, México, 1988, p. 112
[26] *Ibidem,* p. 113
[27] Hoffman, Lynn, *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas,* FCE, México, 1987, p. 9.
[28] *Idem.*

La primera eyaculación también afecta los sentimientos del varón, aunque de forma distinta.

> Los chicos que maduran antes que sus compañeros suelen estar más satisfechos con sus cuerpos, quizá porque son mas altos y musculosos que los demás durante la primera etapa de la adolescencia.
>
> Los muchachos que maduran más temprano suelen ser populares y dinámicos en las actividades escolares.
>
> Los chicos que maduran más tarde son en ocasiones más pequeños y poco fuertes y pocas veces son líderes.[29]

Muchos adolescentes muestran resistencia a los nuevos cambios y, en ellos, surgen defensas para negar la pérdida de la infancia, aunque, a la vez, quieren liberarse de la autoridad ejercida por sus padres y de muchos hábitos que tenían en la infancia.

4. Aspectos psicológicos

Los cambios psicológicos en el adolescente tienen su origen en los cambios físicos que se presentan durante la pubertad. El adolescente se da cuenta que ha dejado de ser niño; sin embargo, no es adulto, ya que su desarrollo no ha llegado a la total madurez, y la sociedad y la familia no lo reconoce como tal. Por ello, surge en él una crisis de identidad; se encuentra confundido entre el mundo conocido del pasado y un mundo desconocido al que se resiste a ingresar. Esta crisis lleva al adolescente a refugiarse en sí mismo. Es una época en la que se siente incomprendido por los adultos y se aleja de ellos.

> Desde el punto de vista psicológico, van a aparecer nuevas necesidades y capacidades en el adolescente. La búsqueda de una identidad personal; es decir, el desarrollo de un sentimiento del propio yo como alguien diferenciado de los demás, que mantiene un sentido de continuidad y coherencia a lo largo del tiempo y de las

[29] *Idem.*

> situaciones. El adolescente necesita autonomía e independencia respecto a la familia, a la vez que las reacciones y los vínculos con el grupo de iguales van a ir cobrando una mayor importancia. Al adolescente ya no le basta la seguridad y el apoyo emocional que puede encontrar en el seno familiar; necesita, además, sentirse parte de un grupo con el que compartir nuevas actividades e intereses, un grupo en el que puede ver reforzadas sus creencias, actitudes y valores y en el que pueda sentirse valorado.[30]

Algunas de las conductas que frecuentemente se ponen de manifiesto en los adolescentes, son la búsqueda de identidad o el intento por encontrarse a sí mismo; la rebeldía; la ambivalencia o deseo de entrar al mundo de los adultos mezclado con el miedo a dejar de ser niño; la crisis de identidad o normativa, con un aumento de conflictividad caracterizada por una aparente fluctuación de la fuerza del ego; y la actitud negativa o toma de posturas extremas en el esfuerzo por esclarecer la identidad y el espacio vital propios.

Búsqueda de identidad

La adolescencia es una fase en la que el ser humano intenta encontrar la realidad de sí mismo.

> Según Erikson (1968), la búsqueda de la identidad es el logro mas importante de la personalidad del adolescente y un paso crucial para convertirse en un adulto productivo y feliz. Construir una identidad implica definir quién eres, qué valoras y las direcciones que deseas seguir en la vida. El adolescente debe sentir una continuidad progresiva entre aquello que ha llegado a ser durante los largos años de la infancia y lo que prometa ser en el futuro; entre lo que el piensa que es y lo que percibe que los demás ven en él y esperan de él.[31]

> La búsqueda de la identidad, que se desarrolla durante toda la vida, comienza en la niñez y adquiere mayor preponderancia en la adolescencia. Como Erick Erikson (1950) destaca, ese esfuerzo por darle sentido al yo y al mundo no es “una especie de

[30] López Sánchez, Félix, *Educación sexual de adolescentes y jóvenes. Salud y sociedad,* Siglo XXI, México, 1994, p. 333.
[31] Eugenio González, *Psicología del ciclo vital,* Editorial CCS, Madrid, 2000, p. 300.

> malestar de maduración"; es un proceso sano y vital que contribuye a reforzar el yo del adulto.[32]

La característica más peculiar del adolescente en búsqueda de su identidad es la confusión que tiene respecto a quién es y quién le gustaría ser; de ahí que trate de experimentar diferentes papeles en los distintos ambientes en donde actúa; es decir, que toman actitudes contradictorias que puede ir desde la timidez hasta la agresividad, desde expresiones de cariño hasta actitudes despectivas. Todo ello es reflejo de la búsqueda de su identidad.

Ambivalencia

El adolescente desea entrar en el mundo de los adultos pero teme encontrarse con lo desconocido e ir perdiendo su identidad de niño.

Los cambios físicos y psicológicos los impulsan a tener una nueva relación con los padres y con el mundo que los rodea.

> Al comienzo, se moverá entre el impulso al desprendimiento y la defensa que impone el temor a la pérdida de lo conocido. Es un periodo de contradicciones, confuso, ambivalente, doloroso, caracterizado por fricciones en el medio familiar y social.[33]

El comportamiento de los adolescentes está marcado constantemente por la ambivalencia de su situación. Por una parte, desean obtener ventajas de la libertad y la independencia, y, por otra, quieren seguir siendo hijos de familia; es decir, sentir y saber que hay alguien que se ocupa de las necesidades primarias, que los mima y protege de los conflictos y de las frustraciones que pueden encontrar en la vida de los adultos.

[32] Diane Papalia, *op. cit.,* p. 163.
[33] Aberastury, Arminda y Mauricio Knobel, *La adolescencia normal,* Paidós, México, 1988, p. 16.

Cuando el adolescente se hace consciente del nuevo rol que toma, necesita adquirir una nueva identidad que le permita su adaptación a la sociedad.

Crisis de identidad

Desde el punto de vista de la psicología, podemos definir una crisis como una situación difícil derivada de un cambio importante en el desarrollo de la persona. Siguiendo a Ángel Aguirre, podemos decir que "lejos de entenderlo solamente como una situación crucial incluye además la reorganización o estructuración del aparato psíquico o de la personalidad en algún momento dado, por lo que la crisis de identidad tienen en sí un paso constructivo, un progreso rápido y decisivo o la reorganización en alguna dirección"[34].

El mismo Aguirre considera que la crisis de identidad de la adolescencia es fundamentalmente normativa, y que por ello se distingue de la crisis de identidad clínica o patológica:

> Ambos presentan una sintomatología similar; pero se distinguen por que la crisis de identidad patológica tiene una propensión a autoperpetuarse, hay una creciente pérdida de energía disponible que activa la ansiedad latente y provoca nuevos conflictos, pero también fundamenta nuevas y más amplias funciones del yo. La crisis de identidad de la adolescencia es una crisis normativa; es decir, una fase normal del desarrollo con un aumento de conflictividad caracterizada por una aparente fluctuación de la fuerza del ego así como un elevado potencial del desarrollo.[35]

El desarrollo corporal juega un papel importante en la crisis de identidad, ya que los cambios físicos y biológicos obligan al adolescente a alejarse de los valores y cosas importantes de la infancia. De igual modo cambia el tipo de reconocimiento que el adolescente desea de las personas que le rodean; lo que más se desea es conseguir un sitio en el grupo de pares donde todos tienen un cuerpo más o menos desarrollado.

[34] Ángel Aguirre Baztán, *Psicología de la adolescencia,* Alfaomega, Barcelona, 1994, p. 174.
[35] *Ibidem,* p. 175.

Armida Aberasturi encontró que la definición del rol femenino o masculino hacia la procreación y los cambios corporales que se producen durante este proceso —aparición de los caracteres sexuales secundarios— son el punto de partida de los cambios psicológicos y de adaptación social que también lo caracterizan.

> Entre las niñas, la crisis de identidad está dada por la aparición de la menarquia y los senos como lo más notorio del cambio corporal, acontecimiento insólito importante y excitante pero, al mismo tiempo, angustiante.
>
> En la infancia era el varón el que tenía algo que sobresalía (pene) y que tal vez era más valorado en el ámbito de la niñez.[36]

A estos cambios debemos aunar la presión del mundo externo, que exige a los adolescentes cambios de comportamiento que son vividos como una invasión; por lo que el adolescente usa como método de defensa el retener muchos de sus logros infantiles.

La crisis de identidad es, entonces, provocada por factores psíquicos, físicos, biológicos y externos; produce conflictos, tensiones internas y la ruptura de los vínculos familiares; ocasiona la pérdida de la confianza básica en la familia, y provoca que el adolescente se sienta extraño y angustiado en un mundo con el que no se siente convenientemente identificado.

Actitud negativa

Los adolescentes, con mucha frecuencia, toman posturas extremas en su esfuerzo por esclarecer su identidad y su propio espacio vital.

> Erik Erikson considera que la tarea principal de la adolescencia es la estabilización de su identidad personal. Algunos individuos logran esto asimilando los valores de su ambiente y comportándose de acuerdo con ellos, otros encuentran una identidad "negativa", rechazando el

[36] Teicher, Manfredo, *La aventura adolescente,* Lumen, Buenos Aires, 2003, p. 95.

> ambiente en que viven y emprendiendo lo que le parece ser un camino independiente.[37]

Aunque los adolescentes tienen una idea determinada de algún objeto, cambian frecuentemente su pensamiento y suelen ser en muchas ocasiones exagerados; "en un esfuerzo por dar una apariencia de seguridad de sí mismo, los adolescentes tienden a hacerse dogmatistas y aferrarse apasionadamente a sus puntos de vista"[38].

> Erikcson sostiene que en el caso de las personas de esta edad, lo que se da es un moratorio psicosocial, un intervalo al tiempo en el cual se prueban muchos papeles para ver cuales son los que mejor les acomoda; durante el cual se pueden poner en práctica ciertas conductas sin fijarse tanto en las consecuencias.[39]

Los adolescentes suelen adoptar nuevos roles y ser variantes cada día, para encontrar el rol con el que más identifiquen. A los adultos, esta situación les puede parecer una inestabilidad muy seria, ya que con frecuencia los jóvenes recelan de sí mismos, no tiene fe en sus fuerzas, desconfían de sus recursos, se creen derrotados y anticipan el fracaso.

5. Aspectos emocionales

La adolescencia es una etapa problemática y compleja en la lucha del joven por llegar a la madurez. También es un periodo de grandes esperanzas, experiencias nuevas y emocionantes, y de mayores oportunidades para el desarrollo personal.

Durante este periodo de grandes cambios y de adaptaciones, los adolescentes pasan por momentos de inseguridad y de incertidumbre, lo que les provoca un

[37] John Paul McKinney, *Psicología del desarrollo. Edad adolescente,* Edit. Manual Moderno, México, 1982, p. 204.
[38] *Ibidem,* p. 207.
[39] *Ibidem,* p. 201.

exceso de emotividad que se manifiesta frecuentemente como rebeldía o conducta antisocial. Pero los jóvenes también tienen momentos de gran felicidad y alegría.

La emotividad es un rasgo del carácter de cada persona. En combinación con otros elementos, hace que cada quien reaccione de forma diferente a estímulos semejantes y, también, que exprese de distinta manera sus emociones.

Uno de los rasgos más característicos de la afectividad del adolescente es la inestabilidad; es decir, el rápido cambio de una emoción a otra. Esto implica que el adolescente posee una perspectiva sobre sí mismo y sobre lo que le rodea, pero aún no se siente preparado para afrontar numerosas tareas que se le imponen, po lo que vacila frente a ellas.

Una característica que la mayoría de los adolescentes están dispuestos a reconocer, catalogándolo entre los defectos, es la susceptibilidad. Ésta depende del estado de inseguridad y de preocupación por la propia situación social; de suerte que el más pequeño reproche o contrariedad puede ser causa de una crisis de llanto, de desconsuelo, de rabia o de odio. El adolescente siente vergüenza por su susceptibilidad, pero reconoce no saber cómo dominarla.

Frecuentemente, la emotividad del adolescente se expresa como mal humor, que es un estado de descarga interior que no permite interesarse por nada; un estado de angustia y de depresión en el que no sabe qué hacer ni es capaz de tomar ninguna decisión; “estando continuamente en aprensión por lo que los otros piensan de él, la crítica a un punto singular y, a veces, secundario de su comportamiento puede terminar por asumir el significado de una hostilidad, de estimación para con su persona”[40].

[40] Francesco de Bartolomeis, *La psicología del adolescente y la educación,* Roca, México, 1985, p. 140.

A veces, el mal humor se convierte en melancolía y pierde su carácter de indiferencia, para tomar un sentido de intimidad.

Al adolescente le interesan su manera de vestir y su comportamiento porque quiere la aprobación de los demás y trata de conformarse con lo que, por ser socialmente aceptable y compartido por la mayoría, le brinda seguridad.

Amistad en la adolescencia entre pares y grupo

En el concepto de amistad, existe bastante continuidad entre la infancia intermedia y la adolescencia; ambos grupos de edad piensan que la base de la amistad reside en la ayuda, la interacción y los gustos mutuos y, para ambos, las amistades duran más a medida que se involucran en los mismos conflictos.

La amistad es más estrecha en la adolescencia temprana; es la etapa en la cual se brinda más apoyo mutuo, ya que se aprecia la lealtad, se comparte más y, en la mayoría de los casos, el apego hacia los compañeros complementa la relación de familia. “Sin embargo, el tipo de amistades cambia a medida que el adolescente se involucra en una relación íntima, que se caracteriza por el compartir con otra persona, del mismo sexo o del otro sexo, una cierta intimidad”[41].

Para Arminda Aberastury, la tendencia grupal en la adolescencia se explica porque es la etapa en la que hay un comportamiento más defensivo y, por ello, se recurre a la uniformidad que brinde seguridad y estima personal; de ahí surge la empatía por el grupo. A veces es tan intensa la afectividad hacia los compañeros de grupo que se cree imposible la separación del grupo ya que el adolescente se siente más vinculado con éste que con la familia, situación que es comprensible dado que con el grupo comparte intereses en común, con los que se identifica.

[41] Eugenio González, *op. cit.,* p. 326

“Por eso se inclina a los dictados del grupo en cuanto a modas, vestimenta, costumbres, preferencias del mismo tipo, etcétera”[42].

El grupo de iguales es importante para el adolescente porque en ellos encuentra una identificación con los cambios psicológicos y físicos que está experimentando, además de que siempre, entre ellos, existe confianza para entablar conversaciones, compartiendo y escuchando las ideas y sentimientos personales sin ridículos ni traiciones.

El grupo es también parte del cimiento para que el adolescente encuentre su propia identidad.

> Cuando, durante este periodo de la vida, el individuo sufre un fracaso de personificación, producto de la necesidad de dejar rápidamente los atributos infantiles y asumir una cantidad de obligaciones y responsabilidades para las cuales aún no está preparado, recurre al grupo como un refuerzo para su identidad.[43]

El grupo le ayuda a obtener una identidad distinta a la de las figuras aparentales del medio familiar a la vez que, con el grupo de amigos, construye un lugar de aprendizaje sobre cómo relacionarse con otras personas fuera de la familia y encuentra así un reforzamiento muy importante para los aspectos cambiantes del yo. De esta manera, el grupo ayuda de forma importante para que el adolescente transfiera en gran parte la dependencia que antes tenía con el entorno familiar y, en especial, con los padres.

En el grupo realiza los cambios necesarios para integrarse al mundo en el que se encuentra, “el grupo resulta útil para las disociaciones, proyecciones e identificaciones que siguen ocurriendo en el individuo, pero con características infantiles que difieren de las de la familia”[44]. Así, el adolescente puede empezar a

[42] Aberastury, Arminda y Mauricio Knobel, *La adolescencia normal,* Paidós, México, 1988, p. 60.
[43] *ibidem,* p. 61
[44] *Ibidem,* p. 60.

separarse de los lineamientos establecidos en la niñez y comenzar con la vida adulta.

Por lo anterior podemos decir que gracias al grupo el adolescente encuentra una imagen de sí mismo, se reconoce, compara su ideal con el de su grupo de amigos, se valora, asume sus propios riesgos y desarrolla su propia seguridad.

En la adolescencia, los grupos de amistades son necesarios para completar la maduración social que ya se había iniciado en la escuela y en la familia. Sólo que, en esta etapa, los amigos son todo para los adolescentes; los padres quedan de lado y se les percibe como impositivos, autoritarios y dogmáticos, y la relación con ellos se hace poco profunda, se sienten incomprendidos por los mayores y se alejan del mundo de los adultos.

Resistencia

Ciertamente la adolescencia es un periodo durante el cual se establece la identidad propia. La resistencia al cambio se convierte entonces en cimiento de la necesidad de reafirmar y restablecer una identidad independiente. Aunque es parte normal de todo desarrollo humano, la resistencia es más notoria durante los cambios psíquicos y fisiológicos de la adolescencia, en la que "la interrogante '¿quién soy yo?' se convierte en una pregunta punzante […]. La lucha por encontrarse a sí mismo puede revestir una gran variedad de formas —la búsqueda de una vocación o carrera, la elaboración del propio papel sexual, logros especiales o la identificación con otros puntos".[45]

Cuando el adolescente quiere hacer uso de su autonomía y comienza a distanciarse de las reglas impuestas por sus padres, aumenta la resistencia a acatar o aceptar del todo las ideas que venía admitiendo en el núcleo familiar.

[45] McKinney, *op. cit.,* p. 12.

6. La familia

La familia dentro del cual se desarrolla el individuo juega un papel decisivo en la formación del adolescente y es en donde va a aprender a conducirse socialmente y donde va adquiriendo los patrones de conducta que le permiten desenvolverse de manera efectiva en la sociedad de la cual forma parte. “La familia a la que pertenece el adolescente es el determinante mas importante de su conducta y diversas normas que lo guiarán a través de la vida son establecidas en el hogar”[46].

La familia crea el mejor cimiento social para dar pauta a la cultura y a los valores sociales que se manejan en una sociedad determinada. Es, también, la mejor escuela de transmisión para que los valores y las pautas de una sociedad sean comprendidas por los adolescentes.

La familia rígida

En este tipo de familia, los adultos no permiten nuevas opciones. En los momentos en que los cambios son necesarios, insisten en mantener los modelos anteriores de interacción y no aceptan la idea de que sus hijos han crecido y tienen nuevas necesidades. Los padres “fomentan conductas excesivamente dependientes. Los hijos tienen el hábito de actuar como simples ejecutores de las órdenes de sus padres. Por eso les asustan las situaciones en las que nadie les dicta lo que tienen que hacer y como hacerlo”[47].

La familia sobre-protectora

Es la familia en la que los padres brindan toda clase de bienestar y protección a sus hijos. La sobreprotección, sin embargo, retrasa el desarrollo de la autonomía, de la competencia y del crecimiento del adolescente, lo que provoca su

[46] Mier y Terán Sierra, Pablo, *Adolescencia, riesgo total,* Centenario, México, 1990, p. 189.
[47] Castillo Ceballos, Gerardo, *Tus hijos adolescentes,* Palabra, Madrid, 2000, p. 87.

incompetencia e inseguridad. Los padres "evitan y/o resuelven todos los problemas y dificultades a sus hijos. Los llevan siempre de la mano para que no les pase nada malo. Habituados al paraguas protector de los padres, los hijos no se atreven a caminar solos por la vida"[48].

La familia centrada en los hijos

En estas familias, los padres desvían la atención hacia los hijos, en quienes ubican la estabilidad de la pareja y la satisfacción familiar. Dentro de este medio el adolescente no puede crecer y se mantiene dependiente, ya que su independencia rompe el aparente equilibrio familiar.

> Los hijos que sí quieren independizarse se encuentran a veces (en el momento en que lo plantean en casa) con el freno de sus padres. A estos últimos les angustia que el hijo se marche; no se consideran capaces de afrontar la sensación de vacío que les espera. Es la "crisis de separación" propia de los padres posesivos. Este tipo de padres ven a los hijos como algo que poseen para su propia satisfacción; los quieren con un amor egoísta en el que el principal objetivo es disfrutar de los hijos. Se produce así un apegamiento a los hijos.[49]

La familia y los adolescentes

Las relaciones entre padres e hijos no deben iniciarse en esta etapa. El trato cercano debe ser permanente desde la infancia para crear al rededor del niño un ambiente de seguridad y comunicación, de modo que al llegar a la adolescencia pueda afrontar los problemas que se le van presentando sin frustraciones, temores o rebeldías. El adolescente necesita apoyo desde el exterior y los padres son los adultos mas indicados dentro del seno familiar para proporcionarles estabilidad.

> La naturaleza de las relaciones que existen en la familia antes de la pubertad influye mucho en el mundo en el que el púber vive y experimenta la adolescencia. Cuanto

[48] *Idem.*
[49] *Ibidem,* p. 88.

> mejor es la comunicación entre padres e hijos, más positiva será la imagen que estos tengan de sí mismos. La buena comunicación parece reflejar un sistema armonioso del sistema familiar en el que los progenitores son capaces de comunicar sus valores, creencias y sentimientos a sus hijos.[50]

Es importante que sea en el seno familiar donde se comuniquen esos valores y sentimientos, ya que las influencias emocionales que se reciban dentro del hogar serán los factores a través de los cuales los adolescentes aceptaran o rechazaran la dependencia de la etapa infantil para convertirse en adultos.

Los adolescentes deben sentirse integrados a la familia, participando en ella y aceptando sus reglas; deben ser concientes de la relación natural que les une a sus padres y a sus hermanos; observar y sentir el amor de familia. De igual forma los cuidados y atenciones que la familia da a los adolescentes permiten que éstos correspondan de igual manera.

Cuanto mejor sea la comunicación entre padres e hijos, más positiva será la imagen que éstos tengan de sí mismos.

[50] Eugenio González, *op. cit.,* p. 323.

CAPÍTULO 2. SEXUALIDAD HUMANA

1. ¿Qué es la sexualidad humana?

La definición actual de sexualidad va más allá de los fines procreativos, la genitalidad o las conductas heterosexuales dentro del matrimonio, como era común antes del siglo XX; entonces cualquier otra manifestación de la sexualidad era moralmente indeseable y denostada.

Afortunadamente ya en siglo XXI hay conocimientos fundamentados que nos permiten tener una actitud abierta y tolerante hacia las diferentes formas de vivir la sexualidad.

Este criterio actual se nota incluso en la definición que organismos gubernamentales hacen de la sexualidad. Para el Consejo Nacional de Población (Conapo), la sexualidad "abarca a la persona humana en toda su integridad, […] e interviene poderosamente en [su] desarrollo".[51]

Por otro lado, investigadores como Susan Pick han actualizado las definiciones tradicionales. Para ella, "la sexualidad es un proceso que abarca desde el nacimiento hasta la muerte, e involucra sentimientos, emociones, actitudes, pensamientos y comportamientos, así como aspectos físicos, incluyendo el crecimiento corporal y los cambios asociados con la pubertad". Vemos así que la definición de Pick abarca toda la vida de un individuo, y en ella se incluyen como elementos de la sexualidad humana, y no como sus manifestaciones principales, el impulso o deseo sexual y las posibilidades de gozar y procrear[52].

[51] *La educación de la sexualidad humana. Vol. 2. Familia y sexualidad,* segunda edición, CONAPO, México, 1986, p. 13.
[52] Pick, Susan, *Planeando tu vida,* Editorial Ariel Escolar, México, 1995, p. 51.

Ayarza Alfredo hace referencia a la sexualidad como:

> La condición de ser hombre o mujer considerando sus aspectos físicos, psicológico, afectivo, social y cultural. La actividad genital hace parte de la sexualidad, pero no lo es todo, como muchas cosas suponen. La sexualidad está estrechamente ligada al mundo de los sentimientos y al plano de los valores. Asimismo, influyen en ella las condiciones sociales y culturales en que se desenvuelve la persona.[53]

En la sexualidad, entonces, se integran aspectos físicos, psicológicos, sociales, culturales; es una forma de vivir la ternura, la comunicación, el afecto, el placer y expresar sentimientos y valores, condicionando nuestro desarrollo desde la infancia y determinando, incluso, el rol que desempeñaremos en la vida.

En cada etapa de nuestra vida la sexualidad se manifiesta de manera diferente, pero en todas es una dimensión importante que afecta nuestro actuar.

Es común que las personas confundan, por el uso indiscriminado que ordinariamente se hace de ellos, los términos sexualidad y sexo. Por ello, a continuación definimos qué es sexo:

> El Programa Nacional de Educación Sexual 1979 lo define como el conjunto de características anatómicas y fisiológicas con que está dotada la especie en cuanto bisexuada, y que hace posible su reproducción.[54]

Para especialistas como Sueltsdar, el sexo significa “ser hombre o mujer”; esto es, el sexo son “las diferencias de estructura corporal entre el macho y la hembra”.[55] Por su lado, Álvarez define el sexo como “un concepto biológico que remite, principalmente, a la genética y las particularidades en el aspecto de cada uno de

[53] Ayarza Bastidas, Alfredo, *Educación sexual para adolescentes,* tercera edición, Edit. Cooperativa / Edit. Magisterio, Santa Fe Bogotá, 1997, p. 18.
[54] *La educación de la sexualidad humana. Vol. 2. Familia y sexualidad,* segunda edición, CONAPO, México, 1986, p. 7.
[55] *Guía para la educación sexual. Cómo responder a las preguntas que le hacen y harán sus hijos,* Lumen-Hormé, Buenos Aires, 1993, p. 17.

los sexos".[56] Muy semejante es la definición de Robert Crooks, para quien el sexo es "nuestra feminidad o masculinidad biológica. Hay dos aspectos del sexo biológico: el sexo genético, el cual se determina por nuestros cromosomas sexuales, y el sexo anatómico, las diferencias físicas obvias entre hombres y mujeres".[57]

Después de haber analizado algunos conceptos de sexo, podemos entonces decir, sintetizando, que es el sexo distingue al hombre y a la mujer por razones físicas y biológicas; por ello, podemos también decir que somos seres sexuados toda la vida.

2. Identidad de género

La asignación de género que se refiere al hecho de etiquetar como hombre o mujer a las personas al nacer, con base en los genitales externos. A partir de ello, la familia y la sociedad se encargará de educarlo en función de ese señalamiento. Al mismo tiempo, la educación recibida se expresará mediante el rol de género.

La expresión rol de genero se emplea para hacer referencia al conjunto de expectativas de comportamiento considerado como apropiado para el sexo femenino o masculino. El rol se constituye con el conjunto de normas, valores y prescripciones que dicta la sociedad, definiendo el comportamiento masculino y femenino.

Identidad de género es la convicción personal de ser hombre o mujer, y esa convicción conlleva la demanda social de comportarse como tal para corresponder a la idea sociocultural de masculinidad o feminidad. Tal es lo que se expresa en la *Antología de la sexualidad humana* cuando consigna que "los papeles o roles

[56] Álvarez, *Sexualidad en la pareja,* El Manual Moderno, México, 1996, p. 146.
[57] Crooks, Robert, *Nuestra sexualidad,* séptima edición, International Thompson, México, 2000, p. 42.

sexuales son asignados en función de la pertenencia a uno u otro género (es decir femenino o masculino)".[58] Además, el rol de género "es todo lo que una persona hace o dice para indicar a los otros, y/o a sí mismo, el grado en que se es hombre, mujer o, inclusive, ambivalente".[59]

Es importante el apunte que hace Abenoza al decir que hombres y mujeres son necesariamente diferentes:

> Ser un hombre o una mujer es ser materia personal sexualmente diferenciada que da modos diferentes de ser y estar en el mundo puesto que el hombre y la mujer no sienten, aunque quieran, del mismo modo su propio cuerpo, en tanto son estructuras sexualmente diferentes.[60]

Se puede pensar que es en la adolescencia cuando surge la búsqueda de la identidad sexual, pero éste es un proceso que se va construyendo durante toda la vida, aunque adquiere especiales características en esta etapa.

Respecto a la identidad sexual y su manifestación a lo largo de la vida, Aberastury señala que "en la segunda mitad del primer año de vida el niño verifica su identidad sexual y, a través del juego, trata de elaborar la situación traumática que significa la pérdida del otro sexo, recuperándolo de un modo simbólico a través de objetos"[61]. Por ello, es importante reconocer que la identidad de género es una característica de cada momento evolutivo.

Así, el niño sabe que es niño y que la niña que es niña, y desde esa temprana niñez queda establecido el núcleo básico de la identidad de género o identidad sexual.

---

[58] *Antología de la sexualidad humana*, Conapo / Porrúa, México, 2002, p. 300.
[59] Monroy de Velasco, Anameli, *Fecundidad en la adolescencia,* Edit. OPS, Washington, 1988, p. 20.
[60] Abenoza Guardiola, Rosa, *Sexualidad y juventud. Historias para una guía*, México, Edit. Paidós, 1990, p. 122.
[61] Aberastury, Arminda y Mauricio Knobel, *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico,* Ed. Paidós, Barcelona, 2002, p. 153.

> La construcción de la identidad sexual es un proceso largo y complejo que depende de factores biológicos y sobre todo de la educación diferencial que se imparte a los niños y a las niñas.[62]

La identidad es un "complejo sistema de representaciones que proporciona a los humanos un marco de referencia en cuanto a su pertenencia a ciertos grupos. Se construye a lo largo de la vida a través de comparaciones que establecen similitudes y diferencias con los otros".[63]

La identidad de género permite que los adolescentes tengan afinidad con adultos de su mismo sexo y los tomen como ejemplo para, así, desarrollar su propia identidad.

> Durante la pubertad se da una mayor identificación con los adultos del propio sexo, lo que permite a la mayoría de los adolescentes llevar a término la construcción de su identidad sexual (es decir, de la definición de sí mismo como mujer o como hombre).[64]

Como se ha mencionado, la identidad de género cambia a lo largo del tiempo y según las circunstancias de vida. Así lo expresa Marcos Ruiz, al decir que

> Nuestra identidad como sujetos o sujetas es la suma de múltiples identidades sementadas en lo sexual, lo genérico, lo biológico, lo social, ideológico, político, etc. Interactuamos con cada una de ellas, basados en la necesidad de sobrevivir y tras la búsqueda de la felicidad. Por ello una vez que tomamos en cuenta de quienes somos, nuestra identidad en cualquiera de los planos que se quiera dar, nos hace sujetos estables emocionales psicológica y biológicamente, pero particularmente nos otorga un proyecto de vida, una filosofía para vivir en armonía.[65]

---

[62] Lutte, Gérard, *Liberar la adolescencia. La psicología de los jóvenes hoy,* Edit. Herder, España, 1991, p. 84
[63] *Antología de la sexualidad humana*, Conapo / Porrúa, México, 2002, p. 300.
[64] Lutte, Gérard, *Liberar la adolescencia. La psicología de los jóvenes hoy,* Edit. Herder, España, 1991, p. 84.
[65] Ruiz, Marcos, "La identidad sexual y de género como fenómeno de integración social y política", p. 49.

Para el mismo Ruiz, esos procesos implican una comparación y aceptación consciente o inconsciente, que puede, incluso estar en suspenso hasta el momento que no se dé cuenta que es un sujeto diferente a otros.[66]

La identidad está constituida por un sinfín de dimensiones referentes a nuestros grupos sociales de procedencia, así como de características específicas que nos diferencian o igualan a otros.

La importancia de la identidad género en el adolescente

La identidad de género es de gran importancia para el desarrollo estable del adolescente ya que si no tiene una clara convicción de la identidad de género, el adolescente puede encontrarse en crisis por no sentir o pensar como la sociedad espera que se comporte.

Esa situación, sin embargo, no nace en la adolescencia, ya que, según Money, el núcleo de esta identidad es observable a partir de los 18 meses de edad. La mayoría de los autores, sin embargo, aceptan que ya hacia los cuatro años existe una noción de pertenencia de género.

La interacción social ayuda al niño a construir su identidad sexual pero, además de los mensajes externos, se requiere de la confirmación del mensaje biológico mediante el descubrimiento del propio cuerpo.

Para el adolescente, tanto imagen como conducta social contribuyen a la formación de la identidad de género.

La identidad de género estructura la vida del adolescente en forma de sentimientos, actividades, maneras de pensar y formas de relacionarse.

[66] Ruiz, Marcos, “La identidad sexual y de género como fenómeno de integración social y política”, p. 50-1.

Homosexualidad, bisexualidad y asexualidad.

La homosexualidad se ha entendido comúnmente como el hecho de tener relaciones sexuales con personas del mismo sexo. La homosexualidad femenina se llama también lesbianismo o lesbiandad.

La homosexualidad ha aparecido en todas las culturas, en todas las razas y en todos los tiempos, en ambos sexos y en cualquier nivel social.

También el anglicismo *gay* se refiere a personas homosexuales de ambos sexos, aunque generalmente se usa hablando de un hombre homosexual que no reniega de su género biológico y que acepta los modismos culturales aceptados convencionalmente para tal género.

Conceptos relacionados, que no deben confundirse, son el transformismo, el travestismo y la transexualida; estos modismo varían de lugar en lugar por lo que ciertos modales y hábitos considerados femeninos o masculinos en un lugar no lo son en otro.[67]

Álvarez Gayou lo define como una fuerte atracción preferencial hacia personas del mismo sexo; sobre ello abunda: es "el gusto o la preferencia para relacionarse afectiva o eróticamente con personas del mismo sexo".[68]

Así, podemos decir que se llaman homosexuales a aquellas personas que sienten atracción física y afectiva por personas de su mismo sexo, ya sean hombres o mujeres. Su raíz etimológica es el término griego *homo* que significa "lo mismo" o "similar".

[67] www.wikipedia.org
[68] Álvarez Gayou, *Sexualidad integral,* p. 113.

Bisexualidad

Otra orientación sexual es la bisexualidad o atracción erótica hacia ambos sexos con la misma intensidad; es decir es, un hombre o mujer que siente atracción tanto por hombres y por mujeres.

Para Antonio Fuertes, en la bisexualidad no existe la exclusividad hetero u homosexual.[69] Aunque ser bisexual no implica no poder establecer relaciones monógamas con cualquiera de los dos sexos.

No existe, hasta la fecha, un marco conceptual que dé cuenta específica acerca del desarrollo de la orientación sexual, sea ésta heterosexual, homosexual o bisexual. Existen algunos desarrollos teóricos que se pueden agrupar en forma general dentro de dos categorías: la teoría adaptativa y la teoría conflictiva.

Según la Conapo, la teoría adaptativa refiere que la bisexualidad está caracterizada por la coexistencia de sentimientos y de comportamientos homo-eróticos y hete-eróticos, y por una integración de las identidades homosexuales y heterosexuales. Tanto las atracciones como las experiencias sexuales son consideradas como genuinas. Muchos individuos autoidentificados como bisexuales, señalan que son atraídos por cualidades de personas en lo particular más que por aspectos del género en sí.

La teoría conflictiva tiene como supuesto que la orientación sexual es una dicotomía; al ser heterosexual u homosexual resulta contradictorio que, siendo el hombre y la mujer sexos contrarios, alguien pudiera erotizar dos objetos opuestos

[69] Fuertes Martín, Antonio y Félix López Sánchez, *Aproximaciones al estudio de la sexualidad,* Ediciones Amarú, Salamanca, 1997, p. 185.

al mismo tiempo sin causar disonancia psicológica y conflicto. De este razonamiento se desprende que una persona que aduce ser bisexual está experimentando conflictos de identidad o confusión, viviendo en una etapa temporal o transicional —que enmascara la verdadera orientación sexual subyacente (presumiblemente homosexual)— y empleando la etiqueta de bisexualidad como método consciente de negar o defender inconscientemente su verdadera orientación homosexual.[70]

Así, aunque puede existir confusión psicológica, no es una característica necesaria de la bisexualidad; lo más importante, en todo caso, es que la persona tenga un concepto claro de su preferencia sexual.

Asexualidad

La asexualidad puede definirse como la falta de deseo sexual. Los asexuales son personas que no sienten deseo por el placer sexual, no sienten atracción sexual hacia ninguna persona que les rodea y no encajan dentro de ninguna orientación sexual definida porque no es habitual que suelan enamorarse. Se sienten a gusto en soledad y aislándose de la gente; sin embargo, se muestran socialmente muy activos y cultivan un gran grupo de amigos que sepan comprenderles y apoyarles. Los asexuales tienden a crear un lazo afectivo hacia su pareja (si la tienen), aunque éste no implique actividad sexual. Los asexuales que se involucran sentimentalmente con otras personas no siempre tienen bien definida la barrera entre la amistad y relación sentimental, y ésta resultar ambigua.[71] La asexualidad es una preferencia no muy reconocida y sobre la que existe escasa bibliografía.

[70] *Antología de la sexualidad humana*, Conapo / Porrúa, México, p. 640.
[71] www.es.wikipedia.org

3. Educación sexual

La base de la educación sexual está en los modelos explicativos que se han creado a partir de los conocimientos sobre la sexualidad humana. Tal educación es esencial en el desarrollo personal, afectivo y social, pues implica el auto conocimiento, el de los demás y el de las relaciones entre ambos sexos.

Fernando Barragán ha escrito que los sistemas sociales han sido construidos, históricamente, para ordenar el mundo. La educación es un componente de los sistemas sociales y se planifica dentro de ellos; de esta forma, la educación sexual como parte de la educación general trata de preservar ciertos aspectos del orden social.

> La educación sexual tiende a producir conocimientos que explican la sexualidad humana y sus funciones, de una determinada manera, dependiendo de cada contexto social e histórico.[72]

Entonces, la educación sexual se entiende como el proceso de construcción de un modelo de representación que explica los temas de sexualidad humana con el propósito de que se comprendan los aspectos biológicos, psicológicos, físicos y, aunado a estos, los valores de comunicación, afecto y placer.

Orígenes y avances de la educación sexual escolar en México

En 1933, siendo secretario de Educación Pública Narciso Bassols, se recomendó incluir la educación sexual en las escuelas públicas, desde el tercer año de educación primaria hasta el tercer año de educación secundaria. Varias organizaciones de padres de familia, la prensa conservadora y numerosos profesores comunicaron su descontento, y la reforma no se pudo realizar.

[72] Barragán, Fernando, Guerra, María I. y Jiménez, B. (1996). *La construcción colectiva de la igualdad. Vol. 1. ¿Cómo nos enseñan a ser diferentes?,* 1996, p. 9.

Por muchos años, en México se había seguido una política poblacional de crecimiento acelerado, para poblar las regiones más apartadas del país y proporcionar la mano de obra necesaria para el nacimiento de las industrias.

> En 1970 se dio un giro completo a esta política, para solucionar en parte los problemas existentes y evitarlos en el futuro. Este nuevo sentido [...] logra incorporar a través de la Reforma Educativa de 1970, contenidos referidos a la educación de la sexualidad en las escuelas primarias y secundarias.[73]

Calixto Flores explica que en esta época se llevó a cabo la agrupación de las materias en áreas de importancia (español, matemáticas, ciencias naturales y ciencias sociales), y en los seis años de ciencias naturales se incorporaron temas de reproducción animal y humana explicándose de manera general.

De nueva cuenta hubo mucha oposición por parte de padres de familia, grupos conservadores y profesores para que no se incluyeran los temas de educación sexual en las escuelas primarias y secundarias; pero sus protestas no tuvieron eco gracias a la política demográfica que se había impulsado en el país. A partir de ésta situación, en la primaria se abordaron temas referidos a los cambios que se presentan en la adolescencia. Los textos de sexto grado hacían énfasis en el desarrollo de actitudes positivas, naturales y respetuosas hacia los cambios que ocurren en la adolescencia. Se hacía mención de los caracteres sexuales secundarios que se desarrollan en la adolescencia. Se explicaba la estructura y funcionamiento de los aparatos reproductores femenino y masculino y las diferentes fases del ciclo menstrual.

De 1999 a la fecha, los contenidos en primaria han sido más bien constantes: el libro de quinto grado incluye sexo biológico, adolescencia, hipófisis, aparato sexual femenino, recorrido de los óvulos, menstruación, uso del calendario, higiene,

[73] Calixto Flores, Raúl, *Los trabajos y los días. Imagen y percepción de la educación de la sexualidad,* UPN, México, 2000, p. 73.

fecundación, relaciones sexuales, ginecología, aparato sexual masculino, recorrido de los espermatozoides, semen, erección, eyaculación, sueños húmedos, circuncisión, urología y equidad de género. El de sexto grado: cambios anatómicos y emocionales en mujeres y hombres en la adolescencia, menstruación, recorrido del óvulo, aparato sexual femenino, recorrido de los espermatozoides, aparato sexual masculino, cambios de comportamiento en la adolescencia (independencia y libertad, compañía de amigos del sexo opuesto, cambios en el estado de ánimo, cambios en la manera de pensar, sentir y reaccionar, adolescencia, formación de un bebé, nacimiento de un bebé, fecundación, embarazo, huevo o cigoto, embrión, cordón umbilical, placenta, parto, primeros cuidados del recién nacido y lactancia, la equidad y el respeto entre hombres y mujeres, relaciones familiares, relaciones sexuales y enfermedades de transmisión sexual.

Para 1974, en los tres grados de secundaria se incluyeron, tanto en el programa de biología como en el programa de ciencias naturales, temas de educación sexual. El alcance de esta educación sexual fue muy limitado, pues se restringía a proporcionar generalidades sobre la anatomía y fisiología de ambos sexos, dar recomendaciones de higiene en la adolescencia y subrayar la importancia de la planificación familiar.

A partir de 1999, en primer grado de secundaria, se imparte genética humana, herencia ligada al sexo, inseminación artificial, fecundación in vitro. En segundo año se habla de reproducción humana, sistema reproductor femenino y masculino, caracteres sexuales primarios y secundarios, madurez sexual, órganos sexuales y su función general, órganos reproductores masculinos, órganos reproductores femeninos, trastornos del sistema reproductor humano, ciclo menstrual y fecundación, la relación sexual, el desarrollo embrionario, métodos para eliminar la esterilidad, el parto, métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual. En el tercer año de secundaria estos temas se sustituyen por los de ecología.

En el programa académico de los alumnos del CCH-Sur no hay ninguna materia que retome temas importantes respecto a la vida sexual del adolescente cuando, en esta etapa, resultan de gran utilidad para los jóvenes (ver Anexo 1).

4. La sexualidad en la adolescencia

El adolescente pasa la mayor parte del tiempo con su grupo de pares, hecho que le ayuda a independizarse del núcleo familiar, así como a redefinir su identidad sexual.

A medida que el adolescente comienza a afrontar o asimilar e integrar los cambios de la pubertad, se encuentra más atraído por el otro sexo. A través de sus fantasías, ha ensayado su conducta al respecto; las actividades compartidas con otros jóvenes del mismo sexo le han confirmado que la atracción y el deseo sexual son no sólo algo normal sino, en la mayoría de los casos, muy valorado socialmente.

> La adolescencia es un periodo de exploración en el que la conducta sexual, tanto la estimulación personal como la compartida con la pareja, por lo general aumenta. Aunque buena parte de la sexualidad de un adolescente representa un progreso de comportamientos infantiles, se da un nuevo significado a la expresión sexual. Consideremos algunas áreas en las que suceden desarrollos importantes durante la adolescencia, entre otros la masturbación, las caricias, el establecimiento de relaciones afectivas, el coito y la homosexualidad. […] Las conductas sexuales de los jóvenes y la forma en que las perciben los adultos varían en gran medida de una sociedad a otra.[74]

Mientras descubre y acepta su sexualidad, el adolescente va descubriendo nuevos horizontes y ve incrementarse su vida emocional; el joven va explorando el otro sexo y así desarrolla la capacidad de amar. Sus sentimientos son expresados con mayor facilidad, por lo que las relaciones sexuales pueden dar mayor profundidad

[74] Crooks, Robert, *Nuestra sexualidad,* séptima edición, International Thompson, México, 2000, p. 386.

y formalidad a la relación con su pareja. La actividad sexual, que va desde los besos y las caricias hasta el acto sexual, no sólo satisfacen una serie de necesidades físicas sino también de tipo emocional.

Para los adolescentes la mayor inquietud está en la posibilidad de comprender a los individuos del sexo opuesto y adaptarse a los nuevos tipos de vínculos. Es el momento del descubrimiento de sí mismos y del propio mundo interior, el momento de los proyectos generosos y del sentimiento del amor por el sexo opuesto, así como de los impulsos biológicos de la sexualidad; del deseo de estar con otros; tiempo de una alegría muy intensa, relacionada con el descubrimiento de la vida.

También es, a menudo, la edad de las interrogantes profundas por la falta de madurez, de búsquedas angustiosas e, incluso, frustrantes, de desconfianza en los demás. Es, a veces, el tiempo de los primeros fracasos y de las primeras amarguras.

> La actividad sexual del adolescente puede tomar direcciones muy diferentes, ya que puede ser por placer físico, como medio de comunicación, como indicación de maduración personal, como manera de igualarse a sus compañeros, como reto a los padres y a la sociedad, como escape de la sociedad o como huida de otras tensiones.[75]

5. Embarazo en la adolescencia

El embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre en mujeres menores de 20 años. La magnitud del problema en México es alta, y acarrea graves consecuencias, debido a que los adolescentes se encuentran en un proceso de crecimiento y desarrollo psicosocial.

[75] Segú, Héctor F., *Sexología básica. Fundamentos propsicosociales para su estudio,* tercera edición, Lumen, Buenos Aires, 2000, p. 115.

El Grupo de Información en Reproducción Elegida A. C. (GIRE) informa que en 1999, se registraron en México 372 mil nacimientos en mujeres de 15 a 19 años, mientras que en 2000 ocurrieron 366 mil; en ese año había en nuestro país 5,082,487 de mujeres entre 15 y 19 años, de las cuales 11.96% ya tenía hijos; es decir, 608,070. Además, entre enero de 1999 y febrero de 2000 se registraron 4,214 nacimientos en adolescentes entre los 12 y los 14 años.

Esto significa que un total de 612,284 mexicanas menores de 19 años ya son madres y muchas de ellas tienen más de un hijo.

El embarazo no planeado en adolescentes genera temores de cómo enfrentarlo con la pareja, la familia, los amigos, la posibilidad de abandonar la escuela, el matrimonio forzado y la responsabilidad de tener un hijo.

> Dentro de las posibles causas que influyen en la aparición de los embarazos no planeados se mencionan factores personales, familiares y sociales. Entre los más sobresalientes están la pobre o nula educación sexual, las cuestiones de género, la doble moral sexual, la baja autoestima, el acceso limitado a servicios especializados de salud sexual y reproductiva destinados a los jóvenes, la escasa prevención con que los jóvenes llevan a efecto sus prácticas sexuales, el bajo uso de métodos anticonceptivos seguros, así como la edad de la primera experiencia sexual.[76]

La adolescente embarazada presenta características psicológicas y sociales distintas a la de una mujer adulta en la misma situación, puesto que no está preparada para enfrentar la maternidad física, psicológica, social ni económica-mente.

Dina Kraus afirma que la adolescente embarazada casi siempre es soltera e hija de familia al momento de saberse embarazada; la adolescente encuentra difícil su

[76] *Embarazo Adolescente. Hoja Informativa,* Grupo de Información en Reproducción Elegida, A. C. (GIRE), noviembre, 2003, p. 32.

ingreso en la vida social desde los primeros meses de la gestación. Su maternidad es considerada como ilegitima y estigmatizada como culpable. Solamente en casos excepcionales encontrará la acogida y comprensión de los adultos.

> No debe considerarse que los embarazos de las jóvenes menores de 20 años tengan igual significado ni abordarse del mismo modo que en mujeres adultas, ya que la gestación ejerce un impacto tremendo sobre la vida de una muchacha y la del futuro niño, particularmente cuando la preñez surge de una situación sentimental insegura, no tolerada, cuestionada o rechazada por el grupo social en que ella se desenvuelve.[77]

Las consecuencias iniciales del embarazo y el cuidado del hijo se relacionan con aspectos no sólo de salud, sino también psicosociales en donde la adolescente presenta sentimientos de minusvalía, baja autoestima, miedo y ansiedad generados por la incertidumbre de no saber a lo que se enfrentan, y estrés ocasionado por el rechazo de la familia, el novio, la escuela y la sociedad.

Los padres se sienten culpables y lo proyectan a la adolescente mediante reclamos, hostigamiento y hasta maltrato físico. A veces ellos tratan de obligar a sus hijos a un matrimonio precoz y forzado.

> En la mayoría de los casos, esto lleva como consecuencia una relación inestable que fracasa y que llega a la desintegración familiar.[78]

El embarazo en jóvenes no corresponde a un genuino deseo de tener hijos y dar cauce a la vocación maternal. Más bien pueden significar:

- La expresión de conflictos con los padres.
- Formas de agredir a los padres y confrontarlos.
- La necesidad de sentir un anclaje en la vida.

[77] Krause Peters, M. *Algunos temas fundamentales de educación sexual,* Ed. Científico-Técnica, La Habana, 1998, p. 106.
[78] Pick, Susan, *Planeando tu vida,* Editorial Ariel Escolar, México, 1995, p. 123.

- La respuesta al deseo de autogenerarse una fuente de afecto y de energía.
- El intento de asegurarse la compañía del hombre.
- La consecuencia de comportamientos irreflexivos y conflictos que inesperadamente se traducen en la gestación de un nuevo ser.
- La autoexplicación masoquista a través de la búsqueda de abortos.
- La respuesta a lo que cree que se espera de ella.

Otra consecuencia del embarazo es que las adolescentes se deben adaptar a un nuevo rol, por lo que se exponen a continuos desajustes en su vida.

El embarazo no deseado y las consecuencias que acarrea implican grandes responsabilidades que las adolescentes no se encuentran preparadas para asumir. Se considera que la madre adolescente es inmadura psicológica y biológicamente para afrontar su situación.

> Si un joven adolescente se convierte en padre, tal vez necesite salirse de la escuela para ayudar a mantener a su hijo, obteniendo probablemente un sueldo bajo, debido a que sus escasos conocimientos no lo hacen una persona competente para aspirar a un buen trabajo con un buen sueldo.[79]

Eugenio Carpintero explica que las consecuencias de un embarazo no deseado y la decisión que toma la adolescente (abortar o tener el hijo) le traen importantes consecuencias no sólo orgánicas, sino también psicológicas y educativas, y que los efectos van más allá del parto y posparto.

Además, los embarazos en esta edad son considerados de alto riesgo ya que muchas adolescentes no acuden con el especialista durante los primeros meses y muchas otras acuden hasta el final.

[79] Pick, Susan, *Planeando tu vida,* Editorial Ariel Escolar, México, 1995, p. 124.

Consecuencias para la madre

	Corto Plazo		Mediano y largo plazo	
	Iniciales	**Decisión abortar**	**Decisión tener hijo**	
Orgánicas		Infecciones, hemorragias, perforación uterina, muerte.	Anemia, aborto espontáneo, complicaciones de parto y posparto	
Psicológicas	Estrés, ansiedad, miedo.	Tristeza, perdida, culpabilidad.	Estrés, depresión, baja autoestima, suicidio.	
Sociales, económicas y educativas		Rechazo social si se conoce el hecho.	Rechazo social, matrimonios atípicos, abandono escolar, inseguridad social y económica.	Fracaso matrimonial, bajo rendimiento y fracaso escolar, penuria económica, dificultad de emancipación , repetición del embarazo.

Cuadro No.3. p. 255, *Educación Sexual de Adolescentes y Jóvenes*

Embarazo no deseado en el varón

Son pocos los estudios sobre las consecuencias de la paternidad no planeada entre los adolescentes varones. Los adolescentes que acceden a la condición de padres suelen disponer de menos recursos económicos y cuentan con una educación académica inferior a la de los muchachos que dejan la paternidad para más adelante.[80] Un adolescente con un nivel económico y educativo bajo que se

[80] Master, William H. y Virginia E. Johnson *La sexualidad humana 2,* Grijalbo, México, 1989, p. 268.

enfrenta a un embarazo no planeado se ve obligado a modificar el camino de sus responsabilidades.

Los estudios revelan que los adolescentes siguen pensando que la responsabilidad de buscar un método anticonceptivo es asunto de su compañera y, por tanto, piensan que un embarazo no deseado es culpa de la mujer; en otras palabras, que el incidente no es de su incumbencia. Otros muchos comparten la responsabilidad sólo hasta el punto de ofrecerse a pagar una parte o la totalidad de los gastos de un aborto.

Aborto en la adolescencia

"El aborto es la interrupción del embarazo antes de que el embrión o el feto puedan sobrevivir de manera independiente fuera de la matriz".[81]

Existen dos tipos de aborto: el inducido o provocado ya sea por prescripción médica o por el deseo de no continuar el embarazo, y el espontáneo.

El aborto inducido no terapéutico (no prescrito por el médico) puede afectar gravemente la salud física, con consecuencias que van desde infecciones y hemorragia hasta la esterilidad y la muerte. Algunos de estos son autoprovocados y se realizan mediante la inserción de objetos no estériles como agujas de tejer, ganchos, sondas etc., que provocan daños en el embrión, desgarro de membranas, contracción del útero y, finalmente, la expulsión del producto.

Por otro lado, algunos de los métodos utilizados por médicos o personal entrenado para realizar abortos son "extracción instrumental por vía vaginal (legrado o raspado quirúrgico, aspiración al vacío o succión), cirugía uterina e inducción médica mediante la administración de sustancias que provocan el trabajo de parto".[82]

[81] *Ibidem.*
[82] *Ibidem.*

El aborto espontáneo es el que se da sin que medie la manipulación externa intencional.

El embarazo en la etapa adolescente puede producir desequilibrio emocional, depresión y angustia que pueden convertirse en un intento de aborto. El aborto como solución de embarazo precoz en las jóvenes, en contra lo que se supone, casi nunca entra en los planes de la adolescente embarazada. El entorno juega un importante papel en la decisión: los antecedentes de aborto y el dominio de la mujer con autoridad más cercana a la adolescente (madre, hermana, amiga) provocan o refuerzan la motivación ambivalente ante el embarazo, y las amenazas de la familia (el aborto o la calle) y del compañero sexual (el aborto o el abandono) hacen que una muchacha llegue al aborto cuando su capacidad asertiva es pobre o cuando la presión que se ejerce sobre ella es tal que la intervención se efectúa con su aprobación o sin ella.

> Particularmente los embarazos no deseados que implican grandes responsabilidades, para las cuales las adolescentes no están preparados, pueden resolverse en algún tipo de aborto.[83]

Las adolescentes pueden pensar en el aborto porque se sienten físicamente incapaces para tener y educar a un hijo, por no contar con el apoyo moral y económico de su pareja o no tener ingreso económico para mantener sola a su hijo, entre otras razones.

Entre las causas de los embarazos no deseados están la ignorancia sobre los métodos de prevención que existen y están al alcance, y la escasa importancia que los jóvenes que saben de ellos dan a su uso al tener relaciones sexuales.

Sin embargo, al quedar la adolescente embarazada y no contar con el apoyo tanto de su pareja y familia, piensa como única alternativa de solución, el aborto

[83] Deschamps, Jean-Pierre, *Embarazo y maternidad en la adolescente,* Edit. Herder, Barcelona, 1979, p. 200.

provocado. Las mujeres sin recursos arriesgan su salud y su vida cuando deciden interrumpir un embarazo con personas no calificadas o médicos irresponsables.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) reporta que en todo el mundo se dan 200 mil muertes al año por causa relacionadas con abortos ilegales y se estima que diariamente mueren 500 jóvenes por esta causa. Precisando la situación de México, se estima que se realizan 800,000 abortos cada año (cifras publicadas en el 2000).

La realidad demuestra que las adolescentes de 15 a 19 años tiene la tasa más elevada de embarazos no deseados a nivel mundial y que, al momento de tomar la decisión de practicarse un aborto, lo hacen bajo condiciones muy difíciles y riesgosas para su salud.

Conclusión

El principal problema que siguen enfrentando los adolescentes de México es la desinformación sobre sexualidad y anticoncepción, pues los adolescentes siguen teniendo relaciones sexuales sin utilizar ningún método anticonceptivo, aunque exista una mayor difusión de estos.

Por ello, para prevenir los embarazos no planeados ni deseados es necesario educar a las y los adolescentes sobre la responsabilidad que implica la madurez sexual y reproductiva, de forma tal que puedan vivir su sexualidad de manera segura utilizando algún método anticonceptivo para evitar que esta situación no transforme sus vidas.

No basta con darles a los y las adolescentes información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, hay que buscar la forma de verificar que su aprendizaje sea significativo, aclarar sus valores, enseñarlos a establecer comunicación con la pareja y la familia para que su vida sexual sea saludable y responsable. Asimismo,

motivarlos a establecer metas personales y a tener confianza en sí mismos de tal forma que tengan razones para postergar el nacimiento de un hijo.

7. Métodos anticonceptivos

En este apartado hablaremos de los métodos anticonceptivos actuales, sus riesgos y beneficios, para poder informar a los adolescentes del adecuado uso de cada método, y así poder prevenir embarazos no deseados o infecciones venéreas.

Mencionaremos los anticonceptivos más convenientes para los adolescentes, pero sin olvidar que es importante que cada pareja consulte a un especialista para encontrar el método más indicado para ambos.

Los métodos anticonceptivos se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en temporales y permanentes, y son los siguientes:

Temporales

a) Hormonales orales.
b) Hormonales inyectables.
c) Hormonales subdérmicos.
d) Dispositivo intrauterino.
e) De barrera y espermicidas.
f) Naturales o de abstinencia periódica.

Permanentes

g) Oclusión tubaria bilateral.
h) Vasectomía.

Para la adecuada selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos se deben efectuar: interrogatorio; examen físico en función de capacitación y recursos de los prestadores de servicios, así como de los requerimientos de los métodos anticonceptivos; valoración de riesgo reproductivo; consejería que garantice selección informada de un método especifico por el usuario; señalamiento de la efectividad, duración de la protección anticonceptiva, efectos colaterales e indicaciones sobre el uso; seguimiento de los usuarios de métodos anticonceptivos, para detectar oportunamente embarazo, uso incorrecto del método y efectos colaterales.

Cuando la mujer se encuentre en periodo de lactancia, se deben preferir métodos anticonceptivos no hormonales, o bien, utilizar únicamente los que contienen solo progestina. Cuando, además de la prevención de embarazos no deseados, se desee evitar el contagio de infecciones y enfermedades de transmisión sexual, incluyendo al sida, deberá usarse el condón o preservativo, solo o en asociación con otro método, ya que es el único método que contribuye a evitar dichas enfermedades[84].

La siguiente información está tomada de la normatividad federal de los servicios de planificación familiar. Norma Oficial Mexicana: NOM 005-SSA2-1993.

a) Métodos hormonales orales

Los anticonceptivos hormonales orales son métodos temporales y se dividen en dos grupos: los combinados de estrógeno y progestina, y los que contienen sólo progestina.

Hormonales combinados orales que contienen estrógeno y progestina

Contienen un estrógeno sintético: etinil estradiol (20 a 50 æg) o mestranol (50 a 100 æg). Las dosis diarias recomendables no deben exceder de 35 æg de etinil

[84] http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/nrm/1/244/10.htm?s=iste

estradiol o de 50 æg de mestranol. Además del estrógeno contienen una de cualesquiera de las siguientes progestinas sintéticas derivadas de la 19 nortestosterona: noretisterona (400 æg - 1mg), norgestrel (300 a 500 æg), levonorgestrel (50 a 250 æg), gestodeno (75 æg), norgestimato (250 æg) y desogestrel (150 æg), o derivadas de la 17 hidroxiprogesterona: acetato de clormadinona (2 mg) y acetato de ciproterona (2 mg).

Existen tres tipos de presentaciones de los anticonceptivos hormonales combinados orales:

- Las que contienen dosis constantes del estrógeno y de la progestina en cada una de las tabletas o grageas. Se presentan en cajas de 21 tabletas o grageas. Algunas presentaciones incluyen siete tabletas o grageas adicionales que no contienen hormonas, sino sólo hierro o lactosa, resultando ciclos de 28 tabletas o grageas para administración ininterrumpida.
- Las que contienen dosis variables del estrógeno y de la progestina en las tabletas o grageas que se administran dentro del ciclo de 21 días, se denominan trifásicos por incluir tabletas o grageas con tres cantidades diferentes de hormonas sintéticas, y
- Aquellas que en el paquete para 21 días contienen 15 tabletas o grageas con el estrógeno solo, seguidas por seis tabletas o grageas con dosis fijas del estrógeno, mas alguna progestina sintética, se denominan secuenciales y no se debe recomendar su uso como anticonceptivo.

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva de 92 a 99%.

Indicaciones

Los anticonceptivos hormonales combinados orales están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas o grageas en las siguientes circunstancias: antes del primer embarazo, en el intervalo intergenesico, en posaborto inmediato y en posparto o poscesárea, después de la tercera semana, si la mujer no esta lactando.

Sus contraindicaciones

Lactancia en los primeros seis meses posparto; embarazo o sospecha de embarazo; tener o haber tenido enfermedad tromboembolica, incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquemica, y cardiopatía reumática; tener o haber tenido cáncer mamario o del cervix; tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos; enfermedad hepática aguda o crónica activa, y durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

Se deben tomar precauciones en casos de:

Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada, fumadoras mayores de 35 años de edad, hipertensión arterial, diabetes mellitus no controlada, migraña focal, leiomiomatosis uterina, insuficiencia renal y alteraciones de la coagulación.

Forma de administración

Los anticonceptivos hormonales combinados orales, en el primer ciclo de tratamiento, deben iniciarse preferentemente dentro de los primeros cinco días del ciclo menstrual. También pueden iniciarse al sexto o séptimo día. En este caso

debe usarse simultáneamente un método de barrera durante los primeros siete días de la administración del método.

En las presentaciones de 21 tabletas o grageas se ingiere una tableta o gragea diaria durante 21 días consecutivos, seguidos de siete días de descanso sin medicación. Los ciclos subsecuentes deben iniciarse al concluir los siete días de descanso del ciclo previo independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

En las presentaciones de 28 tabletas o grageas se ingieren las que contienen hormonas diariamente durante 21 días consecutivos, seguidos de siete días durante los cuales se ingiere diariamente una tableta o gragea que contiene hierro o lactosa. Los ciclos subsecuentes se inician al concluir el previo, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

Este método debe suspenderse dos semanas antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas después.

Los anticonceptivos hormonales combinados orales pueden obtenerse en unidades de atención médica y programas institucionales de distribución comunitaria o adquirirse en las farmacias.

Para su prescripción, se deben realizar —preferentemente— los siguientes procedimientos: consejería; instruir a la mujer en el uso adecuado de las tabletas o grageas; examen físico en función de capacitación y recursos de los prestadores de servicios y requerimientos de los métodos anticonceptivos, incluyendo toma de la tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cérvico-vaginal (papanicolaou). En caso de adolescentes el examen pélvico y la toma de citología cérvico-vaginal se pueden diferir para consultas subsecuentes.

Duración de la protección anticonceptiva

La protección anticonceptiva está limitada a cada uno de los ciclos durante los cuales se ingieren las tabletas o grageas en forma correcta.

Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar: cefalea, náusea, vómito, mareo, mastalgia, cloasma o manchado intermenstrual.

En caso de presentarse efectos colaterales de sintomatología leve, es recomendable reforzar la consejería y sugerir a la usuaria que continúe el uso del método, ya que esta sintomatología generalmente es transitoria y comúnmente se presenta sólo en los primeros ciclos de uso.

Es necesario suspender el uso del método, reforzar consejería y ofrecer cambio de método si se presentara alguna de las siguientes situaciones: sospecha de embarazo, cefalea intensa, alteraciones visuales, dolor torácico intenso, disnea, dolor de miembros inferiores, ictericia o persistencia o intolerancia de efectos colaterales mas allá de seis meses.

En caso de uso irregular del método anticonceptivo

En caso de olvido de una tableta o gragea: tomar al dia siguiente dos tabletas o grageas. En caso de olvido de dos tabletas o grageas consecutivas: ingerir dos tabletas o grageas durante los dos días siguientes, y adicionar un método de barrera por siete días. En caso de olvido de tres tabletas o grageas consecutivas, el método ya no es efectivo; se debe suspender la ingestión de las tabletas o grageas restantes, utilizar un método de barrera durante el resto del ciclo y reiniciar la ingestión de tabletas o grageas en el siguiente ciclo menstrual.

La diarrea y el vómito intensos pueden interferir con la efectividad de las tabletas o grageas; en estos casos se debe recomendar el uso adicional de un método de barrera.

Hormonales orales que sólo contienen progestina

Existen dos formulaciones que contienen dosis bajas de una progestina sintética, linestrenol 0.5 mg y levonorgestrel 35 æg (no contienen estrógenos). Se presenta en cajas que contienen 35 tabletas o grageas. Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva de 90 a 97%.

Los anticonceptivos hormonales orales que sólo contienen progestina están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas o grageas, en las siguientes circunstancias: antes del primer embarazo inclusive, cuando el uso de estrógenos este contraindicado; en el intervalo intergenésico inclusive, cuando el uso de estrógenos este contraindicado; en el posparto o poscesarea, con o sin lactancia y cuando se deseen anticonceptivos orales, y en el posaborto inmediato.

Contraindicaciones

Este tipo de método se contraindica en los casos de embarazo o sospecha de embarazo; al tener o haber tenido cáncer mamario o del cervix; al tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos; por enfermedad hepática aguda o crónica activa, y durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

Se deben tomar precauciones en casos de:

Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada, insuficiencia renal, cardiopatía isquémica, depresión importante o migraña focal.

Forma de administración

Los anticonceptivos hormonales orales que sólo contienen progestina en su primer ciclo de tratamiento deben iniciarse preferentemente el primer día de la menstruación. Si el inicio se efectúa después del primero y antes del sexto día desde el inicio de la menstruación, se deberá usar un método de barrera, como apoyo, durante siete días. Se ingiere una tableta diaria ininterrumpidamente, incluso durante la menstruación. Debido a la menor duración de su efectividad anticonceptiva, es necesario tomar la tableta o gragea a la misma hora. En el posparto o poscesárea, cuando la mujer esté lactando se debe iniciar después de la sexta semana. Si no está lactando puede iniciarse después de la tercera semana. Al suspender totalmente la lactancia se puede recomendar el cambio a otro método anticonceptivo.

Lineamientos generales para la prescripción

Los anticonceptivos hormonales orales que contienen solo progestina, pueden obtenerse en unidades de atención médica y programas institucionales de distribución comunitaria o adquirirse en farmacias.

Para su prescripción, se deben realizar —preferentemente— los siguientes procedimientos: proporcionar consejería; instruir a la mujer en el uso adecuado de las tabletas o grageas en forma diaria ininterrumpida; efectuar examen físico, incluyendo toma de la tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cérvico-vaginal (papanicolaou). En caso de

adolescentes, el examen pélvico y la toma de muestra para citología cérvico-vaginal, puede diferirse para consultas subsecuentes.

La protección anticonceptiva está limitada al día en que se ingiere la tableta. Si se omiten una o más tabletas o grageas, el método es inefectivo.

Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar: irregularidades menstruales (hemorragia, manchado prolongado o amenorrea), cefalea o mastalgia.

Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

Cuando hay amenorrea y antecedente de ingestión irregular de la tableta se debe descartar la existencia de embarazo. En caso de sintomatología leve, se debe reforzar la consejería y recomendar continuar el uso del método anticonceptivo.
El uso del método se debe suspender si existe embarazo confirmado o intolerancia a las alteraciones del ciclo menstrual.

En caso de uso irregular del método anticonceptivo

En caso de olvido de una o más tabletas o grageas se debe adicionar un método de barrera, descartar la posibilidad de embarazo y luego reiniciar el uso de las tabletas o grageas o cambiar a otro método.

La diarrea y el vómito intensos pueden interferir con la efectividad de las tabletas o grageas. En estos casos se debe recomendar el uso adicional de un método de barrera[85].

[85] http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/nrm/1/244/13.htm?s=iste

b) Métodos hormonales inyectables

Los anticonceptivos hormonales inyectables son métodos temporales de larga acción y se dividen en dos grupos:

-Los combinados de estrógeno y progestina, y
-Los que contienen sólo progestina.

Hormonales combinados inyectables que contienen estrógeno y progestina

Contienen un ester de estradiol: cipionato de estradiol (5 mg), valerianato de estradiol (5 mg) o enantato de estradiol (5 y 10 mg). Las dosis recomendables del ester de estradiol no deben exceder de 5 mg al mes.

Además de estrógeno contienen una de cualesquiera de las siguientes progestinas sintéticas eterificadas derivadas de la 19-nortestosterona: enantato de noretisterona (50 mg), o derivadas de la 17-hidroxiprogesterona: acetato de medroxiprogesterona (25 mg) y acetofenido de dihidroxiprogesterona (75 y 150 mg).

Existen cuatro tipos de anticonceptivos hormonales combinados inyectables: cipionato de estradiol 5 mg + acetato de medroxiprogesterona 25 mg en 0.5 ml de suspensión acuosa microcristalina; valerianato de estradiol 5 mg + enantato de noretisterona 50 mg en 1 ml de solución oleosa; enantato de estradiol 5 mg + acetofenido de dihidroxiprogesterona 75 mg en 1 ml de suspensión acuosa; y enantato de estradiol 10 mg + acetofenido de dihidroxiprogesterona 150 mg en 1 ml de suspensión acuosa.

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor a 99%.

Estos anticonceptivos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción e inyectable, en las siguientes circunstancias: antes del primer embarazo, en el intervalo intergenésico, en posaborto, en posparto, o poscesárea después de la tercera semana, si la mujer no esta lactando.

Sus contraindicaciones

Lactancia en los primeros seis meses posparto; embarazo o sospecha de embarazo; tener o haber tenido cáncer mamario o de cérvix, tener o haber tenido enfermedad tromboembólica incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquemica y cardiopatía reumática; tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos; tener enfermedad hepática aguda o crónica activa, y durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

Se deben tomar precauciones en casos de:

Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada; fumadoras mayores de 35 años de edad; hipertensión arterial; diabetes mellitus no controlada; migraña focal; leiomiomatosis uterina; insuficiencia renal y alteraciones de la coagulación.

Forma de administración

Los anticonceptivos hormonales combinados inyectables se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea. La primera aplicación debe hacerse en cualesquiera de los primeros cinco días después de iniciada la menstruación. También puede iniciarse en cualquier momento, si se está razonablemente seguro de que la usuaria no esta embarazada. Si el método se inicia después del quinto día del ciclo menstrual debe usarse simultáneamente un método de barrera

durante los primeros siete días después de la inyección. Las inyecciones subsecuentes deben aplicarse cada 30 +/ - 3 días, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual. Las usuarias de anticonceptivos inyectables que sólo contienen progestina pueden cambiar al hormonal combinado inyectable recibiendo la primera aplicación de éste en el día programado para su inyección. Posteriormente se debe aplicar cada 30 +/ - 3 días independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual. En el posparto, o poscesárea cuando la mujer no efectúa lactancia, la administración del hormonal combinado inyectable se puede iniciar después de la tercera semana. Después de un aborto se puede iniciar la administración del hormonal combinado inyectable a las dos semanas. Estos anticonceptivos deben suspenderse 45 días antes de una cirugía mayor electiva, o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas después.

Lineamientos generales para la prescripción

Los anticonceptivos hormonales combinados inyectables pueden obtenerse en unidades de atención medica y en programas de distribución comunitaria o adquirirse en las farmacias.

Se deben realizar los siguientes procedimientos para su prescripción: proporcionar consejería; instruir a la mujer en el uso adecuado de los inyectables; efectuar examen físico, incluyendo toma de la tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cérvico-vaginal (papanicolaou). En caso de adolescentes el examen pélvico y la toma de muestra para citología cérvico-vaginal, puede diferirse para consultas subsecuentes. Se deben utilizar jeringas y agujas estériles que sean desechables.

La protección anticonceptiva se extiende hasta por 33 días después de la aplicación de la inyección. La aplicación de inyecciones subsecuentes después de 33 días a partir de la anterior no garantiza protección anticonceptiva.

Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar: irregularidades menstruales, cefalea, nausea, vómito, mareo, mastalgia, e incremento de peso corporal.

En caso de presentarse efectos colaterales

En casos de sintomatología leve, se debe reforzar la consejería y se recomienda continuar el uso del método, ya que esta sintomatología puede ser transitoria y comúnmente se presenta sólo en los primeros meses de uso.

Se debe suspender el uso del método si se presentara alguna de las siguientes situaciones: sospecha de embarazo, cefalea intensa, alteraciones visuales, dolor torácico intenso, disnea, dolor de miembros inferiores, ictericia, intolerancia a las irregularidades del ciclo menstrual o persistencia o intolerancia de efectos colaterales mas allá de seis meses.

En caso de uso irregular del método anticonceptivo

Para asegurar la efectividad del método es indispensable que las inyecciones subsecuentes se apliquen con un intervalo máximo de 33 días. No es recomendable aplicarlas antes de 27 días. Si se omite la aplicación de la inyección en el periodo adecuado, deben prescribirse métodos de barrera y diferir la inyección al siguiente ciclo menstrual. Si la aplicación de la inyección se efectuó tardíamente (después de 33 días), deben adicionarse métodos de barrera durante el resto de ese ciclo menstrual.

Hormonales inyectables que sólo contienen progestina

Contienen una progestina sintética esterificada derivada de la 19-nortestosterona, enantato de noretisterona (200 mg); o derivada de la 17-hidroxiprogesterona, acetato de medroxiprogesterona (150 mg).

Existen dos tipos de anticonceptivos hormonales inyectables que solo contienen progestina: enantato de noretisterona 200 mg, en ampolleta con 1 ml de solución oleosa, y acetato de medroxiprogesterona 150 mg, en ampolleta con 3 ml de suspensión acuosa microcristalina.

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

Estos anticonceptivos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de larga acción e inyectable, en las siguientes circunstancias: antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógenos este contraindicado; en el intervalo intergenesico, inclusive cuando el uso de estrógeno este contraindicado; mujeres en el posparto o poscesarea, con o sin lactancia y deseen un método inyectable; en el posaborto.

Sus contraindicaciones

Embarazo o sospecha de embarazo; tener o haber tenido cáncer mamario o del cervix; tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos; tener enfermedad hepática aguda o crónica activa; durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

Se deben tomar precauciones en casos de:

Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada; insuficiencia renal cardiopatía isquemica; depresión importante; migraña focal; mujeres que deseen embarazarse en un periodo menor a 9 meses después de suspender el anticonceptivo; alteraciones de la coagulación.

Los anticonceptivos hormonales inyectables que sólo contienen progestina se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea. La primera aplicación debe efectuarse en cualesquiera de los primeros siete días después del inicio del ciclo menstrual. Las inyecciones subsecuentes de DMPA deben aplicarse cada tres meses y las de NET-EN en cada dos meses independientemente de cuando se presente el sangrado. En el posparto, cuando la mujer este lactando, la aplicación de estos anticonceptivos inyectables debe efectuarse después de la sexta semana. En el posaborto la primera aplicación puede efectuarse inmediatamente.

Los anticonceptivos inyectables que sólo contienen progestina se pueden obtener en unidades de atención médica, y en programas de distribución comunitaria o adquirirse en las farmacias con prescripción médica.

Para su prescripción deben realizarse, preferentemente, los siguientes procedimientos:

Proporcionar conserjería; instruir a la mujer en el uso adecuado de las inyecciones; efectuar examen físico, incluyendo toma de la tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cérvico-vaginal (papanicolaou). En caso de adolescentes, el examen pélvico y la toma de citología cérvico-vaginal se pueden diferir para consultas subsecuentes. Se debe tener especial atención para evitar el uso indistinto de anticonceptivos hormonales combinados inyectables y los que sólo contienen progestina, en razón de su diferente formulación y duración de efectividad. Se deben utilizar jeringas y agujas estériles que sean desechables.

La protección anticonceptiva conferida por NET-EN, se extiende por lo menos a los 60 días que siguen a la inyección, aunque en general es más prolongada. La protección anticonceptiva conferida por DMPA, se extiende por lo menos a los 90 días que siguen a la inyección, aunque en general es más prolongada.

Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar: irregularidades menstruales, amenorrea, cefalea, mastalgia o aumento de peso.

Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

En caso de sintomatología leve, se recomienda continuar el uso del método.
Se sugiere suspender su uso si se presentara alguna de las siguientes situaciones: sospecha de embarazo; intolerancia a las irregularidades del ciclo menstrual.

En caso de uso irregular del método anticonceptivo

La aplicación de NET-EN puede efectuarse hasta dos semanas después de la fecha programada, sin necesidad de adicionar otro método. Aunque no es aconsejable, también puede aplicarse hasta dos semanas antes de la fecha programada para inyecciones subsecuentes. La aplicación de DMPA puede efectuarse hasta cuatro semanas después de la fecha programada, sin necesidad de adicionar otro método. Aunque no es aconsejable, también puede aplicarse hasta cuatro semanas antes de la fecha programada para inyecciones subsecuentes[86].

[86] http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/nrm/1/244/14.htm?s=iste

c) Método hormonal subdérmico

Es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada, que se inserta subdérmicamente y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética (no contiene estrógeno).

Su presenta en seis cápsulas de dimetilpolisiloxano que contiene cada una 36 mg de levonorgestrel. Cada cápsula tiene dimensiones individuales de 34 mm de longitud por 2.4 mm de diámetro transversal, que liberan en promedio 30 æg diarios de levonorgestrel.

Bajo condiciones habituales de uso este método brinda protección anticonceptiva superior al 99% durante el primer año. Después disminuye gradualmente (96.5% al quinto año de uso).

Este método está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes con patrón menstrual regular, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción que no requiere de la toma o aplicación periódica, en las siguientes circunstancias: antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógenos este contraindicado; en el intervalo intergenesico, inclusive cuando el uso de estrógenos este contraindicado; en el posparto o poscesarea, con o sin lactancia; en el posaborto inmediato.

Sus contraindicaciones

Embarazo o sospecha de embarazo; tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix; tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos; enfermedad hepática aguda o crónica activa; durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

Se deben tomar precauciones en casos de:

Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada; insuficiencia renal; cardiopatía isquémica; depresión importante; migraña focal. Debe considerarse la posibilidad de disminución de la efectividad del método después de dos años de uso en mujeres con peso mayor de 70 kilogramos.

Las cápsulas deben insertarse subdérmicamente en la cara interna del brazo siguiendo las normas y técnicas quirúrgicas recomendadas para el método. La inserción debe efectuarse preferentemente durante cualesquiera de los primeros siete días del ciclo menstrual o en cualquier otro día, siempre que se tenga la seguridad razonable de que no hay embarazo. En el posparto y poscesárea con lactancia, la inserción debe efectuarse después de la sexta semana del puerperio.

Tanto las inserciones como las remociones de los implantes subdérmicos deben ser realizados por personal de salud capacitado para ello, bajo supervisión médica. Se deben realizar los siguientes procedimientos: proporcionar consejería; indicar el uso de métodos anticonceptivos de barrera y espermicidas en caso de tener relaciones sexuales el día de la inserción; efectuar examen físico incluyendo toma de la tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cérvico-vaginal (papanicolaou). En caso de adolescentes, el examen pélvico y la toma de muestra para citología cérvico-vaginal puede diferirse a consultas subsecuentes.

La remoción debe efectuarse al cumplir cinco años de uso. También puede realizarse a solicitud y por decisión de la usuaria en cualquier momento antes de la terminación de la duración total de la protección anticonceptiva. Si procede, se puede efectuar la inserción de nuevos implantes o cambiar a otro método anticonceptivo.

Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar: hematoma en el área de aplicación, infección local, dermatosis, irregularidades menstruales (hemorragia, manchado por tiempo prolongado o amenorrea), cefalea o mastalgia.

En caso de presentarse efectos colaterales

Se debe reforzar la consejería en relación a la inocuidad de las irregularidades menstruales y mantener los implantes insertados. En caso de intolerancia a las irregularidades menstruales se deben remover los implantes. En caso de embarazo se deben retirar los implantes inmediatamente.

En caso de presentarse problemas con los implantes

En caso de expulsión de uno o más implantes deben reemplazarse por cápsulas nuevas, sin necesidad de remover o cambiar las no expulsadas. En caso de ruptura de una o más cápsulas, estas deben removerse y reemplazarse por cápsulas nuevas sin necesidad de cambiar el resto[87].

d) Dispositivo intrauterino

Los dispositivos intrauterinos (DIU) son artefactos que se colocan dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos de carácter temporal. Consisten en un cuerpo semejante a una "t" de polietileno flexible y contienen un principio activo o coadyuvante de cobre o de cobre y plata y tienen además hilos guía para su localización y extracción. Los dispositivos intrauterinos se obtienen esterilizados, en presentación individual, acompañados de su insertor.

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva de 95 a 99%.

[87] http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/nrm/1/244/15.htm?s=iste

La inserción del DIU está indicada para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad, que no deseen la toma o aplicación periódica de anticonceptivos hormonales en las siguientes circunstancias: antes del primer embarazo, en el intervalo intergenésico, en el posparto, trans y poscesarea, con o sin lactancia y en el posaborto.

Sus contraindicaciones

Embarazo o sospecha de embarazo; útero con histerometría menor a 6 cm; patología que deforme la cavidad uterina; carcinoma del cérvix o del cuerpo uterino; enfermedad inflamatoria pélvica activa o presencia de corioamnionitis.

Se deben tomar precauciones en casos de:

Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada, infecciones del tracto genital, hiperplasia endometrial, anemia y padecimientos hemorragiparos, dismenorrea severa, antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, antecedente de embarazo ectopico, ruptura prematura de membranas o trabajo de parto prolongado.

El DIU debe ser insertado en la cavidad uterina en los siguientes momentos: periodo intergenésico: el DIU puede insertarse preferentemente durante la menstruación o en cualquier día del ciclo menstrual cuando se este razonablemente seguro de que no hay embarazo. Posplacenta: la inserción debe realizarse dentro de los 10 minutos posteriores a la salida de la placenta; esta técnica puede realizarse después de un parto o durante una cesárea. Prealta: al egreso hospitalario se puede hacer la colocación del DIU después de la resolución de cualquier evento obstétrico. Posaborto: inmediatamente después del legrado o

aspiración endouterina por aborto de cualquier edad de embarazo. Puerperio tardío: entre 4 y 6 semanas posaborto, posparto y poscesárea.

El DIU debe ser aplicado después de proporcionar consejería por personal capacitado en la exploración del aparato genital femenino y en las diversas técnicas de inserción, siguiendo las recomendaciones específicas para cada tipo de DIU y cumpliendo las técnicas de asepsia y antisepsia. No se debe recomendar en mujeres con varios compañeros sexuales y expuestas a enfermedades de transmisión sexual por el riesgo de desarrollar enfermedad inflamatoria pélvica.

La protección anticonceptiva que brindan los dispositivos varía de acuerdo con el principio activo o coadyuvante que contengan. La duración de la efectividad anticonceptiva de los dispositivos tipo TCU 380a y TCU 220c es de seis a ocho años y para los *multiload* 375 y 250 es de cinco y tres años, respectivamente. Al término del periodo de efectividad del DIU, si la usuaria requiere aun este tipo de método, debe reemplazarse por otro en forma inmediata a la remoción.

Efectos colaterales

En general, el DIU es bien tolerado por la mayoría de las usuarias. Los efectos colaterales son poco frecuentes, generalmente limitados a los primeros meses posteriores a la inserción y se pueden manifestar como: dolor pélvico durante el periodo menstrual o aumento de la cantidad y duración del sangrado menstrual.

Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

Las usuarias que refieran efectos colaterales deben recibir consejería adicional, enfatizando las características y consecuencias del uso del método. Los efectos colaterales deben ser tratados; si las molestias persisten más allá de 90 días, debe de considerarse la posibilidad de reemplazar el DIU y, si aún persistieran, se debe retirar y seleccionar otro método anticonceptivo. Una complicación inmediata

que se puede presentar como accidente durante la inserción del DIU es la perforación uterina; en este caso la usuaria debe ser referida de inmediato a una unidad hospitalaria para su atención[88].

e) Oclusión tubaria bilateral

Es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la oclusión tubaria bilateral de las trompas uterinas, con el fin de evitar la fertilización.

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor a 99%.

Este procedimiento está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas que deseen un método permanente de anticoncepción, en las siguientes condiciones: paridad satisfecha; razones médicas; retardo mental.

Se contraindica en caso de enfermedad inflamatoria pélvica activa.

Se deben tomar precauciones en casos de: embarazo o sospecha de embarazo; discrasias sanguíneas no controladas; anemia severa; en el posparto, cuando el neonato presente problemas de salud que comprometan su supervivencia; falta de movilidad uterina (adherencias).

Este procedimiento puede realizarse en el intervalo, posparto, transcesarea y posaborto.

El procedimiento de oclusión tubaria puede ser por: salpingectomia y ligadura; salpingotomia (fimbriectomia); técnicas de pomeroy, uchida e irving; y mecánica, por aplicación de anillos de yoon o electro fulguración.

[88] http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/nrm/1/244/16.htm?s=iste

En todos los casos se debe realizar el procedimiento siguiendo las normas y técnicas quirúrgicas recomendadas por las instituciones del sistema nacional de salud.

Por ser de carácter permanente, este método en particular requiere de: un proceso amplio de consejeria previa a su realización; autorización escrita del consentimiento informado de la usuaria (firma o huella dactilar) o de su representante legal; valoración del riesgo quirúrgico y cuando proceda, del riesgo anestésico.

La oclusión tubaria bilateral debe efectuarse por personal médico debidamente capacitado para su realización. El procedimiento puede efectuarse en cualquier día del ciclo menstrual, cuando se este razonablemente seguro de que no hay embarazo. El procedimiento puede manejarse como cirugía de corta estancia en el puerperio de bajo riesgo, en el posaborto y en el intervalo. El procedimiento se debe realizar bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas. Siempre que se cumplan los criterios para la selección del método, la edad y paridad de la mujer no serán factores de contraindicación del método.

Este método anticonceptivo es permanente. La aceptante debe estar consciente de esta característica antes de la realización del procedimiento.

No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método. Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico (bloqueo epidural o anestesia general) o quirúrgico (hemorragia o infección)[89].

[89] http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/nrm/1/244/17.htm?s=iste

f) Vasectomía

Es un método anticonceptivo permanente para el hombre, que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides.

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

Este procedimiento está indicado para hombres en edad fértil con vida sexual activa, que deseen un método permanente de anticoncepción en las siguientes condiciones: fecundidad satisfecha, razones médicas o retardo mental.

Sus contraindicaciones

Criptorquidia; antecedentes de cirugía escrotal o testicular; historia de impotencia.

Se deben tomar precauciones en casos de:

Infección en el área operatoria, hidrocele, varicocele, filariasis (escroto engrosado), hernia inguino escrotal y enfermedades hemorragiparas.

Hay dos tipos de procedimiento: la técnica tradicional (con bisturí) y la de Li (sin bisturí).

La técnica tradicional, con bisturí, es un procedimiento quirúrgico por el cual se ligan, seccionan o bloquean los conductos deferentes a través de una pequeña incisión en el escroto.

La técnica de Li, sin bisturí, es un procedimiento quirúrgico por el cual se ligan y seccionan los conductos deferentes a través de una pequeña punción en el rafe escrotal.

En ambas técnicas puede utilizarse la electro fulguración para bloquear los conductos deferentes.

Por ser de carácter permanente, este método en particular requiere de un proceso amplio de consejería previo a su realización y la autorización escrita del consentimiento informado del usuario (firma o huella dactilar) o de su representante legal. El aceptante debe estar consciente de esta característica antes de la realización del procedimiento.

El procedimiento debe ser realizado por personal médico debidamente capacitado; puede manejarse como cirugía ambulatoria en unidades de primer nivel de atención y debe realizarse bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas y con anestesia local. Siempre que se cumplan los criterios para la selección del método, la edad y fecundidad no serán factores de contraindicación.

La vasectomía no es efectiva en forma inmediata, pueden encontrarse espermatozoides hasta en las siguientes 25 eyaculaciones o hasta tres meses después del procedimiento, por lo cual se debe recomendar el uso de preservativo u otro método para evitar embarazos no deseados hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo.

No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método. Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento quirúrgico como equimosis, infección de la herida quirúrgica, granuloma o hematoma[90].

[90] http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/nrm/1/244/18.htm?s=iste

g) Métodos de barrera y espermicidas

Son métodos anticonceptivos de uso temporal que interfieren la fecundación de manera mecánica o química.

Métodos de barrera

Son aquellos que impiden el paso de los espermatozoides por la acción de un obstáculo físico, algunos se acompañan también de la acción de sustancias químicas.

Condón o preservativo

Es una bolsa de plástico (látex) que se aplica al pene en erección para evitar el paso de espermatozoides. Algunos contienen, además, un espermicida (nonoxinol-9). El condón o preservativo es el único método que contribuye a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el sida.
Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva de 85 a 97%.

Es un método indicado para el hombre con vida sexual activa, en las siguientes situaciones: como apoyo a otros métodos anticonceptivos, en personas con actividad sexual esporádica, como apoyo durante las primeras 25 eyaculaciones posteriores a la realización de vasectomía, y cuando hay riesgo de exposición a enfermedades de transmisión sexual, incluyendo al sida.

Sus contraindicaciones

Alergia o hipersensibilidad al plástico (látex) o al espermicida y disfunciones sexuales asociadas a la capacidad eréctil.

La duración de la protección anticonceptiva está limitada al tiempo de utilización correcta del método.

Debe usarse un condón o preservativo nuevo en cada relación sexual y desde el inicio del coito. Cada condón puede usarse una sola vez. Debe verificarse la fecha de manufactura, la cual no deberá ser mayor a cinco años. El condón se coloca en la punta del pene cuando está en erección, desenrollándolo hasta llegar a la base del pene. Debe evitarse la formación de burbujas de aire. Cuando el hombre no esté circuncidado, debe retraer el prepucio hacia la base del pene antes de colocar el condón. Posterior a la eyaculación se debe retirar el pene de la vagina cuando aún esté erecto, sostener el condón por la base del pene para evitar que se derrame el semen o permanezca el condón en la cavidad vaginal. Se anudará el preservativo antes de su depósito final en un basurero, evitando derramar el semen. En caso necesario, se emplearán únicamente lubricantes solubles en agua, nunca en aceite, para evitar la perdida de efectividad del preservativo.

Los condones se pueden obtener en unidades de atención médica, en programas de distribución comunitaria y de mercadeo social o mediante adquisición libre en farmacias y otros establecimientos comerciales.

Algunos efectos colaterales se deben a la intolerancia al látex o al espermicida.

Espermicidas

Son sustancias químicas que impiden el paso de los espermatozoides, inactivándolos antes de que penetren al útero. Por lo general son surfactantes que pueden administrarse a través de diversos vehículos: cremas, óvulos y espuma en aerosoles. Las diversas presentaciones contienen un vehículo y un espermicida.

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva de 75 a 90% y puede incrementarse en asociación con otros métodos de barrera.

Formulaciones

Cremas: el vehículo es ácido esteárico y derivados o glicerina. El espermicida es nonoxinol-9 o cloruro de bencetonio.

Óvulos: el vehículo es manteca de cacao, glicerina, estearina o jabón. El espermicida es cloruro de bencetonio, nonoxinol-9, polietilenglicol de monoisoetilfenol, éter o ester polisacarido del ácido polisulfurico.

Espumas en aerosol: el vehículo es el polietilenglicol, glicerina o hidrocarburos y freon. El espermicida es nonoxinol-9 o cloruro de bencetonio.

Estos métodos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes que deseen un método temporal de efectividad media, en las siguientes condiciones: contraindicación para el uso de anticonceptivos hormonales, durante la lactancia, para aumentar la eficacia anticonceptiva de otros métodos de barrera, en periodo inmediato posvasectomia.

Se contraindica en casos de hipersensibilidad a alguno de los componentes de la formulación.

Para administrarse, debe aplicarse dentro de la vagina de 5 a 20 minutos antes de cada coito, según la recomendación del fabricante.

Se debe explicar a las usuarias sobre la necesidad de respetar el tiempo de espera antes del coito a partir de la aplicación intravaginal, así como evitar el aseo

poscoito en forma inmediata, con el fin de lograr el efecto anticonceptivo de los espermicidas.

Dependiendo del tipo de producto empleado, la duración de la protección anticonceptiva será limitada a una hora a partir de la aplicación del espermicida en la vagina.

Los efectos colaterales son inflamación local en personas sensibles a los ingredientes de la formulación y reacciones alérgicas[91].

h) Métodos naturales o de abstinencia periódica

Son los métodos por medio de los cuales se evita el embarazo, planificando el acto sexual de acuerdo con los periodos fértiles e infértiles de la mujer.

Estos métodos requieren de una alta motivación y participación activa de la pareja, así como de la capacidad de la mujer para identificar los patrones de secreción de moco cervical, temperatura basal y otros síntomas asociados al periodo fértil.

Los métodos naturales mas utilizados son: método del calendario, del ritmo o de Ogino–Knaus; método de la temperatura; método del moco cervical o de Billings, y método sintotérmico.

Bajo condiciones habituales de uso, estos métodos brindan protección anticonceptiva de 70 a 80%.

[91] http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/nrm/1/244/19.htm?s=iste

Estos métodos pueden aplicarse en parejas en edad fértil, con vida sexual activa, que requieran regular su fecundidad de manera temporal y que no deseen usar un método de mayor efectividad por cualquier causa.

Sus contraindicaciones

Riesgo reproductivo elevado; mujeres con ciclos menstruales irregulares en cuanto a duración y características de la menstruación; inhabilidad de la mujer para reconocer las características de su ciclo menstrual, cambios en el moco cervical, en la temperatura basal y otros síntomas y signos asociados al ciclo menstrual; y en personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera.

Se deben tomar precauciones en casos de cualquier motivo de duda de la mujer respecto de las características de su ciclo menstrual por cualquier razón.

La forma de uso de estos métodos se basa en la serie de eventos fisiológicos de un ciclo menstrual. La efectividad de los métodos depende de la capacidad de la usuaria para predecir la fecha de la ovulación con seguridad razonable. La capacitación para estos métodos dura de tres a seis ciclos (meses). Requiere de la abstinencia periódica entre 35 a 50% del ciclo. Se deben estudiar el moco cervical, la temperatura basal, las manifestaciones en los anexos, glándulas mamarias y el cérvix y llevar registro minucioso diario de los cambios periódicos para la determinación de los patrones de secreción cervical, de la temperatura basal y otros asociados al periodo fértil.

Método de calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus

Como resultado de la observación continua durante un año, la pareja puede estimar el principio de su periodo fértil restando 19 días del ciclo más corto y calcula el fin del periodo fértil restando 12 días del ciclo más largo. Durante este

tiempo se deben evitar las relaciones sexuales. Debido a que pocas mujeres tienen ciclos menstruales de duración uniforme, a menudo los cálculos del periodo fértil son demasiado amplios y requieren de abstinencia prolongada.

Método de la temperatura

Este método depende de un solo signo, la elevación de la temperatura corporal basal. La mujer al despertar, antes de levantarse, debe efectuar la medición de su temperatura todas las mañanas, en la misma situación y por la misma vía después de al menos cinco horas de sueño continuo. La medición puede ser oral, rectal o vaginal, pero la más exacta es la rectal. Se debe efectuar el registro gráfico del resultado de la medición para poder observar los cambios térmicos que indiquen si se produjo o no la ovulación. Este cambio generalmente es discreto, con una variación de 0.2 a 0.4 grados centígrados. Se registra la temperatura basal diariamente. La pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el primer día de la menstruación y el tercer día consecutivo de temperatura elevada. La espera de tres días, poselevación de la temperatura, contribuirá a evitar que el óvulo sea fecundado.

Método del moco cervical o de Billings

Para practicar este método, la mujer debe tener la capacidad para establecer diferencia entre sequedad, humedad y mayor humedad a nivel vaginal y vulvar, utilizando un papel higiénico antes de orinar o mediante la toma de moco cervical con el dedo, para verificar su aspecto y elasticidad. Durante el ciclo menstrual ocurren cambios que van de secreciones escasas de moco pegajoso seguido de otra fase de aumento inicial de niveles de estrógenos que dan una sensación de humedad y un moco cervical más abundante y lubricante que se observa cercano a la ovulación, caracterizada por una mayor humedad. El síntoma máximo o cúspide es un moco elástico, que si se toma entre dos dedos se observa filante (es decir, que se estira o elonga como clara de huevo). La abstinencia sexual debe

comenzar el primer día del ciclo menstrual en que se observa el moco abundante y lubricante y se continúa hasta el cuarto día después del día cúspide en que se presenta el síntoma máximo o filantez del moco cervical.

Para poder determinar, con seguridad razonable, las manifestaciones relativas al ciclo menstrual deben registrarse: las fechas de inicio y término de la menstruación, los días de sequedad, de moco pegajoso o turbio y de moco claro y elástico, de acuerdo con la simbología convencional disponible para el método.

El último día de secreción de moco se llama día cúspide. Se marca con una X y sólo puede confirmarse al día siguiente, cuando vuelve el patrón infértil o días secos que determinan el comienzo de la etapa infértil del ciclo menstrual a partir del cuarto día después del cúspide. Los tres días siguientes al día cúspide se marcan 1, 2, 3. Los últimos días infértiles del ciclo menstrual comprenden desde el cuarto día después del día cúspide hasta el final del ciclo. Cuando se desea prevenir el embarazo, la pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales: todos los días que se observe secreción de moco cervical hasta el cuarto día después del día cúspide; los días de menstruación, y al día siguiente de cualquier relación sexual en días secos, antes del día cúspide.

Método sintotérmico

Este método es denominado así porque combina varios síntomas y signos con la temperatura basal, especialmente cambios en el moco cervical y cálculo numérico para determinar el periodo fértil de la mujer. Se pueden asociar con otros cambios tales como: dolor abdominal asociado a la ovulación, hemorragia intermenstrual, cambios en la posición, consistencia, humedad y dilatación del cérvix, mastodinia, edema y cambios en el estado de ánimo. Los cambios cíclicos del cérvix se presentan de manera más uniforme, pero algunas mujeres tal vez no puedan interpretarlos, incluso cuando no existan condiciones anormales.

Las aceptantes de estos métodos pueden ser adiestradas por personal capacitado. Se requiere de un periodo largo de instrucción inicial y asesoramiento progresivo.

Para la prescripción se debe cumplir con los siguientes procedimientos: recibir una adecuada información para la cabal comprensión del método; la pareja debe aceptar el compromiso absoluto de abstinencia sexual durante los periodos de fertilidad en el ciclo menstrual determinados de acuerdo con los procedimientos descritos para cada método.

La duración de la protección anticonceptiva de los métodos naturales se extiende a su práctica constante y correcta.

No se describen efectos colaterales atribuibles a estos métodos. Sin embargo, cuando existe falta de colaboración entre los integrantes de la pareja, esto puede ser motivo de desavenencia conyugal y tensión emocional[92].

8. Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Son infecciones producidas por microorganismos y su vía de transmisión más relevancia es el intercambio sexual, entendido como el contacto genital-genital, vocal-genital y ano-genital.

> Enfermedad infecciosa es aquella en la que microorganismos vivos, ya sean virus, bacterias, hongos o parásitos, producen lesiones en un ser humano con multiplicación de microorganismos, de forma que se produce respuesta inmunológica objetiva con presencia de anticuerpos específicos. Pero no todos los cuerpos son productos de enfermedad, ésta se produce sólo en los casos en que estos organismos producen

[92] http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/nrm/1/244/20.htm?s=iste

efectos negativos sobre las células parasitadas o sobre las funciones del organismo humano.[93]

En la actualidad las ITS se han convertido en uno de los problemas más serios con los que se enfrenta la humanidad y es necesario crear conciencia de que depende de cada uno de nosotros el cuidado y la prevención de algún contagio.

Algunas de las infecciones veneres más comunes son las siguientes.

Candidiasis

Otros Nombres

Vaginitis por monilias.
Infección vaginal por hongos (levadura).

Definición

Es una infección vaginal causada por un organismo fúngico (levadura) que se llama *Candida Albicans*.

Síntomas

Descarga vaginal anormal, espesa, blanca (como leche cortada).
Picor vaginal y labial.
Enrojecimiento en la piel de la vulva.
Dolor al orinar.
Dolor en la relación sexual.

Causas, incidencia y factores de riesgo

La Candida Albicans es un organismo muy extendido. Normalmente se encuentra en pequeñas cantidades en la vagina, boca, tracto digestivo y en la piel, sin causar

[93] Abenoza Guardiola, Rosa, *Sexualidad y juventud. Historias para una guía*, México, Edit. Paidós, 1990, p. 194.

enfermedad ni síntomas (aproximadamente el 25% de las mujeres tienen este organismo presente sin causar síntomas).

Los síntomas aparecen cuando crece el numero de hongos y se sale del balance en relación a otros microorganismos que normalmente hay en la vagina. Estos hongos suelen aparecer después de algún tratamiento con antibióticos que se han prescrito para otra cosa, porque los antibióticos cambian el balance normal de los organismos de la vagina. También pueden aparecer en asociación con otras enfermedades como la diabetes, el embarazo, la toma de la píldora o problemas que afectan al sistema inmune (SIDA o virus VIH).

El síntoma más común de esta infección es el picazón labial o vaginal (prurito). Ocasionalmente se produce una descarga vaginal blanquecina. El examen físico mostrará una inflamación de la vagina y unas placas blancas y secas en las paredes de la vagina.

La candidiasis vaginal no se considera una enfermedad de transmisión sexual, pero del 12 al 15% de los hombres adquieren síntomas tales como picor y rascado en el pene después de la relación sexual con una pareja infectada.

Se debe seguir con atención la evolución de la candidiasis vaginal, pues las infecciones que no remiten con la terapia o las que se repiten después del tratamiento, pueden ser el primer signo o al menos un signo de que el individuo está infectado con el virus VIH.

Las mujeres y hombres con VIH que han desarrollado el SIDA pueden presentar diseminación de la infección por candida, incluyendo candidiasis oral (en la boca), candidiasis esofágica (en el esófago), y candidiasis cutánea (en la piel).

Prevención

Evitar la persistente o excesiva humedad en las compresas, braguitas o pantys y usar tallas no muy apretadas. Lavar la ropa de deporte después de cada uso.

Análisis y test

Se realiza un examen pélvico, que debe mostrar inflamación de la piel de la vagina y de la vulva. En la visión microscópica de la descarga vaginal es donde se detecta la Candida.

Tratamiento

El tratamiento puede ser iniciado por usted misma con cremas vaginales con Miconazol o Cotrimazol. Los síntomas persistentes deben ser evaluados por el ginecólogo.

Pronóstico

Los síntomas normalmente desaparecen completamente con tratamiento adecuado.

Complicaciones

Pueden aparecer infecciones crónicas recurrentes.

Cuándo acudir al médico

Llame al médico si es la primera vez que tiene síntomas de hongos vaginales, o si no está segura de que tiene hongos. (Si está usted segura puede tratarlo usted misma).

Llame al médico si los síntomas no remiten con su tratamiento con las cremas vaginales recomendadas, o si se presentan otros síntomas.

¿Qué médico me puede tratar?

Ginecólogos

Dermatólogos
Especialistas en enfermedades infecciosas

Herpes genital

Otra denominación

Herpes simple genital.

Definición

El herpes genital es la infección de transmisión sexual causada por virus, que se caracteriza por episodios repetidos que se desarrollan con una erupción de pequeñas ampollas, generalmente dolorosas, sobre los genitales.

Causas

El herpes genital es ocasionado por dos virus que pertenecen al grupo *herpesvirus hominus*, conocidos, respectivamente, como herpes simple tipo 1 (HSV-1) y como herpes simple tipo 2 (HSV-2). El HSV-l es responsable, aproximadamente, del 5 al 10% de los herpes genitales. Ambos virus son transmitidos por contacto sexual. Es normal que ocurra un cruce de infecciones de tipo 1 y 2 durante el contacto sexual oral - genital.

La infección inicial de herpes oral ocurre normalmente en la niñez y no está clasificada como una enfermedad de transmisión sexual. El 80% de la población adulta es candidata a portar el HSV-1 y puede haberlo adquirido de una forma no sexual.

La incidencia total de herpes genital está estimada en 1 de cada 1000 personas.
La infección inicial de HSV-1 o HSV-2 está caracterizada por signos y síntomas sistémicos (por todo el cuerpo) así como también por signos y síntomas locales. Entre los síntomas sistémicos están la fiebre, malestar, dolor generalizado

(mialgia) y disminución del apetito. Los síntomas localizados se describen más adelante.

Cuando el virus es transmitido por las secreciones de la mucosa oral o genital, la lesión inicial se localiza sobre la región sobre la que se produce la transmisión. Los lugares más habituales son: glande y otras partes del pene, y el escroto en hombres; vulva, vagina y cervix, en mujeres. La boca, ano y cara interna de los muslos puede también ser un sitio de infección en ambos sexos.

Antes de la aparición de las ampollas, el individuo infectado experimenta un aumento de sensibilidad, quemazón o dolor en la piel, en el lugar en el cual aparecerán éstas. La piel se enrojece y se llena de múltiples vesículas pequeñas, enrojecidas y llenas de un fluido de color claro amarillento. Las ampollas se rompen dejando llagas dolorosas que, eventualmente, forman una costra y sanan en un periodo de 7 a 14 días. El brote puede estar acompañado de malestar y engrosamiento de los nódulos de la zona inguinal. En las mujeres puede aparecer una descarga vaginal y dolor al orinar (disuria). Los hombres pueden tener disuria si la lesión está cerca de la apertura de la uretra (meato).

Una vez que una persona se infecta, el virus se establece en el interior de las células nerviosas fuera del alcance de los anticuerpos. El cuerpo intenta combatirlo pero esta lucha no tiene final. El virus puede, de este modo, permanecer latente (periodo de "latencia") durante un tiempo más o menos extenso, pero repentinamente la infección se reactiva y el individuo tiene otro ataque de dolor y ampollas. Los ataques recurrentes pueden ser raros, ocurriendo sólo una vez al año, o tan frecuentes que los síntomas parecen continuos. Estos ataques recurrentes pueden ser precipitados por muchas causas como la irritación mecánica, la menstruación, la fatiga, las quemaduras del sol y otras. Las infecciones recurrentes en hombres son generalmente más leves y de duración más corta que en mujeres.

La investigación sugiere que el virus puede transmitirse a la pareja incluso cuando la enfermedad parece clínicamente ausente, de modo que una pareja sexual sin lesiones aparentes puede transmitir la enfermedad. Una diseminación asintomática puede contribuir realmente más a la diseminación del herpes genital que la misma enfermedad activa.

El virus del herpes es de especial importancia en las mujeres por varias razones. Está implicado en el cáncer de cuello uterino, especialmente cuando está presente en combinación con el virus del papiloma humano (HPV), el virus responsable de las verrugas genitales (condiloma). Para las mujeres embarazadas, la presencia de HSV-1, o de HSV-2 sobre los genitales o en el canal de nacimiento, es una amenaza para el bebé. La infección en el bebé puede conducir a una meningitis herpética, a una viremia herpética, a una infección crónica en la piel o, incluso, a la muerte.

La infección por herpes supone un problema especialmente serio en las personas inmunodeprimidas (enfermos de SIDA, personas recibiendo quimioterapia, radioterapia, o que estén tomando dosis elevadas de cortisona). Estas personas pueden sufrir infecciones en varios órganos, como por ejemplo: queratitis herpética del ojo. Infección persistente de la piel y membranas mucosas de la nariz, boca y garganta. Esófago (esofagitis herpética). Hígado (hepatitis herpética). Cerebro (encefalitis).

Prevención

La prevención es muy difícil desde el momento en que el virus puede contagiarse incluso a partir de personas infectadas que no presentan síntomas. Sin embargo, evitando el contacto directo con una lesión abierta rebajamos el riesgo de infección. Las personas con herpes genital deben evitar el contacto sexual cuando tienen las lesiones activas. Las personas con herpes genital conocido pero sin síntomas clínicos presentes deben informar a su pareja de que tienen la

enfermedad. Esto permitirá a ambos usar barreras protectoras (preservativos) para prevenir el contagio.

El preservativo es la mejor protección frente al herpes genital cuando se es sexualmente activo. El uso sistemático y correcto de un preservativo ayuda a evitar el contagio.

Los preservativos se controlan para asegurar que ese virus no puede pasar través del material del cual están hechos.

Las mujeres embarazadas infectadas con el herpes simple deben hacerse cultivos semanales del cervix y genitales externos para prevenir posibles nuevos brotes. Si los cultivos son positivos, las lesiones activas están presentes y, por ello, se recomienda hacer una cesárea que evite la infección del recién nacido.

Síntomas

- Inicialmente, sensación de calor, picor y color rosado.
- Ampollas dolorosas llenas de fluido en el área genital o rectal.
- Pequeñas ampollas que se funden para formar una ampolla larga.
- Costras amarillas que se forman en las ampollas al principio de la fase de curación.
- Fiebre suave.
- Bultos en la ingle (linfadenopatía inguinal).
- Micciones difíciles y dolorosas (disuria).
- Micciones titubeantes.
- Aumento en la frecuencia y urgencia de las micciones.
- Relación sexual dolorosa
- Incontinencia urinaria.
- Llagas genitales.

Análisis y test

Cultivos de la lesión.

Test de Tzanck de la lesión de la piel (muy raramente).

Tratamiento

Hay otras enfermedades que tienen síntomas y signos parecidos al herpes genital, por lo que es importante acudir al médico para que realice pruebas de diagnóstico e inicie el tratamiento lo antes posible. Actualmente ningún tratamiento puede curar el herpes genital, pero existen medicamentos antivirales que suprimen la multiplicación del virus, aceleran la curación y disminuyen el malestar. Entre ellos tenemos el aciclovir y recientemente el valaciclovir cuya eficacia y seguridad se ha demostrado en herpes genital agudo y como supresor de recidivas. Así mismo, se ha demostrado su utilidad en la reducción del riesgo de transmisión de este virus. Estos medicamentos tomados en cápsulas o pastillas son más efectivos que en cremas.

El aciclovir oral no cura la infección, pero reduce la duración y severidad de los síntomas en la infección primaria y también reduce la extensión de ataques secundarios. También reduce el riesgo de contagio. Puede usarse en el primer episodio y repetidamente. Para un máximo beneficio durante los brotes, la terapia debe comenzar tan pronto como aparecen los primeros síntomas (anteriores a la úlcera) o en cuanto se notan las ampollas.

El aciclovir tópico es también efectivo, pero debe ser aplicado más de 5 veces al día. Durante las primeras 24 horas es conveniente aplicar la pomada cada hora, lo que reducirá mucho el tiempo de curación.

Los baños calientes pueden aliviar el dolor asociado a las lesiones genitales. También se recomienda una limpieza muy suave con agua y jabón. Si aparecen las lesiones de la infección secundaria en la piel, puede ser necesario un

antibiótico tópico como Neomicina, Polimixina B y Bacitracina en pomada. A veces también pueden necesitarse antibióticos orales.

Si las recurrencias no son muy frecuentes y la persona está familiarizada con los síntomas y signos iniciales de las recurrencias (picor, hormigueo, dolor de espalda y a lo largo de la parte posterior de la pierna) el tratamiento puede usarse para parar o suprimir estos episodios (tratamiento episódico). Sin embargo, si las recurrencias son frecuentes, graves o afectan a la vida de la persona, puede ser necesario tomar la medicación a diario durante un período de tiempo para prevenir las recurrencias, constituyendo un tratamiento de mantenimiento.

La resistencia al aciclovir en el herpes se nota enseguida. Si los síntomas no mejoran rápidamente con aciclovir, está indicada una nueva evaluación de su médico.

Expectativas

Una vez infectado, el virus permanece en su cuerpo para el resto de la vida. Algunas personas nunca vuelven a tener otro episodio en su vida y otras tienen frecuentes brotes durante el año. Las infecciones tienden a aparecer después de la relación sexual, exposición solar, y después de situaciones de stress. En individuos con un sistema inmune normal, el herpes genital permanece como dormido, pero la amenaza esta ahí siempre.

Complicaciones

Enfermedad recurrente (frecuentemente).
Encefalitis (raramente).
Expansión del virus a otros órganos del cuerpo en gente inmunodeprimida.
Mielopatía transversa.
Incontinencia.

Cuándo acudir al médico

Llame a su médico si tiene algún síntoma indicativo de herpes genital.

¿Qué médico me puede tratar?

Especialistas en enfermedades infecciosas

Ginecólogos

Gonorrea en el hombre

Definición

La gonorrea es una enfermedad de transmisión sexual (también conocida como blenorragia) ocasionada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae* (o gonococo). Ver también Gonorrea en la Mujer.

Causas, incidencia y factores de riesgo

La Gonorrea es una de las enfermedades bacterianas más comunes, y su transmisión suele producirse durante la relación sexual, tanto por vía vaginal como anal u oral. La gonorrea es una enfermedad altamente contagiosa, y todos los países exigen su comunicación a las autoridades sanitarias. La incidencia es de 1 de cada 687 habitantes al año.

Aunque la gonorrea se da en todas las zonas geográficas y clases sociales, no presenta una distribución uniforme en la población ya que tiene una mayor incidencia en:

- Zonas urbanas importantes.
- Poblaciones con niveles inferiores de educacin.ó
- Personas de nivel socioeconómico inferior.
- Personas con edad comprendida entre 15 y 29 años.
- Personas con parejas sexuales comunes.

Los factores de riesgo también incluyen tener una pareja con una historia pasada de cualquier ETS, y practicar el sexo sin protección (sexo sin el uso de un preservativo).

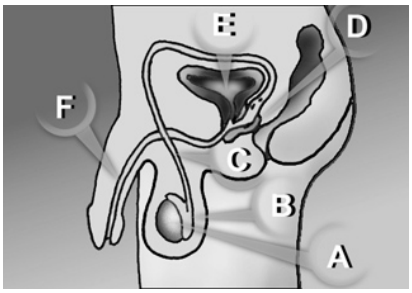
En adolescentes y niños, la transmisión puede ocurrir por un contacto no sexual, pero es raro. En el varón, el riesgo de adquirir gonorrea después de un intercambio vaginal con una mujer infectada es de aproximadamente 20% (1 oportunidad en 5). En las mujeres el riesgo de adquirir gonorrea de un varón infectado es más alto.

El periodo medio de incubación de la gonorrea se sitúa entre los 2 y los 5 días posteriores al contacto sexual con una pareja infectada. Los síntomas pueden no aparecer hasta pasadas 2 semanas.

El síntoma inicial más frecuente es una descarga uretral mucosa (blanquecina o clara) o purulenta (gruesa, amarillenta). Aparece en la apertura del pene y puede manchar el calzoncillo. Otros síntomas iniciales incluyen dolor al orinar y sensación de quemazón en la uretra. Un numero pequeño de hombres no tendrá síntomas.

La gonorrea anorrectal es más común en hombres homosexuales (se encuentra también en aproximadamente un 50% de mujeres con la gonorrea). La mayor parte de la personas con gonorrea anorrectal no presenta síntomas pero, caso de tenerlos, el más típico es la proctitis.

A. Testículo; B. Epidídimo; C. Conducto deferente; D. Próstata; E. Vejiga urinaria; F. Uretra.



Un porcentaje pequeño de personas con gonorrea tiene únicamente infección de garganta (faringitis gonocócica).

Del 10% al 25% de hombres homosexuales (10 al 20% de mujeres) con gonorrea también desarrollan faringitis gonocócica.

La conjuntivitis gonocócica (infección de ojo) es muy rara en adultos. Normalmente sólo se da en recién nacidos de madre con gonorrea, y se llama oftalmía neonatal.
La gonorrea se asocia frecuentemente a la presencia de otras enfermedades transmitidas sexualmente (ETS)

Prevención

La abstinencia sexual es el único método absolutamente seguro de evitar la gonorrea, pero no resulta práctico ni razonable para muchas personas. Los comportamientos de sexo seguro pueden reducir el riesgo. La relación sexual con una única persona libre de cualquier ETS es, actualmente, la medida preventiva más aceptable.

El uso de preservativo en ambos sexos disminuye notablemente la probabilidad de contagiarse una ETS siempre que se emplee adecuadamente: el preservativo debe de estar puesto desde el principio hasta el final del acto sexual y debería usarse siempre que se practique la actividad sexual con una pareja en la que se sospeche la existencia de una ETS.

El tratamiento de los dos componentes de la pareja es esencial para prevenir la reinfección, y es una de las razones por las que esta enfermedad es de declaración obligatoria. La gonorrea es una enfermedad relativamente fácil de curar y erradicar, pues el germen causante sólo se encuentra sobre las mucosas de los humanos.

Síntomas

Urgencia o frecuencia urinaria aumentadas.
Incontinencia urinaria.
Descarga uretral.
Dolor al orinar.
Enrojecimiento y escozor de la apertura del pene (uretra)
Testículos inflamados.

Análisis y test

Un diagnóstico preliminar inmediato de gonorrea puede hacerse durante el examen físico. Se toma una muestra del exudado uretral y se examina bajo el microscopio (con ayuda de una técnica conocida como *tinción de Gram*. Los gérmenes Neisseria aparecen en rojo (Gram negativos) y en esferas agrupadas de dos en dos (diplococos), dentro de las células de la muestra. El aspecto de estos diplococos Gram negativos es suficiente para una presunción diagnóstica de gonorrea.

Las cultivos dan información absoluta de infeccin.ó Los organismos de Neisseria pueden crecer sobre cualquier membrana mucosa. La elección del sitio del cultivo se determina dependiendo de la persona, preferencia sexual, y prácticas sexuales. Generalmente, los cultivos se obtienen de la uretra, ano, o garganta. Los laboratorios pueden dar un diagnóstico preliminar frecuentemente dentro de 24 horas y confirmado dentro de 72 horas.

Tratamiento

Hay dos aspectos a tratar en una ETS, especialmente si es tan contagiosa como la gonorrea. El primero es curar a la persona afectada. El segundo consiste en localizar todos los contactos sexuales para tratar de prevenir la diseminación adicional de la enfermedad.

Durante la guerra de Vietnam se comprobó que la gonorrea se hacia resistente a la penicilina y tetraciclina. Esta resistencia ha aumentado en los últimos años. Por ello se han diseñado nuevas pautas de tratamiento con varios tipos de antibióticos de última generación, más potentes:

- Ceftriaxona, 125 mg intramuscular, una vez.
- Cefixima, 400 mg oral, una vez.
- Ciprofloxacino, 500 mg oral, una vez.
- Ofloxacina, 400 mg oral, una vez.
- Spectinomicina, 2 g intramuscular, una vez.
- Cefuroxima Axotal, 1 g oral, una vez.
- Cefpodoxima proxetil, 200 mg oral, una vez.
- Enoxacina, 400 mg oral, una vez.
- Eritromicina, 500 mg oral, cuatro veces por día por una de semana.

Es importante hacer una visita de seguimiento a los 7 días después del tratamiento y hacer nuevos cultivos para confirmar la cura de la infección.

Pronóstico

Cuando la gonorrea se trata inmediatamente desde el inicio, el resultado es bueno: no hay cicatrices permanentes en la uretra ni diseminación de la infección a otras partes del cuerpo.

Complicaciones

La gonorrea no tratada puede diseminarse a otras partes del cuerpo, ocasionando varias complicaciones:

Absceso periuretral.
Artritis gonocócica.
Faringitis gonocócica.
Conjuntivitis gonocócica.
Infección o inflamación del sistema reproductivo del hombre:
Epididimitis
Prostatitis.
Vesiculitis seminal.
Coperitis.

Cuándo acudir al médico

Si tiene síntomas de gonorrea debe acudir a su médico inmediatamente.
Informar a las autoridades sanitarias permite realizar estadísticas precisas sobre el numero de casos, y tratar los otros contactos infectados quienes pueden transmitir la enfermedad.

Si usted realiza prácticas sexuales de riesgo (parejas múltiples, parejas desconocidas, parejas de alto riesgo, etc...), debería ser periódicamente examinado para detectar la posible presencia asintomática de la enfermedad.

¿Qué médico me puede tratar?

Urólogos
Andrólogos

Gonorrea en la mujer

Definición

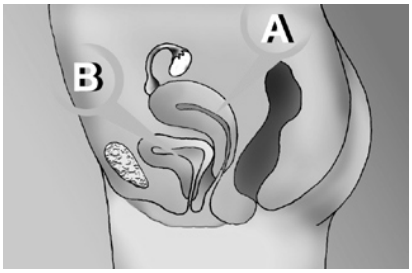
La gonorrea es una enfermedad de transmisión sexual (también conocida como blenorragia) ocasionada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae* (o gonococo). Ver también Gonorrea en el varón.

Causas, incidencia y factores de riesgo

La Gonorrea es una de las enfermedades bacterianas más comunes, y su transmisión suele producirse durante la relación sexual, tanto por vía vaginal como anal u oral. La gonorrea es una enfermedad altamente contagiosa, y todos los países exigen su comunicación a las autoridades sanitarias.

La incidencia es de 1 de cada 687 habitantes al año.

Aunque la gonorrea se da en todas las zonas geográficas y clases sociales, no presenta una distribución uniforme en la población ya que tiene una mayor incidencia en:



Zonas urbanas importantes.

Poblaciones con niveles inferiores de educación.

Personas de nivel socioeconómico inferior.

Personas con edad comprendida entre 15 y 29 años.

Personas con parejas sexuales comunes.

Los factores de riesgo también incluyen tener una pareja con una historia pasada de cualquier ETS, y practicar el sexo sin protección (sexo sin el uso de un preservativo).

En adolescentes y niños, la transmisión puede ocurrir por un contacto no sexual, pero es raro. En el varón, el riesgo de adquirir gonorrea después de un intercambio vaginal con una mujer infectada es de aproximadamente 20% (1 oportunidad en 5). En las mujeres el riesgo de adquirir gonorrea de un varón infectado es más alto.

El germen causante puede infectar la garganta, produciendo un dolor intenso (faringitis gonocócica); la vagina, ocasionando una irritación de la vagina con drenaje (vaginitis). Puede infectarse también el ano y recto, produciéndose una enfermedad llamada proctitis. Además, el germen puede extenderse a otras partes del sistema reproductor de la mujer, a través del cérvix y útero hasta las trompas de falopio (conductos entre los ovarios y el útero)

En las trompas de falopio la infección se llama EPI (enfermedad pélvica inflamatoria), lo cual ocurre entre el 10 y 15% de las mujeres con gonorrea no tratada. Si la enfermedad se extiende más allá de la trompas de Falopio, hacia el peritoneo, se produce una infección generalizada en el abdomen (peritonitis). Las bacterias también pueden extenderse a través del torrente sanguíneo, ocasionando una gonococemia y, finalmente (más en mujeres jóvenes) establecerse en las articulaciones (artritis gonocócica).

En raras ocasiones la gonorrea se transmite por vía no sexual. Una mujer infectada puede transmitir la infección a su bebé durante el parto, ocasionando una oftalmía neonatal (conjuntivitis gonocócica). Las niñas pueden adquirir la enfermedad por el contacto íntimo con algún objeto contaminado (como una toalla húmeda), desarrollando entonces una infección severa llamada vulvovaginitis.
Desgraciadamente, un 50% de las mujeres con gonorrea no tienen síntomas. Pueden ser, así, totalmente inconscientes de su enfermedad y no tratarse, lo que aumenta el riesgo de contagio.

El periodo medio de incubación de la gonorrea se sitúa entre los 2 y los 5 días posteriores al contacto sexual con una pareja infectada.

El síntoma inicial más frecuente es una descarga vaginal y aumento en la frecuencia urinaria, así como molestias urinarias (disuria). La diseminación de germen hacia las trompas de Falopio y abdomen puede ocasionar dolor en la

parte baja del abdomen, encogimiento, fiebre y síntomas generalizados de infección bacteriana.

Finalmente la gonorrea puede producir cicatrices en las trompas de Falopio y esterilidad permanente (imposibilidad de quedar embarazada). Esta cicatriz formada alrededor del útero y las trompas puede ocasionar dolor durante el acto sexual (dispareunia) y dolor pélvico crónico.

La gonorrea se asocia frecuentemente a otras enfermedades transmitidas sexualmente (ETS). Casi la mitad de las mujeres con gonorrea se infectan también con clamidia, otra bacteria muy común que puede producir esterilidad. Las mujeres con gonorrea deben pedir análisis de otras ETS, incluyendo el SIDA.

Prevención

La abstinencia sexual es el único método absolutamente seguro de evitar la gonorrea, pero no resulta práctico ni razonable para muchas personas. Los comportamientos de sexo seguro pueden reducir el riesgo. La relación sexual con una única persona libre de cualquier ETS es, actualmente, la medida preventiva más aceptable.

El uso de preservativo en ambos sexos disminuye notablemente la probabilidad de contagiarse una ETS siempre que se emplee adecuadamente: el preservativo debe de estar puesto desde el principio hasta el final del acto sexual y debería usarse siempre que se practique la actividad sexual con una pareja en la que se sospeche la existencia de una ETS.

El tratamiento de los dos componentes de la pareja es esencial para prevenir la reinfección, y es una de las razones por las que esta enfermedad es de declaración obligatoria. La gonorrea es una enfermedad relativamente fácil de curar y erradicar, pues el germen causante sólo se encuentra sobre las mucosas de los humanos.

Síntomas

Urgencia o frecuencia urinaria aumentadas.

Incontinencia urinaria.

Micción entrecortada.

Descarga vaginal.

Dolor o quemazón al orinar.

Relación sexual dolorosa

Úlceras en la garganta.

Análisis y test

Un diagnóstico preliminar inmediato de gonorrea puede hacerse durante el examen físico. Se toma una muestra del cérvix (o de otro lugar, dependiendo de varios factores) y se examina bajo el microscopio (con ayuda de una técnica conocida como *tinción de Gram)*. Los gérmenes Neisseria aparecen en rojo (Gram negativos) y en esferas agrupadas de dos en dos (diplococos), dentro de las células de la muestra. El aspecto de estos diplococos Gram negativos es suficiente para una presunción diagnóstica de gonorrea.

Los cultivos dan información absoluta de infección. Los organismos de Neisseria pueden crecer sobre cualquier membrana mucosa. La elección del sitio del cultivo se determina dependiendo de la persona, preferencia sexual, y prácticas sexuales. Generalmente, los cultivos se obtienen de la vagina, cérvix, uretra, ano, o garganta (faringe). Los laboratorios pueden dar un diagnóstico preliminar frecuentemente dentro de 24 horas y confirmado dentro de 72 horas.

Tratamiento

Hay dos aspectos a tratar en una ETS, especialmente si es tan contagiosa como la gonorrea. El primero es curar a la persona afectada. El segundo consiste en localizar todos los contactos sexuales para tratar de prevenir la diseminación adicional de la enfermedad.

Durante la guerra de Viet Nam se comprobó que la gonorrea se hacia resistente a la penicilina y tetraciclina. Esta resistencia ha aumentado en los últimos años. Por ello se han diseñado nuevas pautas de tratamiento con varios tipos de antibióticos de última generación, más potentes:

Ceftriaxona, 125 mg intramuscular, una vez.

Cefixima, 400 mg oral, una vez.

Ciprofloxacino, 500 mg oral, una vez.

Ofloxacina, 400 mg oral, una vez.

Spectinomicina, 2 g intramuscular, una vez.

Cefuroxima Axotal, 1 g oral, una vez.

Cefpodoxima proxetil, 200 mg oral, una vez.

Enoxacina, 400 mg oral, una vez.

Eritromicina, 500 mg oral, cuatro veces por día por una de semana.

Es importante hacer una visita de seguimiento a los 7 días después del tratamiento y hacer nuevos cultivos para confirmar la cura de la infección (especialmente en los casos asintomáticos).

Pronóstico

Cuando la gonorrea se trata inmediatamente desde el inicio, el resultado es bueno: no hay cicatrices permanentes ni esterilidad.

Complicaciones

La gonorrea no tratada puede diseminarse a otras partes del cuerpo, ocasionando varias complicaciones:

Salpingitis.

Enfermedad inflamatoria pélvica.

Peritonitis.

Gonococemia.

Artritis gonocócica.

Faringitis gonocócica.

Conjuntivitis gonocócica.

Vulvovaginitis
Esterilidad
Dispareunia.

Cuándo acudir al médico

Si tiene síntomas de gonorrea debe acudir a su médico inmediatamente. Informar a las autoridades sanitarias permite realizar estadísticas precisas sobre el número de casos, y tratar los otros contactos infectados quienes pueden transmitir la enfermedad.

Si se realizan prácticas sexuales de riesgo (parejas múltiples, parejas desconocidas, parejas de alto riesgo, etc.), debe ser periódicamente examinado para detectar la posible presencia asintomática de la enfermedad.

¿Qué médico me puede tratar?

Urólogos
Ginecólogos

Ladillas

Otros nombres

Pediculosis

Definición

Infestación del vello púbico por ladillas o sus huevos. Se considera una enfermedad de transmisión sexual ETS).

Descripción

Las ladillas se conocen como *Pediculus pubis* o *Phthirius pubis* y su transmisión es por contacto entre el vello de dos personas o bien al compartir la misma ropa.

La presencia de ladillas produce picor, pero no lesiones cutáneas. Si se producen lesiones es debido al rascado subsecuente o por infección asociada.

Se pueden observar por simple inspección del vello tanto las ladillas como sus huevos y, en todo caso, con una lupa de aumento son claramente reconocibles. En jóvenes puede ocurrir una infección de los párpados, con una blefaritis, por lo que debe observarse en las cejas y pestañas la posible existencia de ladillas o sus huevos.

Factores de riesgo

Mantener actividad sexual promiscua.
Mantener relaciones sexuales con personas infectadas.
Compartir la ropa con personas infectadas.
Debe de realizar una higiene intensa y exhaustiva después de las relaciones sexuales.

Signos y síntomas

Picor en el área del vello púbico.
Observación de los huevos en los pelos o incluso formas adultas en movimiento.
Puede manifestarse sólo con lesiones de rascado en la zona o lesiones sobreinfectadas por el mismo rascado.

Diagnóstico

El diagnóstico se realiza por la visión de las formas adultas en movimiento o los huevos en los pelos (a veces es necesario una lupa).

Tratamiento

Se tratan con soluciones y champú de Lindane o de hexacloro benceno. Se debe enjabonar la zona sin agua durante 5 minutos frotando bien. Luego se debe peinar con un peine de púa estrecha para intentar eliminar los huevos.

Aplicando vinagre en la zona puede ser más fácil soltar los huevos del pelo, pero la aplicación del champú debe hacerse en seco y previamente.

A veces con una sola aplicación es suficiente, si no fuera así debe de realizar este proceso todos los días de una semana.

No olvide que debe lavar toda su ropa a temperaturas altas o someterla a la acción de insecticidas (meterla en bolsas de plástico durante unas horas).
La infección por ladillas no tiene en sí ninguna gravedad, pero como su transmisión es sexual debe ser evaluado por si ha sido contagiado de otras ETS a la vez.

Sífilis congénita

Es una infección congénita o de transmisión sexual causada por la bacteria Treponema pallidum.

La sífilis es una enfermedad infecciosa causada por la espiroqueta Treponema pallidum que penetra la piel lesionada o las membranas mucosas y su transmisión se presenta con más frecuencia por contacto sexual. La sífilis se puede también transmitir al feto por medio de la placenta después de la décima semana de embarazo.

La sífilis tiene tres etapas a saber: en la etapa primaria, aparecen unas úlceras indoloras, llamadas chancros en un período de 10 días a 6 semanas después de la exposición; dichas úlceras pueden desaparecer por sí solas. La etapa secundaria puede comenzar a la semana o seis meses después de la etapa primaria y su característica principal es una erupción en la piel . Las lesiones que pueden aparecer nuevamente son muy infecciosas en esta etapa. A continuación, se presenta una fase latente o terciaria asintomática, pero se puede diagnosticar

la sífilis por medio de exámenes de sangre. Si la enfermedad no ha sido tratada efectivamente, la bacteria continúa invadiendo el cuerpo y se presentará una recaída. La fase terciaria es una infección general que infecta los órganos internos, los huesos, el corazón y el cerebro. Cada año en los Estados Unidos se reportan 30.000 casos aproximadamente de sífilis en adultos y las estadísticas señalan que la sífilis congénita ocurre en 1 de cada 10.000 partos de niños vivos.
La trasmisión transplacental de la sífilis puede causar parto de feto muerto. El riesgo de transmisión de sífilis secundaria o primaria no tratada al feto es casi del 100%.

La sífilis es una enfermedad compleja, pero generalmente curable causada por un espiroqueta conocido como Treponema pallidum. Si no se trata, la sífilis progresará a través de varias etapas diferentes. Algunas de las señales y síntomas de la sífilis desaparecen por su propia cuenta, sin tratamiento -esto no implica que la enfermedad desapareció. La sífilis sólo puede ser curada por medicación, así que es muy importante ver a un médico.

Señales y síntomas

Etapa primaria

Cerca de diez días a seis semanas después de la exposición al espiroqueta, una herida o úlcera roja llamada un chancro aparece donde la enfermedad se introdujo al cuerpo. El sitio más común es los genitales, pero pueden ser afectadas otras áreas del cuerpo como la lengua. Pueden agrandarse los ganglios linfáticos cerca del lado de las infecciones (en la ingle o en el cuello, por ejemplo). Las lesiones causadas por la sífilis desaparecerán sin tratamiento, pero la enfermedad no será curada.

Etapa secundaria

Dos a 12 semanas después que el chancro desaparece, una erupción cutánea [de la piel] de granitos rojos costrosos y pequeños que no causan comezón aparece,

generalmente en las palmas de las manos y en la región de las plantas de los pies. Lesiones rosadas o grises pueden aparecer en las membranas mucosas de la boca, de la vulva y del pene. Tanto la erupción como las lesiones son sumamente contagiosas. Los síntomas de gripe, como fiebre, dolores, dolor de cabeza, náusea y pérdida de peso, también pueden estar presentes. Sin tratamiento, desaparecerán estas señales y síntomas, pero el paciente no se curará.

Etapa latente

Con el tiempo, desaparecen las erupciones y otras señales y síntomas. Aunque la infección todavía está presente, la persona ya no es contagiosa. Casi dos terceras partes de las personas con sífilis no tratada permanecen en esta etapa latente, que puede durar 20 años o más, hasta su muerte.

Etapa final

Cerca de una tercera parte de los pacientes no tratados con sífilis llega a esta etapa. La enfermedad hace erupción nuevamente sin advertencia. Puede atacar cualquier órgano del cuerpo, causando parálisis, ceguera, insania y hasta la muerte.

La sífilis secundaria es una de las pocas enfermedades infecciosas que producen salpullido en las palmas de las manos y plantas de los pies, así como una erupción generalizada. Si una persona presenta una úlcera en el pene y algunas semanas más tarde aparece una erupción, debe ser evaluada inmediatamente para descartar la presencia de sífilis.

Sífilis en los recién nacidos

La sífilis puede ser transmitida a un niño no nacido, aunque la enfermedad esté en su etapa latente en el momento del nacimiento del bebé. Una mujer embarazada con sífilis a veces puede tratarse exitosamente, por lo tanto reduciendo los riesgos para su recién nacido; sin embargo, 30-40 por ciento de los fetos infectados por la

sífilis son mortinatos [muertos al nacer], y los que sí sobreviven pueden morir poco después del nacimiento o sufrir de daño cerebral, problemas de desarrollo o de trastornos de la vista y del oído.

Tricomoniasis

La tricomoniasis es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) frecuente que afecta tanto a los hombres como a las mujeres, aun cuando los síntomas son más frecuentes en las mujeres.

La tricomoniasis es la ETS más frecuente en las mujeres jóvenes sexualmente activas. Se calcula que cada año se presentan 7.4 millones de casos nuevos en hombres y mujeres.

Cómo se contrae

La tricomoniasis es provocada por el parásito protozoario unicelular *Trichomonas vaginalis*. La vagina es el sitio donde por lo general ocurre la infección en las mujeres, mientras que en los hombres, es la uretra (conducto urinario).

El parásito se transmite a través de la relación sexual pene-vagina o por el contacto vulva-vulva (el área genital en la parte externa de la vagina) con una pareja sexual infectada. Las mujeres pueden contraer esta enfermedad de un hombre o de una mujer, pero los hombres suelen contraerla solamente por el contacto con mujeres infectadas.

Signos y síntomas

La mayoría de los hombres con tricomoniasis no tienen signos ni síntomas; sin embargo, algunos hombres puede que sientan una irritación temporal dentro del pene, tengan una leve secreción o sientan un pequeño ardor después de orinar o eyacular.

Algunas mujeres tienen signos y síntomas de infección, que incluyen un flujo vaginal espumoso, verde amarilloso, con un fuerte olor. Es probable que la infección también cause molestia durante la relación sexual o al orinar así como irritación y picazón en el área genital de la mujer. En muy pocos casos la mujer puede sentir dolor de vientre. Los síntomas suelen aparecen en las mujeres de 5 a 28 días después de la exposición a la infección.

Complicaciones

La inflamación genital que produce la tricomoniasis puede aumentar la susceptibilidad de una mujer a contraer la infección por VIH si está expuesta al virus. La probabilidad de que una mujer con VIH pase el VIH a su pareja sexual aumenta si tiene tricomoniasis.

Efectos en la mujer embarazada y en su bebé

Las mujeres embarazadas que tienen tricomoniasis pueden dar a luz bebés prematuros o con bajo peso (menos de 5 libras).

Diagnóstico

Para diagnosticar la tricomoniasis tanto en hombres como en mujeres, un proveedor de atención médica debe realizar un examen físico y una prueba de laboratorio. El parásito es más difícil de detectar en los hombres que en las mujeres. En las mujeres, el examen pélvico puede revelar la presencia de pequeñas ulceras rojas en las paredes de la vagina o en el cuello uterino.

Tratamiento

La tricomoniasis suele curarse con una dosis oral única del medicamento metronidazol, el cual se vende con receta. Los síntomas de la tricomoniasis en hombres infectados puede que desaparezcan en unas cuantas semanas sin tratamiento alguno. Sin embargo, un hombre infectado, aun cuando nunca haya tenido síntomas o cuyos síntomas hayan desaparecido, todavía puede continuar infectando o re-infectando a su pareja sexual hasta que no se trate la infección.

Por lo tanto, ambos en la pareja deben tratarse la infección al mismo tiempo para eliminar el parásito. Las personas que se están tratando la tricomoniasis deben evitar tener relaciones sexuales hasta que tanto ellas como sus parejas hayan terminado el tratamiento y no tengan síntomas. Las mujeres embarazadas pueden tomar metronidazol.

El hecho de que una persona haya tenido tricomoniasis una vez no significa que no pueda tenerla de nuevo. Una persona puede seguir siendo susceptible a la reinfección aun cuando se haya curado con el tratamiento.

Prevención

La manera más segura de evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual es absteniéndose del contacto sexual o tener una relación duradera, mutuamente monógama, con una pareja a quien se le han hecho las pruebas y se sabe que no está infectada.

Los condones de látex en los hombres, cuando se usan de manera habitual y correcta, pueden reducir el riesgo de transmisión de la tricomoniasis.

Todo síntoma genital, como por ejemplo secreción o ardor al orinar, una úlcera poco usual o irritación, debe ser razón para dejar de tener relaciones sexuales y consultar con un proveedor de atención médica de inmediato. Una persona a quien se le haya diagnosticado tricomoniasis (o cualquier otra ETS) debe recibir tratamiento y debe informar a todas las personas con quienes haya tenido relaciones sexuales recientemente de manera que éstas vean a un proveedor de atención médica y sean tratadas. Esto reduce el riesgo de que las parejas sexuales presenten complicaciones por la tricomoniasis y reduce el riesgo de reinfección en las personas que la han tenido. Una persona con tricomoniasis y todas sus parejas sexuales recientes deben dejar de tener relaciones sexuales y deben hacerse el tratamiento contra la infección y esperar que desaparezcan los síntomas.

Chancro (*Haemophilus ducreyi)*

El chancro es una enfermedad ulcerosa genital causada por la bacteria *Haemophilus ducreyi*. Como en el caso de otras enfermedades ulcerosas genitales, la linfoadenopatía inguinal está presente en un 50 % de las infecciones, pudiendo en determinadas situaciones, progresar hacia la formación de un bubón inguinal.

H. ducreyi es una bacteria difícil de cultivar por sus complejos requerimientos nutricionales y condiciones de crecimiento, por lo que pocos laboratorios clínicos realizan estos cultivos. En la mayoría de los casos, el diagnóstico del chancro se basa únicamente en la presentación clínica de la úlcera, con la consiguiente falta de precisión en el diagnóstico en los casos de presentación atípica, mimética o de coinfección con otros agentes causales de úlceras genitales, alcanzándose únicamente unos niveles de diagnóstico del 50 % de las infecciones reales.

Tres son los microorganismos causantes de la mayor parte de úlceras genitales. Además de *H. ducreyi*, también están implicados en este tipo de patologias la espiroqueta *Treponema pallidum* (agente causal de la sífilis) y el virus herpes simplex. Puesto que los tratamientos quimioterápicos para cada microorganismo varían, es muy importante diferenciar el agente causal de la enfermedad.

Biozell Diagnóstico Molecular ofrece la prueba de detección de *H. ducreyi* mediante la técnica de PCR que amplifica secuencias específicas de su ADN genómico. Este método es más sensible y más rápido que el cultivo del microorganismo. Así mismo Biozell ofrece la posibilidad de detección simultánea de los tres agentes responsables de la formación de úlceras genitales sobre una única muestra tomada de la lesión.

9. Enfermedades de transmisión sexual

VIH / SIDA

La palabra sida es un siglónimo compuesto por las iniciales de Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida; es una enfermedad consistente en un defecto del sistema inmunológico protector del ser humano; al fallar el sistema, el ser humano queda muy vulnerable ante las enfermedades.

¿Cómo se sabe que se tiene sida?

La forma leve de la enfermedad se manifiesta a través de síntomas que persisten como mínimo tres meses y que consisten en:

- Fiebre y sudores nocturnos
- Nódulos linfáticos inflamados por lo menos en tres lugares del cuerpo
- Pérdida de peso
- Diarrea crónica
- Disminución del número de glóbulos blancos de la sangre

Raras veces esta forma de la enfermedad no evoluciona hacia la forma grave, aunque el tiempo necesario para ello pueda ser largo.

Las formas graves de sida presentan:

- Una infección grave y generalizada de los pulmones, los intestinos o el sistema nervioso
- Un cáncer conocido con el nombre de sarcoma de Kaposi

Forma de contagio

Al tener relaciones sexuales sin protección con una persona infectada, independientemente de que sean entre hombre y mujer o entre personas del mismo sexo.

A través de sangre contaminada con el virus ya sea al recibir una transfusión, transplante o por compartir agujas o jeringas con una persona contagiada. Esta ultima forma de contagio es común entre personas que se inyectan sustancias para drogarse. También existe el riesgo de infectarse al tatuarse.

Una mujer embarazada infectada puede transmitir el virus al bebe durante el embarazo, el parto o si le da pecho.

> Los líquidos del cuerpo donde el virus esta, esta presente en mayor cantidad son la sangre, el semen del fluido preeyaculatorio, la secreciones vaginales y el sangrado menstrual.(Sexualidad en nuestros hijos;2000:46)

No hay posibilidad de contagio por saliva, lagrimas, orina, sudor o excremento.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

1. Justificación

El tema de la sexualidad en el adolescente ha sido de nuestro interés desde el séptimo semestre, cuando tomamos las materias de sexualidad y adolescencia. En ellas cubrimos diversos temas y tuvimos la oportunidad de hacer entrevistas a diferentes personas de diferentes edades y los resultados arrojados nos permitieron conocer que el conocimiento sobre la materia entre los adolescentes es escaso y está marcado por numerosas falsas creencias.

Aun entre compañeros de la universidad encontramos gran ausencia de conocimiento y numerosas dudas sobre el tema. Esta situación nos llevó a pensar que los adolescentes tenían inquietudes y dudas no resueltas y que se acrecientan por creencias y lugares comunes que se difunden en la familia y entre pares en la escuela y fuera de ella.

Por tal motivo, nos interesó realizar un cuestionario que nos permitiera conocer las inquietudes y dudas más comunes de los adolescentes.

En este capítulo presentamos el método por el cual llevamos a cabo nuestra investigación; asimismo, mostraremos los resultados arrojados por el instrumento utilizado y su representación gráfica obtenidos de una muestra de 150 adolescentes.

2. Objetivo

La investigación busca conocer los temas de mayor interés para los adolescentes en lo relativo a la sexualidad humana, con el fin de realizar una propuesta pedagógica para proporcionarles información clara y oportuna, y la posibilidad de tomar decisiones adecuadas que les evite caer en situaciones problemáticas.

3. Muestra

Para nuestro estudio decidimos realizar una investigación exploratoria. Seleccionamos una muestra accidental, no probabilística, que llenara las características de nuestra investigación, bajo un enfoque cuantitativo que nos permitiera recolectar los datos de un subconjunto significativo de la población o universo al que nos dirigimos.

La investigación se realizó con una muestra accidental de 150 alumnos del Colegio de Ciencias y Humanidades No. 5, Plantel Sur (CCH-Sur), de la Universidad Nacional Autónoma de México, que se encuentra ubicado en Boulevard de las Cataratas sin número esquina con Llanura, en la colonia Jardines del Pedregal, San Ángel, código postal 04500, delegación Coyoacán, en México D. F., teléfono: 5335-0763.

Las instalaciones del CCH-Sur están conformadas por 27 edificios pequeños. Algunos alojan las aulas en las que se dan clases y otros son ocupados por los diferentes departamentos como, por ejemplo, los de laboratorio, psicopedagogía, inglés, francés, educación física, audiovisual, intendencia y mantenimiento. Cuenta con una biblioteca, un gimnasio, área deportiva, dirección, departamento de control escolar, salón sindical, talleres, cafetería, salones de cómputo y un jardín de arte.

La investigación se llevó a cabo a través de la aplicación de un cuestionario a una muestra accidental de 150 alumnos de los cuales 85 son del sexo masculino y 65 del sexo femenino y cuyas edades van de los 14 a los 20 años.

4. Instrumento

Para realizar la investigación se elaboró, como instrumento, un cuestionario de preguntas cerradas y abiertas, con la finalidad de indagar sobre los intereses y conocimientos que tienen los estudiantes sobre el tema de sexualidad. [94]

Nuestro instrumento consta de 14 preguntas, de las cuales dos son abiertas y 12 de elección múltiple. Elegimos el cuestionario porque es un instrumento de investigación al que casi todos los individuos se consideran capaces de responder.[95]

A manera de piloteo, aplicamos dos cuestionarios: el primero a una muestra accidental de 15 personas. A partir de los resultados obtenidos, se replantearon algunas de las preguntas del cuestionario y se realizó otra aplicación piloto a 30 personas, con las que definimos las preguntas para la fase de aplicación definitiva del cuestionario.

Gracias a que este cuestionario nos proporcionó información para conocer las inquietudes y dudas de los adolescentes, hemos podido realizar la propuesta pedagógica que va dirigida a ellos y a toda aquella persona que se interese por este tema.

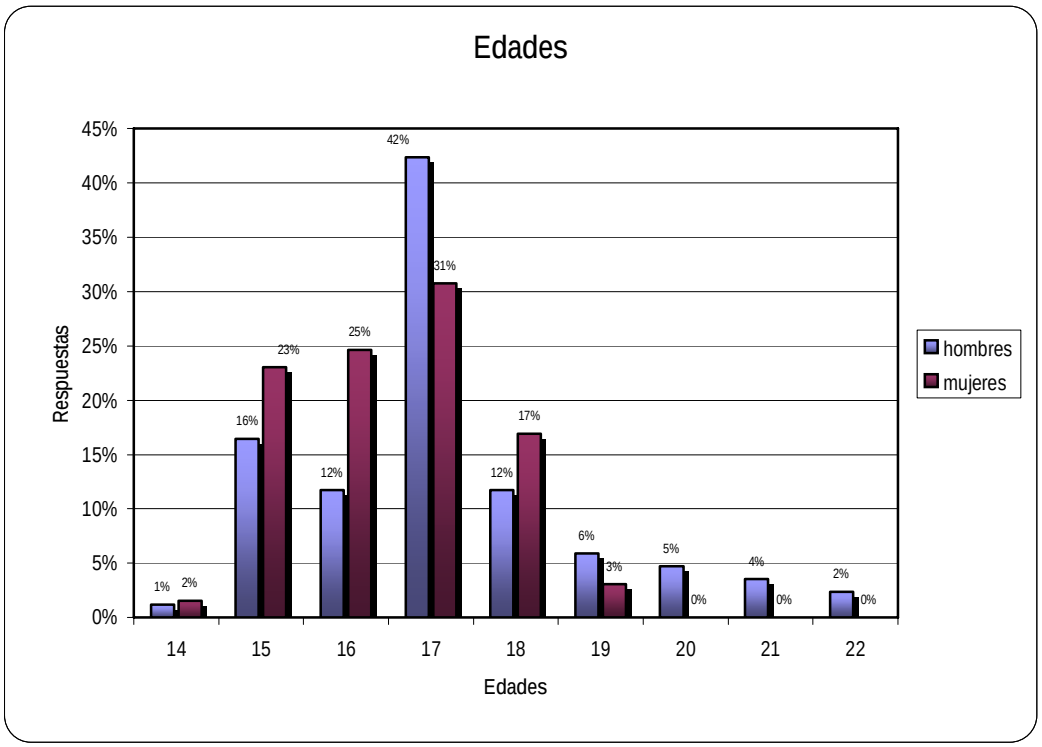
La investigación está sustentada en un estudio exploratorio debido a que:

> Los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. (Sanpieri, 2002:115)

[94] Ver Anexo 2.
[95] Van Dalen, Deobold B. *Manual de técnica de la investigación educacional.* Edit. Paidós ,Buenos Aires,1979, p. 50.

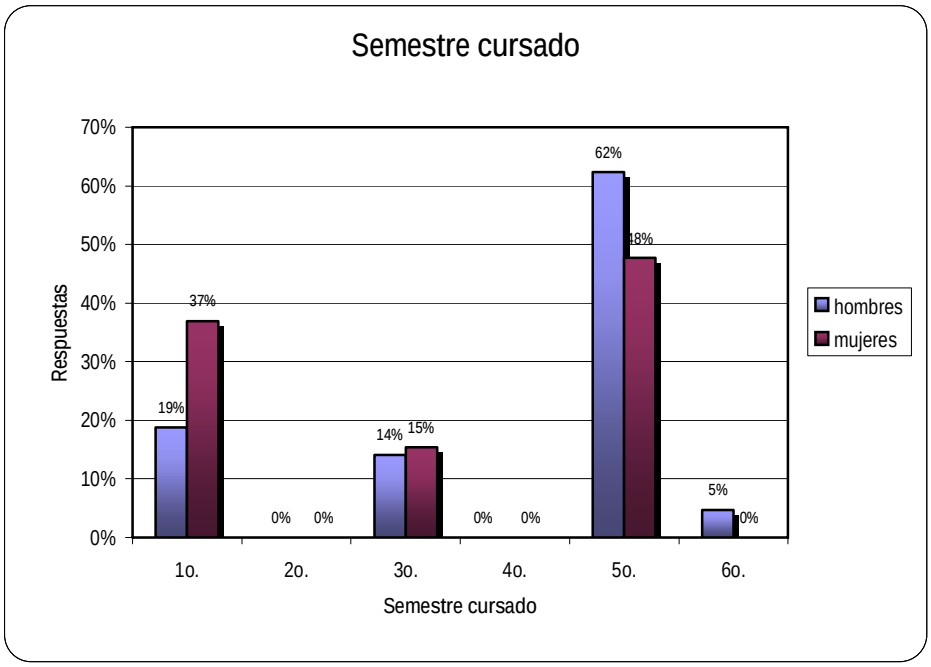
Esto nos sirvió para obtener mayor información y llevar a cabo una investigación más completa sobre el tema. Nuestro fin último era poder guiar este programa hacia los mejores resultados posibles.

5. Resultados de la aplicación del instrumento.



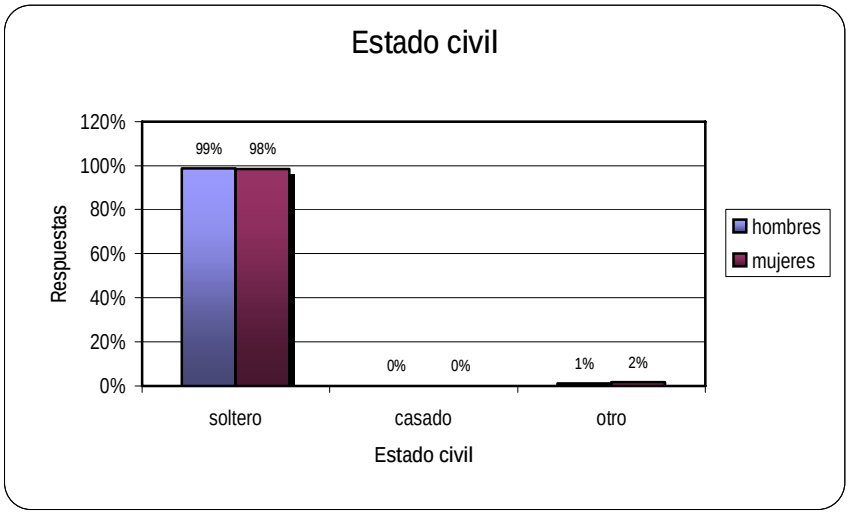
Gráfica 1

Del total de adolescentes a quienes se aplicó el cuestionario, la mayoría (79%) de las mujeres está repartida en el rango de los 15 a los 17 años, mientras que los hombres se encuentran, en su mayoría, entre los 16 y 17 (67%). Es de destacar que, entre los hombres, se encontró que 11% tenían más de 20 años. Las edades, pues, corresponden a los grados escolares para los que está



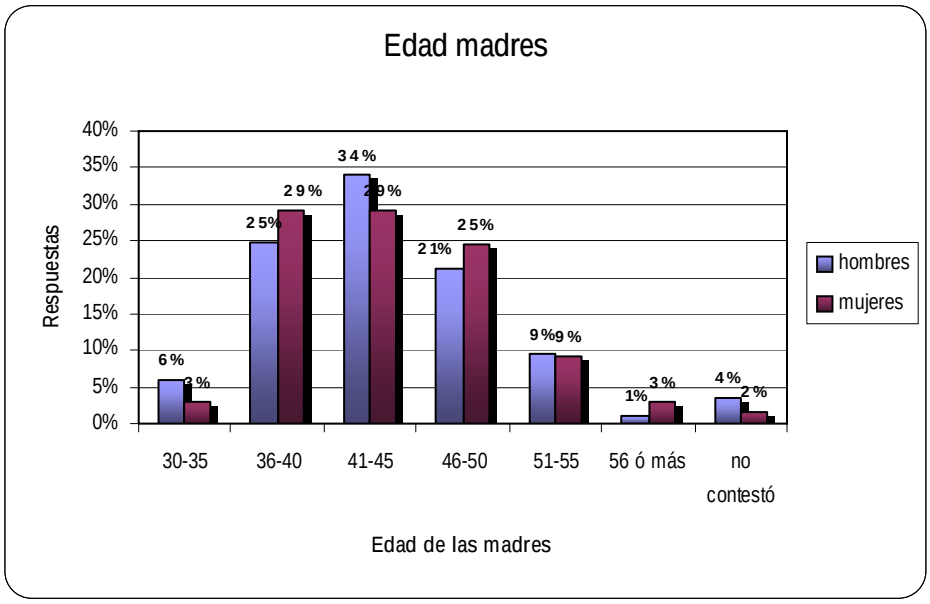
Gráfica 2

Respecto al semestre que cursan, la mitad de las adolescentes mujeres eran del 5o. Semestre, mientras que dos terceras partes de los hombres eran de ese mismo semestre.



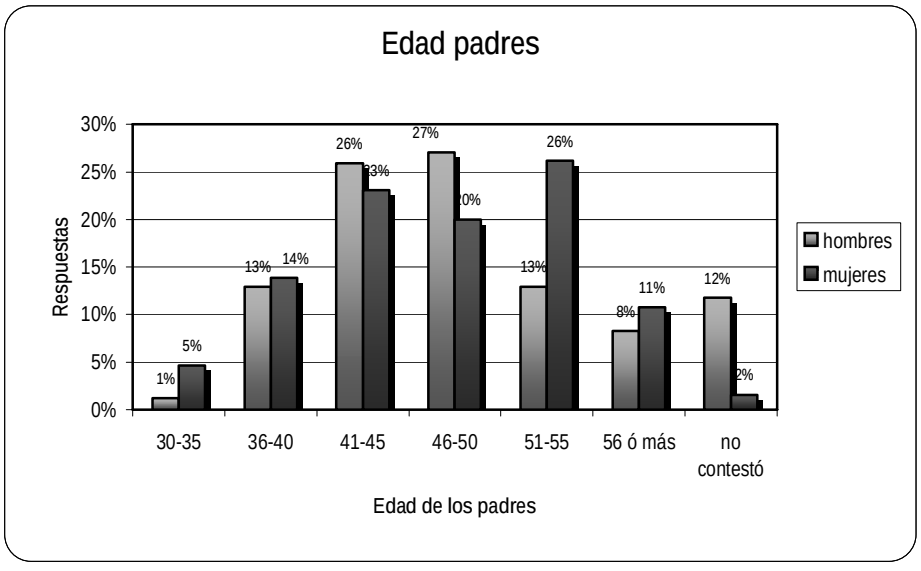
Gráfica 3

Prácticamente la totalidad de la muestra contestó ser soltero, y sólo un poco más de dos por ciento, en conjunto, anotaron tener otro estado civil, sin especificar cuál era ese estado.



Gráfica 4

La edad de las madres de los adolescentes a quienes se aplicó el cuestionario está concentrada en el rango de 36 a 45 años (58%). Sólo un 3% es menor a ese rango y 30% es mayor a él. Son, en su mayoría, mujeres nacidas a lo largo de la década de 1960.



Gráfica 5

Aunque las edades de los padres varían considerablemente, el porcentaje mayor se encuentra entre los 40 y los 50 años. Son padres nacidos desde la segunda mitad de la década de 1950 y durante la de 1960.

En conjunto, puede decirse que la mayoría de los padres vivieron la etapa de la estabilización social y política de México, con sus constantes desequilibrios y el crecimiento de las clases medias, con el auge de la masificación de la educación superior como forma de ascender económica y socialmente.

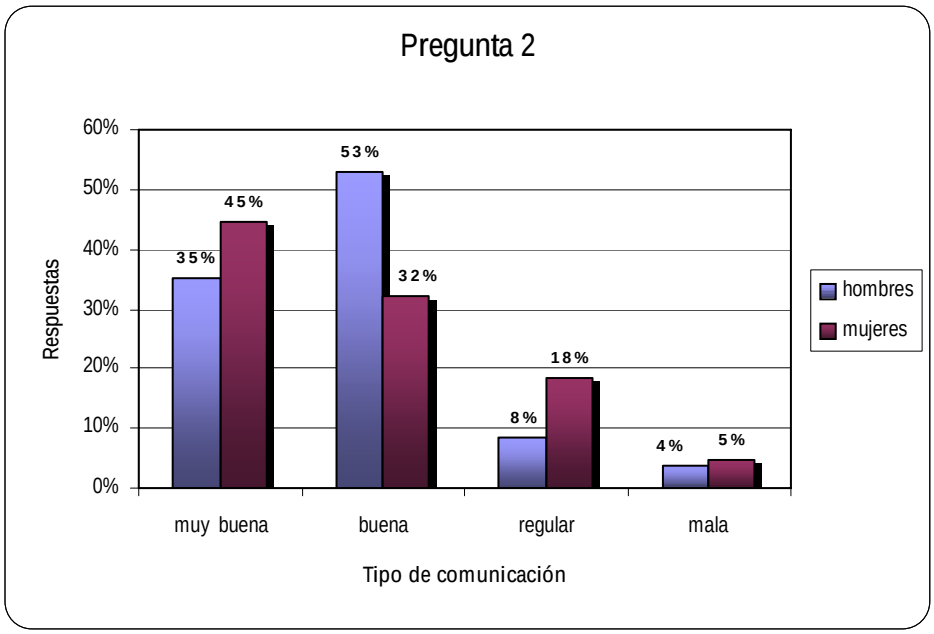
Pregunta 1: ¿Con quién vives?

Opción	mujeres	hombres
Ambos padres y hermanos	36	38
Ambos padres sin hermanos	3	2
Sólo mamá sin hermanos	4	4
Sólo mamá con hermanos	18	31
Sólo papá con hermanos	2	0
Padres, hermanos, tíos y abuelos	0	1
Padres, hermanos, tíos y abuela	0	1
Abuela y hermano	0	4
Tíos y hermanos	0	2
Sólo mamá, hermanos y abuela	2	2

Tabla 1

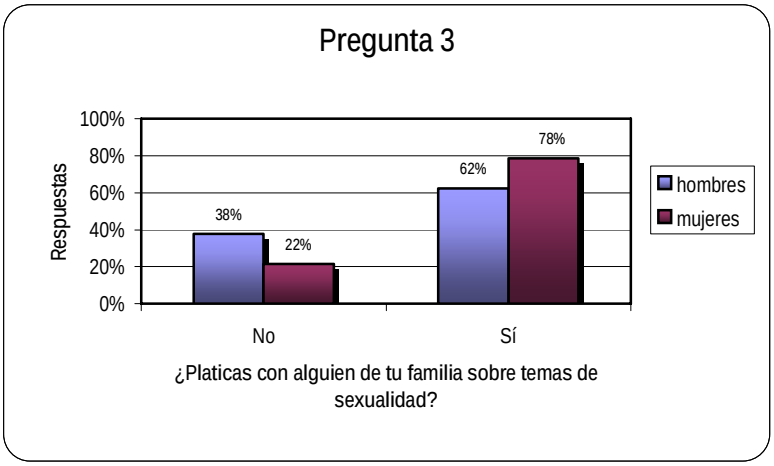
Sobre la conformación de las familias en las que viven los adolescentes, más de la mitad de las mujeres viven en familias con ambos padres y hermanos, y en siguiente lugar, están las que viven sólo con la madre y los hermanos. Por otro lado, son un poco menos de la mitad de los hombres los que viven con ambos padres, con o sin hermanos, y es un número sólo un poco menor el que viven sólo con la madre, con o sin hermanos.

Pregunta 2: ¿Cómo es la comunicación con tu familia?



Los adolescentes de la muestra respondieron a la pregunta sobre la calidad de la comunicación que tienen con su familia en términos bastante positivos. Entre las mujeres, 77% es muy buena o buena y, entre los hombres, es de 88%; aunque es mayor el número de mujeres que consideran la comunicación con su familia como muy buena.

Pregunta 3: ¿Platicas con alguien de tu familia sobre temas de sexualidad?

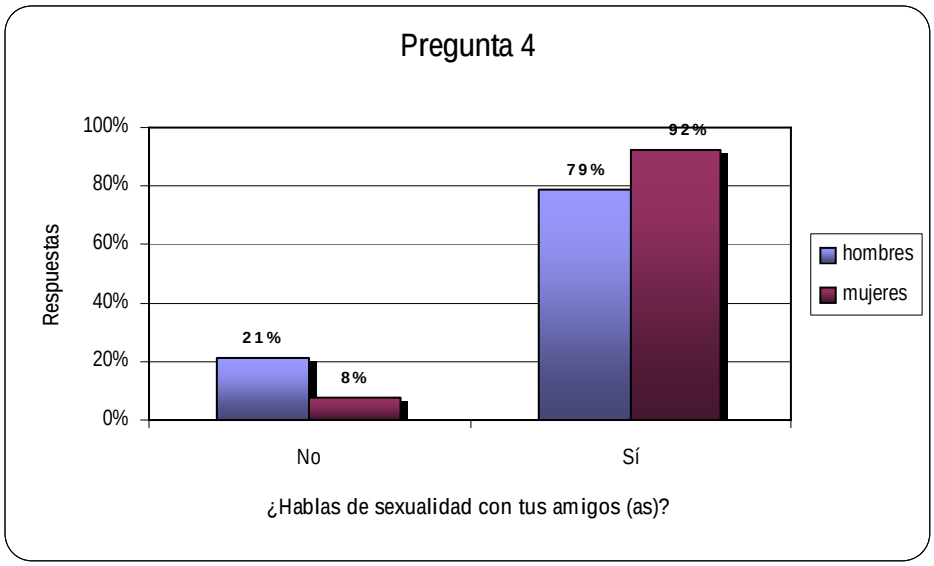


Sí, ¿con quién(es)?

Opciones	mujeres	hombres
Mamá	11	6
Ambos padres y hermanos	10	6
Papá	3	6
Ambos padres	6	14
Papá y tíos	0	1
Papá y hermanos	0	3
Mamá y hermanos	7	3
Primos	1	3
Hermanos	7	7
Hermanos y tíos	1	0
Toda la familia	5	5
No contestó	1	1

De acuerdo con el resultado de este reactivo, aunque en ambos casos es alto el número de adolescentes que hablan con sus familiares, es mayor el porcentaje entre las mujeres (16% más) que entre los hombres.

Pregunta 4: ¿Hablas de sexualidad con tus amigos(as)?

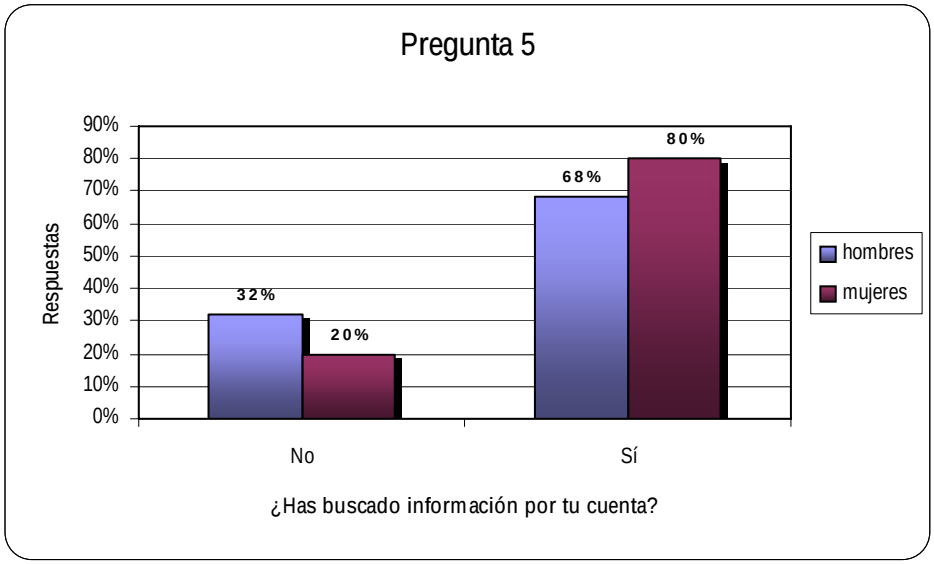


Sí, ¿qué temas?

Opciones	mujeres	hombres
Masturbación		2
Sexo	4	2
Posiciones	6	6
Métodos anticonceptivos	20	29
Noviazgo y situaciones de pareja	10	6
Penetración anal	2	2
Enfermedades de Transmisión sexual	11	28
Relaciones sexuales	7	23
Erotismo	0	1
Embarazos (embarazos no deseados)	10	9
Experiencias ajenas	0	2
Placeres, emociones,senasaciones	6	2
Sentimientos	1	1
Aborto	1	2
Cambios hormonales	0	1
Fantasías	0	1
Temas en general	23	6
Riesgos	1	0
Nuestro cuerpo	2	0
Diversidad sexual y libertad	6	0
Morbosidades	1	0

Vista en relación con la pregunta 3, es todavía mayor el número de adolescentes que hablan del tema con sus amigos, en quienes encuentran mayor confianza e identificación.

Pregunta 5: ¿Has buscado información por tu cuenta?



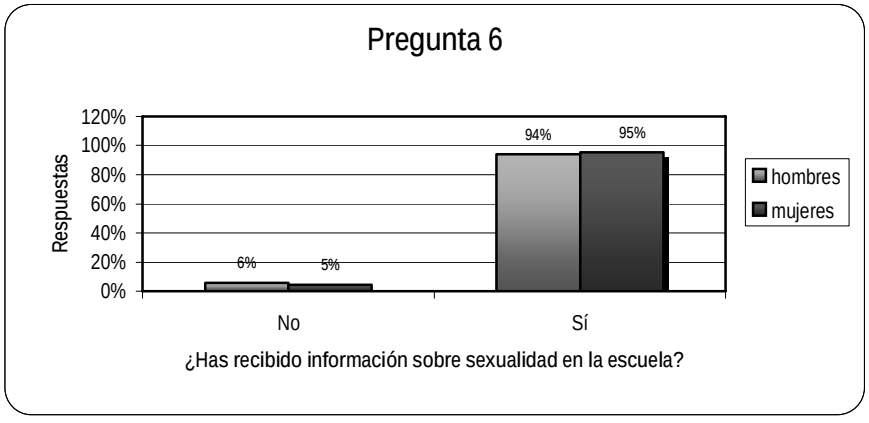
No. ¿Por qué?

Opciones	mujeres	Hombres
No me interesa	2	2
No me llama la atención	1	8
No la necesito	1	0
Siempre la he tenido	1	3
Tengo la suficiente	2	1
Me da flojera	1	0
No contestó	5	5
En la escuela dan platicas	0	3
Se va aprendiendo	0	3
No tengo tiempo	0	2

Sí. ¿En dónde?

Opciones	mujeres	hombres
Amigos	0	2
Internet	27	29
Libros	27	30
Programas de televisión	2	1
En todos lados	0	4
Folletos de instituciones	5	3
Conferencias	1	1
Revistas xxx	0	1
Doctores o especialistas	4	2
Escuela	1	3
Centros de salud	0	3
Maestros	2	5
Enciclopedias	1	2
Biblioteca	3	2
Revistas	4	8
Películas	0	1

Pregunta 6: ¿Has recibido información sobre sexualidad en la escuela? (Aquí o en cualquier nivel anterior.)

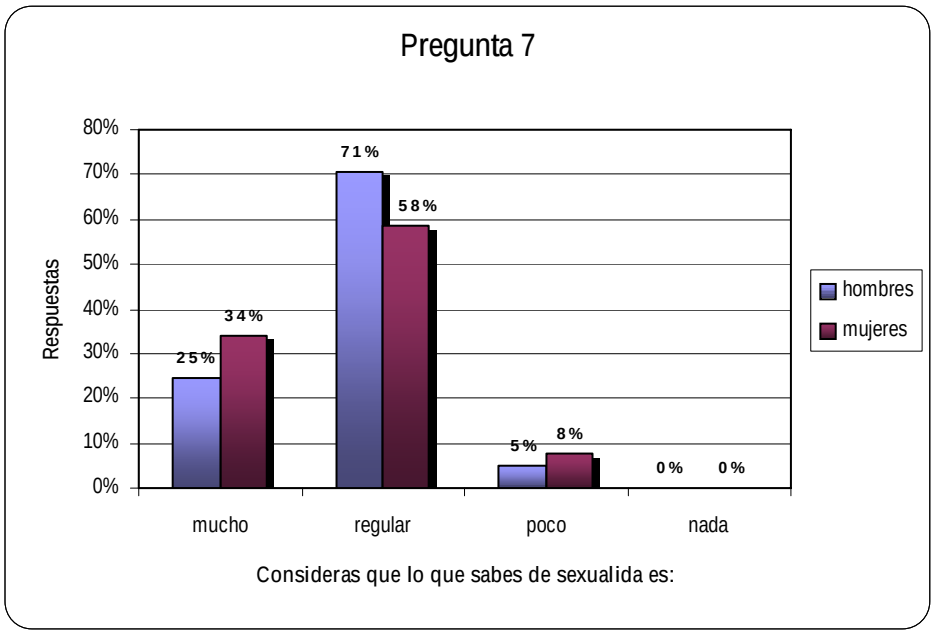


Sí, ¿qué temas recuerdas?

Opciones	mujeres	hombres
Sexualidad	58	77
Funcionamiento de los órganos sexuales	56	72
Cambios psicológicos	55	64
Cambios hormonales	53	72
Relaciones sexuales	56	72
Orientación sexual	52	61
Noviazgo	48	53
Métodos anticonceptivos	57	78
Mitos y realidades sobre el sexo	40	50
Enfermedades de transmisión sexual	32	72
Embarazo	59	71
Otros (aborto)	5	1
Otros (metrosexo)	1	0
Otros (posiciones)	0	1

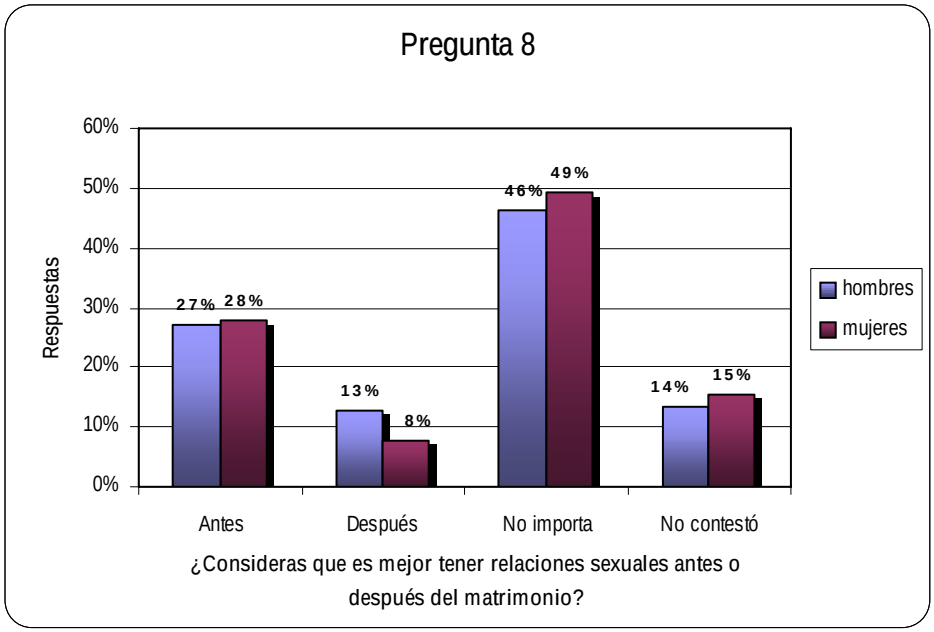
Es también muy alto el número de los que han recibido algún tipo de información en la escuela y muy variados los temas que todos ellos recuerdan. Sin embargo, como se ve en la pregunta siguiente, esa información parece no haber sido suficiente o no fue proporcionada de la forma adecuada, pues la mayoría de los adolescentes considera que su conocimiento de los temas no es del todo bueno.

Pregunta 7: Consideras que lo que sabes sobre sexualidad es:



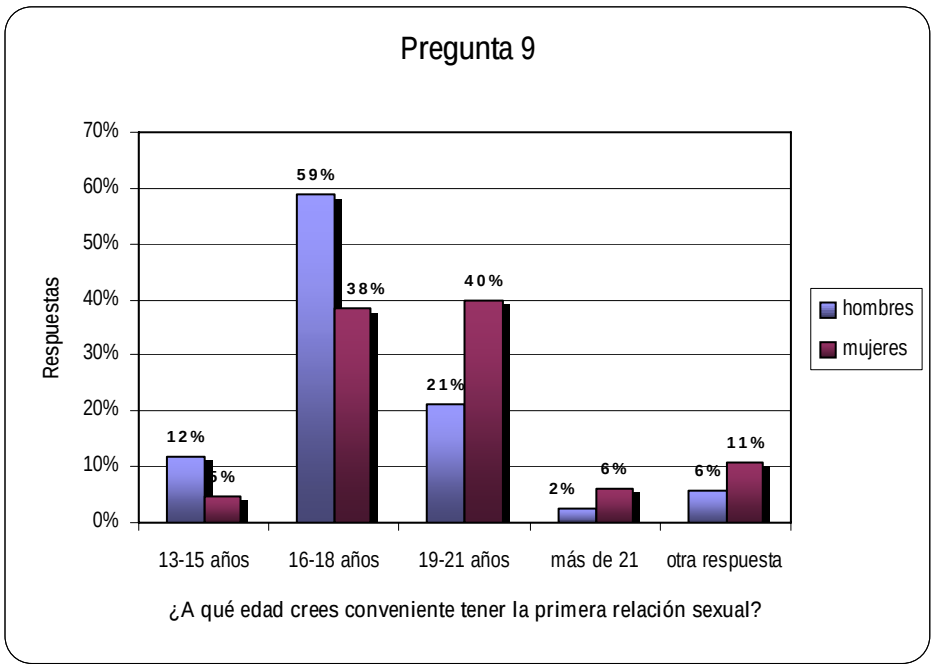
Como se mencionó sobre la pregunta anterior, aunque la mayoría de los adolescentes han recibido información sobre el tema en algún nivel escolar, aquella parece no haber sido suficiente o no fue impartida correctamente, pues la mayoría considera que su conocimiento del tema es regular. Lo mismo puede decirse de la información que reciben de sus familiares o de sus amigos, pues la información que reciben de ellos no los hace sentir que su conocimiento sea el adecuado.

Pregunta 8: ¿Consideras que es mejor tener relaciones sexuales antes o después del matrimonio?



Esta pregunta revela que la postura de los jóvenes respecto al momento en el que tendrán o han tenido su primera relación sexual ha variado considerablemente desde la generación de sus padres y, más aún, desde la de sus abuelos, pues los adolescentes respondieron en su mayoría que no importa si tienen relaciones antes o después del matrimonio, mientras se sientan satisfechos con su pareja y la relación se realice de común acuerdo. Sin embargo, todavía cerca de 10% de los jóvenes se inclinan a esperar a estar casados para tener su primera relación sexual.

Pregunta 9: ¿A qué edad crees conveniente tener la primera relación sexual?



La necesidad que tienen los adolescentes de estar bien y suficientemente informados sobre temas de sexualidad se refleja en las respuestas que dieron a la pregunta 9. Un poco menos de dos terceras partes de los hombres creen conveniente tener su primera relación sexual entre los 16 y los 18 años (edad en la que está la mayoría de los participantes hombres en el cuestionario). Mientras que, aunque un 38% de las mujeres opinan también que es conveniente tener su primera relación en ese periodo, más de la mitad de ellas consideran que es mejor esperar a tener 19 años o más; esto es, en general, al terminar la educación media.

Pregunta 10: ¿Qué métodos anticonceptivos conoces?

Opciones	mujeres	hombres
Condón masculino	65	85
Condón femenino	55	81
Pastillas anticonceptivas	63	82
Método del ritmo	40	57
Coito interrumpido	50	64
Inyecciones anticonceptivas	48	53
Parche transdérmico	49	61
Implantes subdérmicos	13	16
Espermicidas	45	65
Método de Billings	10	16
Diafragma	44	64
Vasectomía	58	79
Salpingoclasia	20	34
Dispositivo intrauterino	52	53
Otro (spray)	1	0
Otro (chip)	1	0
Otro (vasal)	1	0

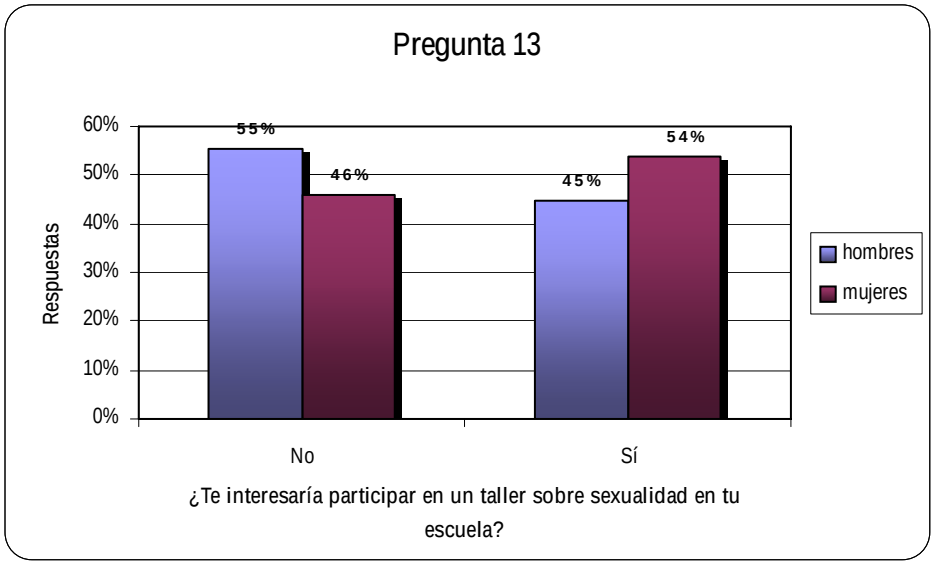
Las respuestas de la pregunta 10 muestran que los métodos que más conocen los adolescentes son, en realidad, los más comunes y los que llevan en el mercado el mayor tiempo. El condón masculino y femenino y las pastillas —métodos por lo demás efectivos si se usan adecuada y constantemente— son los más conocidos; se mencionan también por la mayoría el diafragma, la vasectomía o los espermicidas. En realidad, la totalidad de los adolescentes de la muestra conoce, independientemente del medio por el que lo haya conocido, algún tipo de método anticonceptivo, lo que, sin embargo, no garantiza de ninguna forma que estén dispuestos a usarlo en sus relaciones sexuales.

Pregunta 12: ¿Cuáles son las enfermedades de transmisión sexual de las que estás informado?

Opciones	mujeres	hombres
Clamidia	13	12
Herpes genital	65	79
Tricomoniasis	2	5
Gonorrea	63	83
Sífilis	62	79
Hepatitis B	60	67
SIDA	65	85
Candidiasis	14	6
Ladillas	27	55
Vaginitis monilial	28	22
Chancro	29	45
Papiloma humano	54	67
Otra (cancer)	0	1
Otra (herpes bucal)	0	1
Otra (estadilococo dorado)	0	1

Respecto de las enfermedades de las que están informados los adolescentes, hubo una mayor concentración, siendo la más conocida —por la totalidad de la muestra— el sida, seguida de la sífilis, la gonorrea, la hepatitis B, el herpes genital y el papiloma humano. El resto fueron ya bastante menos conocidas, y se notó que, dado que los participantes pudieron marcar más de una opción, los que estaban menos informados marcaban sólo aquellas enfermedades de las que se tiene referencia por los medios o sobre las que se habla más entre el común de la gente; esto es, el sida, la gonorrea y la sífilis.

Pregunta 13: ¿Te interesaría participar en un taller sobre sexualidad en tu escuela?



En esta pregunta la muestra estuvo muy dividida. Mientras que un poco más de la mitad de las mujeres dijo que sí le gustaría participar, casi el mismo porcentaje de hombres dijo que no les interesa. En ambos casos la respuesta se dividió casi a la mitad entre los que respondieron que sí y los que respondieron que no. Ello se debe, en gran parte, a la saturación que los estudiantes tienen de materias y actividades en su dinámica diaria y al constante bombardeo de los medios y, en algunos casos, el entorno que los rodea, de mensajes en los que se incluyen referencias y conocimientos parciales respecto a las enfermedades y los métodos anticonceptivos, que son los temas que, en definitiva, más interesan a los adolescentes.

Pregunta 14: ¿Qué temas de sexualidad te gustaría que se impartieran en un taller?

Opciones	mujeres	Hombres
Aspectos psicológicos	1	4
Diversidad sexual	1	1
Enfermedades de transmisión sexual	12	15
Métodos anticonceptivos en práctica	19	20
Cambios hormonales	1	3
Embarazo	7	5
Prevención de embarazos	0	3
Embarazos no deseados	0	2
Mitos y realidades de la sexualidad	7	5
Posiciones	5	2
Cómo llegar al placer sexual	0	1
Relaciones sexuales	1	5
Orientación sexual	1	2
Noviazgo	2	3
Juguetes sexuales	0	1
Maternidad	0	1
Tabúes	0	1
Rendimiento sexual	0	1
Responsabilidad	2	1
Días fértiles	5	1
Masturbación	1	1
Exploración del cuerpo	3	1
Temas en general	10	22
No sé	1	4
No me interesa	1	1
No contestó	18	22
Aborto	2	0
Sexualidad sin riesgo	1	0
Comunicación con la pareja	1	0
Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual	1	0

Finalmente, son los temas de las enfermedades de transmisión sexual y los métodos anticonceptivos los que más interesan a los adolescentes, pues la falta de seguridad respecto a su pareja y el inicio de su actividad sexual los hacen más vulnerables a infecciones y a embarazos no deseados.

Análisis de los datos

Los adolescentes muestran que tienen una buena comunicación con su familia y que sí platican de temas de sexualidad; sin embargo, se muestra que hablan más con sus pares.

De acuerdo a los resultados, los adolescentes están más interesados en el tema de los métodos anticonceptivos, tema fundamental del cual deben de estar completamente informados y actualizados, y saber las ventajas y desventajas y modo de usarse de todos los métodos anticonceptivos existentes para tomar una mejor decisión.

Los adolescentes tienen más información y saben más acerca del sida y el condón masculino, debido a que esa enfermedad de transmisión sexual y ese método anticonceptivos son de los que se habla más y de los que se informa con más frecuencia en los diferentes medios visuales y escritos.

En la pregunta abierta del instrumento, referente a la información obtenida por su cuenta, las respuestas de hombres y mujeres se inclinan hacia la búsqueda de la información de temas de sexualidad en libros e internet, mientras que las fuentes menos confiables son los amigos, las conferencias sobre el tema o los programas de televisión.

Es también muy alto el número de los que han recibido algún tipo de información en la escuela y muy variados los temas que todos ellos recuerdan; sin embargo, la mayoría (58% de las mujeres y 71% de los hombres) considera que sus conocimientos de sexualidad son regulares.

La mayoría de los adolescentes (49% de las mujeres y 48% de los hombres) respondieron que, si se sienten satisfechos con su pareja y si la relación es de

común acuerdo, no importa si la relación es antes o después del matrimonio. En la misma pregunta, al contestar sobre la mejor edad para tener su primera relación sexual, 59% de los hombres contestaron que la mejor edad para empezar es entre los dieciséis y los dieciocho años, mientras que las mujeres se repartieron los porcentajes mayores entre los rangos de diecinueve a veintiún años (40%) y dieciséis a dieciocho años (38%).

En lo referente al interés por participar en un taller de sexualidad, las respuestas de hombres y mujeres fueron muy similares, y estuvieron divididas, en ambos casos, casi a la mitad entre quienes sí participarían y quienes no están interesados en un taller de sexualidad.

Lo más sobresaliente, sin embargo, es el descubrir que un taller para los adolescentes deberá enfrentar el reto de lograr un aprendizaje significativo, por el que los adolescentes realmente cobren conciencia de la importancia de estar informados y de tomar las decisiones propias a partir de su conocimiento y de sus convicciones.

La propuesta del taller tiene que plantear de manera atractiva los contenidos y ofrecerlos de modo que les sean útiles y que permanezcan en su memoria a lo largo de toda su vida.

CAPÍTULO 4. TALLER DE SEXUALIDAD PARA ADOLESCENTES

1. Objetivo general

Este programa propone un enfoque centrado en la orientación sobre temas de interés para los adolescentes adquieran información precisa sobre la sexualidad y tomen decisiones basadas en información correcta.[96]

Objetivo Especifico

Analizar los temas para tener una visión más amplia y útil de estos.

Perfil de Ingreso

- Ser adolescente de 16 a 18 años de edad con interés por el desarrollo de su sexualidad.
- Adolescente con ganas de consientizarse sobre este tema.
- Respetar dudas y opiniones de cada uno de los integrantes.
- Tener la disponibilidad de trabajar, jugar, aprender, escuchar, analizar, discutir en un ambiente de pluralidad y tolerancia.

Perfil de egreso

- Los adolescentes tendrán un conjunto de conocimientos que les permitirá tomar sus propias desiciones.
- Se les proporcionara información real y certera que les permita prevenir situaciones de riesgo.

[96] Para este capítulo se recurrió a la bibliografía siguiente: Abenoza Guardiola, Rosa, *Sexualidad y juventud. Historias para una guía*, México, Edit. Paidós, 1990; y Pick, Susan, *Planeando tu vida,* Editorial Ariel Escolar, México, 1995.

- Valoraran la comunicación con sus padres el entorno familiar, las amistades y el noviazgo como base para una vida plena.

Evaluación

Debido a que la evaluación es continúa, se tomarán varios aspectos durante el curso.

Participación en las actividades fuera y dentro del aula.

Asistencia y puntualidad.

Duración

11 sesiones durante 6 semanas.
Dos sesiones por semana.
Cada sesión tendrá una duración de 1 hora con 30 minutos.
Duración total de 16 horas con 30 minutos.

Unidad 1

Sesión 1

Presentación.

Integración del grupo:

Actividad	**Duración**	**Material**
La telaraña[97]	30minutos	Una bola de estambre

[97] Fuertes Martín, Antonio y Félix López Sánchez, *Aproximaciones al estudio de la sexualidad,* Ediciones Amarú, Salamanca, 1997, p. 132.

Comentar el objetivo y temario del curso, mencionar a los alumnos que se cuenta con un buzón y que al final de cada sesión podrán depositar sus preguntas del tema visto para poder aclarar las dudas al día siguiente, cabe aclarar que estas preguntas pueden realizarse de forma anónima.
Antes de iniciar con una técnica se hace una breve introducción del tema para dar pauta a las técnicas, siempre se finaliza con una conclusión grupal en la que participe el grupo.

Objetivo:
Que los jóvenes rompan la tensión inicial conociendo a los integrantes del grupo.

Actividades.

- ✓ Indicar al grupo que realizarán una actividad de integración con el fin de que se conozcan, ya que convivirán durante varios días.
- ✓ Advertir a los participantes que estén atentos a los datos de sus compañeros pues el ejercicios de memorización.
- ✓ Pedir a los participantes que estén atentos a los de sus compañeros pues el ejercicio es de memorización.
- ✓ Pedirá a los participantes que se coloquen de pie formando un círculo.
- ✓ El orientador inicia el ejercicio tomando la punta visible del estambre y se presenta ante el grupo diciendo su nombre, el lugar donde estudia o trabaja y su interés por participar en el curso.
- ✓ Al terminar su presentación, lanza la bola de estambre a otro compañero quien a su vez deberá presentarse de igual manera y sostendrá el estambre por un punto antes de lanzar la bola nuevamente.
- ✓ Esta secuencia se repite hasta que todos los participantes queden enlazados en una especie de telaraña.
- ✓ Una vez que todos se han presentado, (la) último (a) adolescente que hablo debe regresar la bola de estambre al que se la envió, repitiendo los datos expuestos por dicho compañero, quien a su vez deberá repetir los datos de quien le precedió. Este procedimiento se continua en sentido

inverso al que se inicio, de manera que la bola de estambre se vaya rehaciendo nuevamente y termine e en las manos de quien inició el juego, esto es, el orientador.

- ✓ Cerrar el ejercicio permitiendo que los participantes comenten sus experiencias sobre la dinámica grupal.
- ✓ Si los integrantes del grupo ya se conocen de tiempo atrás, pedir que den una información diferente de su nombre.

Tema: De la pubertad a la adolescencia.

Sub-tema: 1.1 Diferenciación del concepto de pubertad y adolescencia.

Actividad	**Duración**	**Material**
Sensibilización de términos	20 minutos	Papel, plumas .

El orientador explicará de forma oral la diferencia de estos conceptos

Objetivo:

Reconocer las diferencias de los términos que se utilizan para nombrar aspectos del desarrollo humano.

Actividades:

- ✓ En equipos realizaran dos listas, las cuales integraran las diferencias de la pubertad y la adolescencia también distinguirán las etapas de cada una de éstas.
- ✓ Después comentaran al grupo el resultado de sus trabajos para que en todo el grupo escuche y exprese sus ideas.

Sesión 2

Sub-tema: Cambios físicos y biológicos.

Actividad	**Duración**	**Material**
Conociendo mi cuerpo	30 minutos	Música ambiental, lápices, pegamento, hojas blancas.

El orientador realiza en el pizarrón dos listas; una con los cambios físicos y otra con los cambios biológicos, para proceder a explicar por qué se dan estos cambios.

Desarrollo:

- ✓ Comente al grupo que realizaran un ejercicio que permita continuar la reflexión sobre el cuerpo.
- ✓ Divida al grupo por equipo, separando hombre y mujer, y pídales que realicen una lista de los cambios puberales que los jóvenes pueden notar en su cuerpo.
- ✓ Utilice una hoja para cada sexo. Se puede apoyar utilizando siluetas del hombre y la mujer.
- ✓ Recorten las listas para pegarlas sobre las siluetas
- ✓ Después de identificar esos cambios, discutan las preguntas.
- ✓ ¿Cómo es mi cuerpo?, ¿Qué cambios he notado en los últimos años?, ¿Cómo me siento con estos cambios?, ¿Cuál es mi propia imagen personal?

Sub-tema: Órganos sexuales y sus funciones.

Actividad	**Duración**	**Material**
Jugando con plastilina[98]	30 Minutos	Plastilina, la que se requiera con barras de diferentes colores; cartoncillo.

[98] Pick, Susan, *Planeando tu vida,* Editorial Ariel Escolar, México, 1995, p. 70.

Se introduce al tema utilizando láminas de los órganos sexuales femenino y masculino para que éstos sean más claros.

Objetivo:
Identificar los órganos sexuales en la anatomía del cuerpo humano.

Desarrollo:

- ✓ Hacer equipos de 3 a 4 personas.
- ✓ Distribuir el material existente para cada equipo del mismo sexo.
- ✓ Pedir que se moldeen los órganos sexuales masculinos y femeninos internos y externos sobre el cartoncillo, conceder 15 minutos para esta actividad.
- ✓ Una vez concluidas las figuras, pedir que las comenten entre los equipos.
- ✓ Elegir por votación aquella figura que represente más fielmente los órganos sexuales masculinos y femeninos mostrando los acierto y falla de todas ellas.
- ✓ Felicita al equipo ganador.

Sesión 3

Sub-Tema: Ciclo menstrual y eyaculación.

Actividad	**Duración**	**Material**
¿Sabes como soy? Di mi nombre[99]	45 min.	Pizarrón, gises

Objetivo:
Identificar las características anatómicas y funcionales de los genitales en el ser humano.

[99] *Idem,* p. 68.

Se utilizan nuevamente las láminas de la sesión anterior donde se muestran los órganos sexuales femenino y masculino para que se facilite la explicación del recorrido del óvulo y su ciclo, asimismo se utiliza la lámina de los órganos sexuales internos masculinos para realizar el recorrido de los espermatozoides

Desarrollo:

- ✓ Dividir el grupo en dos equipos. Pedirles que se identifiquen con el nombre que deseen y escribir los nombres en el pizarrón.
- ✓ Explicar que el ejercicio consistirá en una competencia en la que un representante de uno de los equipos tendrá que describir a su equipo (sin decir el nombre especifico) alguna de las partes atómicas o de las funciones asociadas con la sexualidad humana que los miembros del equipo contrario le hayan dicho en secreto.
- ✓ El representante tendrá como máximo dos minutos para descubrir con todo detalle el proceso o la función que se le haya dicho. El educador fungirá como árbitro de la competencia. Ejemplo: al representante del equipo A le dijo en secreto el equipo B que tenia que descubrir el pene.

  Entonces dentro de las cosas que dicho representante podría decir para que su equipo obtuviera un punto estarían: “Soy de forma alargada y cilíndrica, me recubre una piel fina, me pongo rígido y erecto cuando me éxito”.
- ✓ Los aciertos y fracasos serán a notados en el pizarrón y cada quien será anotados en el pizarrón y cada equipo se ira turnando la oportunidad de participar. El juego se prolongará hasta que el tiempo lo permita.
- ✓ Al final el educador sumará los puntos y dará un premio un premio simbólico al equipo ganador.

Sub-Tema: Cambios emocionales y psicológicos.

Actividad	**Duración**	**Material**
Representación	45 min.	Tarjetas blancas

Objetivo:

Entender el desarrollo del cambio puberal a través de las experiencias psicológicas vividas.

En esta sesión es bueno iniciar con una plática sobre quiénes somos, qué nos gusta y qué nos desagrada de nuestra forma de ser, tomando en cuenta los cambios que hemos tenido en la niñez, la pubertad y adolescencia.

Desarrollo:

- ✓ Se divide el grupo en cuatro equipos
- ✓ Se entrega a cada equipo una tarjeta con la palabra de alguna actitud que se haya mencionada en la introducción del tema para que ellos se pongan de acuerdo y después lo represente a todo el grupo.
- ✓ Se finaliza comentando son como observan y sienten dichos cambios.

Unidad 2

Sesión 4

Tema: Comunicación del adolescente.

Sub-tema: Relaciones humanas y comunicación.

Actividad	**Duración**	**Material**
Lío familiar[100]	30 Min.	Pizarrón y gis. Tarjeta con mensaje*

Platicar con los adolescentes sobre la importancia que tiene la comunicación y, por ende, las relaciones humanas, tomando en cuenta que la capacidad de comunicarse del ser humano se desarrolla dentro de la familia y que aprendiendo ciertas reglas de comunicación es como interactuamos y podemos tener diferentes relaciones.

[100] *Idem,* pp. 39-40.

Objetivo:

Identificar las formas de distorsión de la comunicación familiar

*“Fíjate que Carlos y Javier se pelearon con Roberto porque éste no les devolvió el dinero que le habían dado a guardar, pues me lo prestó para rescatar el reloj de mi papá que habían empeñado con Jesús”.

- ✓ Pedir cinco voluntarios a los cuales se les asignarán los papeles de mamá, tío, hermano (a) y adolescentes, y quienes saldrán del salón, con excepción del adolescente.
- ✓ El educador lee en privado el mensaje al adolescente y le pide al tío que entre al salón.
- ✓ El adolescente debe decirle al tío el mensaje que le dio el educador.
- ✓ El educador pide al hermano (a) que entre al salón y el tío le transmite el mensaje que recibió del adolescente.
- ✓ El educador pide a la mamá que entre y el hermano (a) le da el mensaje que recibió del tío.
- ✓ El educador pide al papá que entre al salón y la mamá le da el mensaje que recibió del hermano (a).
- ✓ El padre finalmente escribirá en el pizarrón el mensaje que recibió de la madre.
- ✓ El educador escribirá el mensaje original y se compararán ambos mensajes.
- ✓ Se propicio la discusión alrededor de la comunicación en la familia y la distorsión del mensaje, analizando las respuestas de las diferentes personas ante el mensaje.
- ✓ Cerrar el ejercicio comentando la importancia de confirmar la información que se recibe para no provocar confusiones en la comunicación.

Sub-tema: La comunicación en la familia.

Actividad	**Duración**	**Material:**
Comunicación funcional y disfuncional en la familia.[101]	60 min.	Pizarrón y gises.

Objetivo:

Identificar las diversas formas de comunicación familiar.

Preguntar a los integrantes de equipo qué tan buena es la comunicación en su hogar, qué les gustaría mejorar de ésta, y qué beneficios creen obtener con una adecuada comunicación entre padres y hermanos.

Desarrollo:

- ✓ El educador dividirá el grupo en equipos de 4 a 5 personas.
- ✓ Distribuirá a cada equipo un juego de tarjetas de actitudes familiares.
    1. Responder con enojo.
    2. Responder con indiferencia.
    3. Responder con comprensión.
    4. Responder con evasión.
    5. Responder con nerviosismo.
- ✓ Explicar a los adolescentes que se leerá un enunciado como los siguientes.
    1. Papá, tengo una fiesta hoy en la noche. ¿Me das permiso para ir y llegar tarde?
    2. María (hermana), estoy en un problema; parece que Rosa se embarazó.
    3. Mamá tuve un problema en la escuela y el maestro me sacó de clase. Tienes que ir mañana a hablar con él.
    4. Papá, creo que debo ir al médico. Es que me fui con mis amigos “por ahí” y creo que me pegaron una enfermedad.
    5. Patricia (hermana), no sé qué hacer, hace un mes me fui con Javier y no sé si estoy embarazada.

[101] Fuertes Martín, Antonio y Félix López Sánchez, *op. cit.*, p. 145.

6. ¿Mamá, puedo quedarme a dormir en casa de mi amiga Blanca?
7. Papá, van a hacer una excursión en la escuela este fin de semana, ¿me das permiso para ir? (solo se escogen 5)

- ✓ Un miembro de cada equipo sacará una tarjeta que le indicará con qué actitud responder al enunciado leído por el educador.
- ✓ Conceder dos minutos para la discusión y acuerdo entre los miembros de cada equipo para responder al enunciado leído.
- ✓ El educador leerá uno o dos enunciados, según el tiempo disponible, fomentado la participación de los equipos.
- ✓ Cerrar el ejercicio reuniendo al grupo y fomentando los comentarios sobre la funcionalidad y disfuncionalidad de la comunicación en la familia.
- ✓ El término "funcionalidad" se refiere a si la comunicación fue clara para las partes (dos o más personas) y si permitió que se obtuviera el resultado deseado.

Sesión 5

Sub-tema: La comunicación en la escuela y con el grupo de pares.

Actividad	**Duración**	**Material**
Mito o dato	30 min.	Listas con afirmaciones, tanto falsas como ciertas, sobre la sexualidad.

Objetivo:

Corroborar o desmentir diversas creencias comunes que los adolescentes tienen respecto a su sexualidad a partir de la comunicación con sus pares en la escuela.

Desarrollo:

- ✓ Dividir el grupo en cuatro equipos.
- ✓ A cada equipo se le dará una lista de afirmaciones, algunas de las cuales se refieren a mitos comunes entre los adolescentes respecto a la sexualidad y otras que serán sobre aspectos ciertos del tema. Entre estas

afirmaciones (que el educador podrá aumentar o modificar según sus necesidades) estarán:[102]

- Los jóvenes pueden tener enfermedades transmitidas sexualmente sin tener síntomas. (Dato)
- Una adolescente no puede quedar embarazada si ha tenido relaciones sexuales sólo unas cuantas veces. (Mito)
- Una adolescente no puede quedar embarazada si tiene relaciones sexuales durante la menstruación. (Mito)
- Una vez que se ha contraído gonorrea y ha sido curada, no puede volver a contraerse. (Mito)
- Los condones o preservativos ayudan a prevenir la propagación de las enfermedades transmitidas sexualmente. (Dato)
- Un hombre con un pene más grande es más potente sexualmente que uno con un pene pequeño. (Mito)
- Una vez que un hombre se ha excitado y tiene una erección, debe continuar hasta el fin, porque puede ser dañino si no lo hace. (Mito)
- Una joven puede quedar embarazada aun si un hombre no eyacula dentro de ella. (Dato)
- Una joven puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales. (Dato)
- Si una persona que tiene pareja se masturba significa que hay un problema con la pareja. (Mito)

✓ Cada equipo deberá discutir cada una de las afirmaciones, desarrollando argumentos en contra y a favor de cada una de ellas, decidiendo cuáles son ciertas y cuáles falsas.

✓ Se hará una discusión general con los argumentos de cada equipo y se aclarará cuáles son mitos y cuáles afirmaciones ciertas, respondiendo las dudas que surjan al respecto.

[102] En López Sánchez, Félix, *Educación sexual de adolescentes y jóvenes. Salud y sociedad,* pp. 160-163, están consignados mitos y datos (aspectos ciertos); así que en cada entrada hemos puesto, siguiendo su estructura, *dato* para las afirmaciones ciertas y *mito* para las falsas.

Sesión 6

Sub-tema: Noviazgo.

Actividad	**Duración**	**Material**
Mesa redonda[103]	45 min.	Tarjetas con preguntas.

Objetivo:

Identificar qué se busca en un noviazgo y qué no se desea.

Desarrollo:

- ✓ Dividir el grupo en cuatro equipos.
- ✓ Pedirles que platiquen sobre como es un noviazgo, qué esperan de él, qué les agrada y qué preferirían evitar.
- ✓ Se entrega a cada equipo tarjetas con las siguientes preguntas:
    1. ¿En qué se basan para elegir una pareja?
    2. ¿Cómo consideran su comunicación al iniciar una relación?
    3. ¿Qué están dispuestos a aceptar de la pareja y que no?
- ✓ Cuando todos los participantes hayan expuesto su punto de vista, un integrante del equipo expondrá ante todos los compañeros lo que se habló en su equipo.
- ✓ Al finalizar, los equipos llegarán a una conclusión grupal.

Unidad 3

Tema: El adolescente, la sexualidad y la higiene.

Sub-tema: Sexualidad y sexo en la adolescencia**.**

Actividad	**Duración**	**Material**
El simposio	45 min.	Hojas de rotafolio, mesa grande, vasos, jarra, un mantel, cartulina, plumones, hojas blancas.

[103] Pick, Susan, *op. cit.*, pp. 157-8.

Objetivo:

Analizar las alternativas que tiene el joven para ejercer su sexualidad.

Desarrollo:

- ✓ El educador inicia la actividad explicando que se analizaran las alternativas del ejercicio de la sexualidad en los jóvenes. Organizar cuatro equipos y a cada uno de ellos se le dará un tema a desarrollar en forma de ponencia (temas: abstinencia, relaciones premaritales, masturbación, prostitución).
- ✓ Cada grupo discutirá y analizará su tema y realizará un resumen de las conclusiones alcanzadas las cuales presentara durante el simposio un representante del equipo. Dar 20 minutos para esta actividad.
- ✓ Una vez realizadas las ponencias, el educador iniciará el simposio presentando la temática, así como el titulo de las diferentes ponencias. A continuación presentará a los integrantes de la mesa y cederá la palabra al primer expositor, dándole cinco minutos. Los participantes que no pasan a la mesa de trabajo actúan como público.
- ✓ Una vez terminada la lectura de las ponencias, el educador solicitará al público las preguntas y comentarios. Posterior a este intercambio de opiniones y respuestas a dudas el educador realizará una síntesis del simposio y del ejercicio.

Sugerencias:

- ✓ Se sugiere al educador preparar el ambiente físico del simposio: la mesa, los rótulos con el nombre de cada ponente, el micrófono, los asientos para el público, jarra y vasos. Para una buena realización de técnica es importante el ingenio y el sentido del humor del educador.

Sesión 7

Sub-tema: Exploración del cuerpo.

Actividad	**Duración**	**Material**
Observando mi cuerpo	40 min.	En casa espejo

Objetivo:

Favorecer la actitud positiva hacia el reconocimiento del propio cuerpo y ejercer conductas preventivas que favorezcan la seguridad de la salud sexual.

Desarrollo:

- ✓ Pedir a los adolescentes con anticipación que en casa se vean de cuerpo entero y desnudos ante un espejo. Indicar que se vean los órganos genitales ya sea directamente o con la ayuda de un espejo, tratando de identificar cada parte de ellos.
- ✓ Preguntar a los adolescentes si realizaron o no la actividad y qué experiencias tuvieron al ejecutarla. Hacer hincapié en que es muy diferente la observación que se hace en el momento del baño o al vestirse a la que pueden hacer con el claro propósito de conocerse y auto examinarse.
- ✓ Vuelva a dejar la tarea para aquellos que no la realizaron y recuérdeles que los genitales son tan importantes como los ojos, las manos, los dientes y necesitan cuidado y atención.
- ✓ Reforzar la importancia de la aceptación del propio cuerpo: lo que nos gusta y lo que preferimos cambiar, el color, la textura, el olor, la flexibilidad, etc. Todo esto nos conforma como individuos y el conocimiento y la aceptación de nosotros mismos influyen directamente y de manera definitiva en nuestra percepción e interacción con el mundo.

Sub-tema: Masturbación femenina y masculina.

Actividad	**Duración**	**Material**
Lluvia de ideas	50 min.	Pizarrón Gises

Objetivo:

Comunicar lo que se piensa y cree sobre estos temas llegar a una conclusión.

Platicar ante el grupo por que es que existe la masturbación y aclarar que es una forma de conocer nuestro cuerpo y saber que nos gusta, que puede ser una manera satisfactoria de conocer tu cuerpo siempre y cuando esta actividad no interfiera con otras actividades.

Desarrollo:

- ✓ Dividir al grupo en hombres y mujeres, para que entre ellos platiquen acerca de la masturbación, anteponiendo las preocupaciones que representan para ellos.
- ✓ Escribir conceptos en el pizarrón.
- ✓ Entablar una conversación grupal para llegar a una conclusión.

Unidad 4

Sesión 8

Tema: Anticonceptivos (Importancia social de las medidas anticonceptivas)

Sub-tema: Qué y cuáles son los métodos anticonceptivos.

Actividad	**Duración**	**Material**
La botella	90 min.	Una botella

Objetivo:

Aclara dudas sobre los diferentes anticonceptivos y su uso.

Desarrollo:

- ✓ El educador explicara cuáles son los métodos anticonceptivos existentes en el mercado, su costo y su uso correcto.
- ✓ Después de la actividad se harán preguntas como ¿Es verdad que…? Sobre anticoncepción para revisar si los conceptos quedaron claros.
- ✓ Solicitar al grupo que se siente en el piso formando un círculo.

- ✓ Pedir a un voluntario que pase al centro del círculo, haga girar la botella y lea la primera afirmación de ¿Es verdad que…? A la persona que apunta el cuello de la botella. La persona deberá responder si esa afirmación es falsa o verdadera y por qué.
- ✓ Se podrá ir rotando el voluntario que pasa al centro.
- ✓ Si alguien da una respuesta equivocada, deberá salir del círculo y entre todos darán la respuesta correcta.
- ✓ La persona o personas que quedan al final, recibirán un premio (por ejemplo, dulces, galletas, aplausos o felicitación del grupo, etcétera).

Preguntas sugeridas:

- ✓ ¿Es verdad que la ducha vaginal previene el embarazo?

  Falso. La ducha vaginal no es un método efectivo de anticoncepción y no se recomienda ni como aseo normal, pues destruye la flora vaginal.

  ¿Es verdad que el ritmo es un método anticonceptivo eficaz para los jóvenes?

  Falso. Para los jóvenes no es eficaz porque no hay regularidad en el ciclo hormonal-ovulatorio. Es un método de baja eficacia, tanto para jóvenes como para adultos. El mejor método para los jóvenes es el condón a acompañado de un espermaticida.

  ¿Es verdad que si se toma una pastilla anticonceptiva sólo cuando se tiene coito se puede prevenir un embarazo?

  Falso. Las píldoras anticonceptivas son útiles para no embarazarse sólo si se usan de acuerdo con las instrucciones. Tomar una de vez en cuando o sólo cuando se tiene coito, no sirve como anticonceptivo.

Sesión 9

Sub-tema: Uso adecuado de los métodos anticonceptivos.

Actividad	Duración	Material
Paso a pasito para el uso del condón	45 min.	Cartulinas, cinta para pegar, plumones

Objetivo:

Identificar cada uno de los pasos que se sugieren para el uso efectivo de un de los métodos anticonceptivos.

Desarrollo:

- ✓ Dar explicación del uso correcto de los métodos anticonceptivos.
- ✓ Describir el condón y si es posible mostrarlo como una funda puesta en el pene (ilustrar su colocación en una botella o en su mano, señalando la importancia de dejar un pequeño espacio en la punta), mencionar su importancia en la prevención de un embarazo y en la transmisión de enfermedades sexualmente transmisibles especialmente el sida.
- ✓ Mencionar que se requiere tiempo para adaptarse a las sensaciones producidas por el condón.
- ✓ Escribir con anterioridad cada uno de los términos siguientes en tarjetas grandes: colocar el condón desenrollándolo, eyaculación detenerse un momento, excitación sexual, penetración, erección, perdida de erección, extracción del pene, sostenerlo del borde, utilizar un condón nuevo para cada coito, revisar el buen estado de la envoltura y la fecha de caducidad, quitar el condón con cuidado, tirarlo a la basura.
- ✓ A continuación el educador explicará el procedimiento que se sigue para el uso del óvulo.
- ✓ Escribir cada uno de los términos siguientes en tarjetas grandes de cartulina, con letras grandes: detenerse, esperar 10 a 15 minutos, excitación sexual, eyaculación, aplicación del óvulo extracción del pene, evitar lavaos vaginales (por lo menos durante seis horas) penetración, colocar otro óvulo para cada nuevo coito.

- ✓ Formar 4 grupos de 5 a 7 personas (dos grupos con tarjetas sobre el óvulo y dos con tarjetas sobre el condón). El educador dará las tarjetas a cada grupo en forma desordenada y pedirá al grupo que las ordene. Les dará 2 o 3 minutos para esta labor.
- ✓ Solicitar que pase cada grupo al frente y pegue las tarjetas en el pizarrón o en la pared. El educador hará la revisión conjuntamente con el grupo.

  Orden correcto (condón)

  - ❖ revisión del buen estado de la envoltura y la fecha de caducidad
  - ❖ excitación sexual
  - ❖ erección
  - ❖ detenerse un momento
  - ❖ colocar el condón desenrollándolo
  - ❖ penetración
  - ❖ eyaculación
  - ❖ sostenerlo del borde
  - ❖ extracción del pene
  - ❖ pérdida de la erección
  - ❖ quitar el condón con cuidado
  - ❖ tirarlo a la basura
  - ❖ utilizar un condón nuevo para cada coito

  Orden correcto (óvulo)

  - ❖ Excitación sexual
  - ❖ detenerse
  - ❖ aplicación del ovulo
  - ❖ esperar de 10 a 15 minutos
  - ❖ penetración
  - ❖ eyaculación
  - ❖ extracción del pene
  - ❖ evitar lavados vaginales (por lo menos durante 6 horas)
  - ❖ colocar un óvulo para cada nuevo coito

- ✓ Asegurase de que todos entendieron la secuencia y están de acuerdo con el orden. Resolver dudas al respecto

Sub-Tema: Ventajas y desventajas de cada método anticonceptivo.

Actividad	**Duración**	**Material**
Platicando de métodos anticonceptivos.	45min.	Hojas y plumones

Objetivo:

Sensibilizar a los jóvenes acerca del uso de los métodos anticonceptivos reconociendo las ventajas y desventajas de éstos.

Desarrollo:

- ✓ Formar cuatro equipos.
- ✓ Entregar a cada representante hojas y plumones
- ✓ Los integrantes de equipo tendrán que platicar sobre qué ventajas y desventajas encuentran en los métodos anticonceptivos y escribir sus conclusiones, para después comentarlas ante todo el grupo.

Unidad 5

Sesión 10

Tema: Enfermedades de transmisión sexual y su higiene.

Sub-Tema: Cuáles son las enfermedades de transmisión sexual y su prevención.

Sub-Tema: Diagnostico tratamiento.

Actividad	**Duración**	**Material**
Compartiendo	90 min.	4 tarjetas para cada adolescente cinta adhesiva, plumones, hojas blancas.

Objetivo:

Analizar como las conductas sociales pueden repercutir en la salud sexual.

Desarrollo:

Antes de iniciar con la actividad platicar con los adolescentes de los riesgos que se corren cuando no se protegen al momento de tener relaciones sexuales que impliquen coito, explicar también las enfermedades e infecciones que se pueden adquirir y sus consecuencias así como sus tratamientos.*

*Para esta sesión se sugiere que si el tema nos es lo sufieceintemente bien manejado se solicite la ayuda de un profesional del tema.

- ✓ Conformar 5 grupos. Asignar a cada grupo un color (ver apoyo didáctico) sin decirles el código, y pedir que cada uno lleve cuatro tarjetas del color asignado.
- ✓ Pedir a los adolescentes que escriban en una hoja, con letra grande, su nombre y 5 características personales que los identifiquen (positivas y/o negativas) y se la peguen en el pecho (por ejemplo: simpático, retraído, coleccionista de timbres, deportista).
- ✓ Indicarles que caminen por todo el salón leyendo las hojas de sus compañeros, eligiendo a 4 personas con cuyas características se identifiquen.
- ✓ Una vez elegidas las 4 personas deberán preguntarles si quieren intercambiar tarjetas con él o ella. En caso afirmativo, hacerlo pegando la tarjeta en una parte del cuerpo del compañero en el orden en que éste las va recibiendo. No deben intercambiarse necesariamente todas las tarjetas.
- ✓ Una vez concluido el intercambio informar a los adolescentes el código de cada color y el objetivo de este ejercicio.
  - ❖ No decir a los adolescentes el código del color en las tarjetas sino hasta el final.
  - ❖ Insistir en el orden de pegado en las tarjetas ya que esto indicará el momento del contagio y cómo se dio la propagación.
  - ❖ Enfatizar la relación analógica del ejercicio en la transmisión de una enfermedad sexual. Esto es el contagio casual (como el que puede

darse al intercambiar una tarjeta) no es un medio de transmisión. Pero si comparable en la elección de las personas con las que se relacionan, la cual generalmente realizan por lo que a simple vista observan, por lo que la otra persona quiere que el amigo o vea (la mayoría de las veces sólo los aspectos positivos y de manera aumentada). Así, se tiene en cuenta sólo la información del exterior se formaran imágenes incompletas de esos amigos o la pareja, que los puede conducir a situaciones desagradables como sería una enfermedad sexualmente transmitida.

- ❖ Recordar la importancia que tiene el uso de protección (condón) en una relación sexual que implique el coito de cualquier tipo o bien intercambio de fluidos corporales.
- ❖ Cerrar el ejercicio remarcando la importancia que tiene nuestra conducta social para la salud sexual.
- ❖ Colores para tarjetas.
- ❖ Verde limón: sida; azul marino: sífilis; amarillo: candidiasis; blanco: clamidia; rojo: piojo púbico.

Unidad 6

Sesión 11

Tema: Embarazo no deseado y aborto.

Sub-tema: Embarazo no deseado. Consecuencias psicológicas y sociales.

Actividad	**Duración**	**Material**
Sociodrama[104]	90 min.	Ninguno.

Objetivo: Analizar las consecuencias de un embarazo no deseado en la adolescencia.

[104] Pick, Susan, *op. cit.*, pp. 132-3.

Desarrollo:

- ✓ El educador introducirá al tema, apoyándose en las premisas y contenido correspondiente a esta sesión.
- ✓ Explicar que se va a realizar un sociodrama acerca del embarazo de una pareja adolescente y que es necesario que el grupo participe.
- ✓ Solicitar actores voluntarios (parejas de adolescentes, padres del novio, padres de la novia, amigo del novio, amigo de la novia, maestra, médico, sacerdote, etc.); pueden ser más o menos personajes de acuerdo con el número de participantes y el tiempo del que se disponga.
- ✓ Asignar los papeles a solicitud de los voluntarios. Dejar que los participantes escojan el medio social o las características de los personajes.
- ✓ Dar instrucciones que indiquen que la pareja se encuentra en un parque, la chica ya está segura del embarazo, pues se hizo un examen, y se lo dice a su novio. Después de hablar con el novio ella habla con su amiga, el chico con su amigo, ambos con el médico, ambos con la maestra, él con sus padres, ella con sus padres.
- ✓ El educador moderara los sentimientos del grupo, evitando que se profundicen demasiado ya que ésta no es función del educador sino de un terapeuta.
- ✓ Al terminar el tiempo, pedir un aplauso para los actores
- ✓ Propiciar los comentarios del grupo.

Sub-tema: Aborto espontáneo. Aborto provocado. Cierre de taller.

Actividad	**Duración**	**Material**
Analizando	90 min.	Video, televisión, dvd.

Objetivo:

Propiciar la reflexión sobre la toma de decisión de un aborto tomando en cuenta las consecuencias que conlleva ésta y como prevenirlos.

Desarrollo:

Se presentará un video de aproximadamente 30 min. El cual presenta entrevistas y explicaciones de cómo se lleva a cabo un aborto.

Después de haber observado el video se forman equipos los cuales en hojas blancas escribirán su conclusión de lo que acaban de ver y por qué creen que tengan ventajas y desventajas esta situación.

Terminada esta actividad se integran todos los grupos para que, de forma individual, hagan preguntas de las cuales podrían tener dudas (de todos los temas vistos durante el taller); también se propicia el diálogo para que comenten qué les pareció el curso y qué es lo más satisfactorio de éste.

Conclusión final

Al iniciar el siglo XXI es difícil hablar de la cultura en México sin considerar el inmenso abanico de manifestaciones, creencias, prácticas y visiones que la forman; en realidad, es tal vez más exacto hablar de las múltiples culturas que conviven y se confunden en nuestro país. La sexualidad como una faceta intrínseca al ser humano no escapa a esta realidad, y podemos así hablar de que en México existen múltiples manifestaciones y formas de entender la sexualidad humana.

Cada región, cada grupo étnico, expresa y vive su sexualidad con particularidades únicas. El lugar en el que vivimos es también un factor determinante de nuestra forma de vivir nuestra sexualidad; no es lo mismo vivir en una pequeña comunidad que en una gran ciudad, ni vivir en cualquiera de esos lugares y haber nacido allí que haber emigrado desde el propio lugar de origen. Todos esos factores, entre muchos otros, son determinantes de cómo siente cada uno su propia sexualidad.

Así las cosas, podemos sólo hablar de la sexualidad de determinados grupos en determinadas circunstancias; por ejemplo: de las familias de clase media que habitan en la ciudad de México —que son distintas sin duda de las que viven en Guadalajara, Monterrey o Guanajuato.

En todas las familias se trata de transmitir a los hijos las formas de entender y vivir la sexualidad que los padres o abuelos consideran las adecuadas. En ello influyen cuestiones como la formación y preparación de los padres, sus conocimientos, creencias y valores, su ideología, experiencias y expectativas, etcétera. En nuestro trabajo pudimos notar que en el medio urbano tan masivo en el que vivimos no hay ya una estereotipo de familia; hay ahora muy diversas conformaciones de los núcleos familiares, con diferentes formas de comunicarse e interactuar, y diferentes formas de hablar o expresarse sobre la sexualidad.

La escuela es tal vez el espacio en el que los adolescentes discuten abiertamente por vez primera con los amigos, sus pares, lo aprendido en la casa. Ahí comienzan a poner en duda o a afirmar todo lo que han recibido de la familia, los medios y otras fuentes de información diversas a las que están expuestos.

Nuestra propuesta busca que padres de familia y maestros se interesen más por esta etapa y entren en contacto directo con los adolescentes. Creemos que si el adolescente recibe una orientación adecuada e información veraz y útil, podrá tomar decisiones sobre su sexualidad de manera responsable tanto frente a sí como frente a las presiones de su círculo social. La propuesta pedagógica que hemos elaborado busca, así, ser una opción y una alternativa valiosa para que los adolescentes reciban la información que los ayude a transitar hacia una vida adulta plena y segura.

Para elaborarla, utilizamos una metodología exploratoria, seleccionando una muestra accidental, no probabilística a la que aplicamos un instrumento de 14 preguntas, realizando antes un piloteo que nos sirvió para saber cuáles son los temas de mayor interés para los adolescentes, así como la información que poseen y la que necesitan.

Sabemos que los alcances de una propuesta como la nuestra son, en cierto sentido, limitadas, pues alcanzan a un número muy reducido de adolescentes y, al formar parte de sus actividades escolares, tienen un efecto que requiere reforzarse para ser bien asimilada por los jóvenes, expuestos como están, a múltiples distractores y fuentes de información y diversión. Pero al mismo tiempo sabemos que la propuesta es un valioso complemento en la formación de los adolescentes, y que la información que les proporcionará puede serles de gran utilidad.

Para reforzar la formación de los adolescentes es necesario también implementar otras acciones en las escuelas, como que los profesores encargados de impartir las materias de orientación sexual cuenten con una mejor preparación, pues en muchos casos sus clases se basan en experiencias propias, y no son capaces de proporcionar las herramientas para que los adolescentes decidan correctamente. Cursos dirigidos a los profesores y una constante actualización en temas de salud sexual son indispensables para garantizar que un programa de información y prevención dirigido a los adolescentes como el que hemos propuesto, tenga éxito. No es suficiente tener un programa bien estructurado o un temario claro que guíe las sesiones, si los profesores tienen dudas o no han podido ellos mismos despojarse de los prejuicios y mitos que rodean la sexualidad. Tanto el perfil de los profesores como su continua preparación son puntos clave que merecen ser tomados en cuenta y, aunque sólo fueron mencionados tangencialmente a lo largo del trabajo, merecen mucha atención a la hora de la implementación. Más allá de las dificultades materiales, lo ideal es siempre que sea un especialista, o un grupo de ellos, quienes se encarguen de impartir estas materias.

Bibliografía

Abenoza Guardiola, Rosa, *Sexualidad y juventud. Historias para una guía*, México, Edit. Paidós, 1990, 163 pp.

Aberastury, Arminda y Mauricio Knobel, *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico,* Ed. Paidós, Barcelona, 2002.

Aguirre Baztán, Ángel, *Psicología de la adolescencia,* Alfaomega, Barcelona, 1994, 339 pp.

Álvarez, *Sexualidad en la pareja,* El Manual Moderno, México, 1996, 541 pp.

Ayarza Bastidas, Alfredo, *Educación sexual para adolescentes,* tercera edición, Edit. Cooperativa / Edit. Magisterio, Santa Fe Bogotá, 1997, 106 pp.

Barragán, Fernando, Guerra, María I. y Jiménez, B., *La construcción colectiva de la igualdad. Vol. 1. ¿Cómo nos enseñan a ser diferentes?,* Dirección General de Promoción y Evaluación Educativa. Consejería de Educación y Ciencia. Junta de Andalucía, Sevilla, 1996.

Bartolomeis, Francesco de, *La psicología del adolescente y la educación,* Roca, México, 1985, 334 pp.

Calixto Flores, Raúl, *Los trabajos y los días. Imagen y percepción de la educación de la sexualidad,* UPN, México, 2000.

Castillo Ceballos, Gerardo, *Tus hijos adolescentes,* cuarta edición, Palabra, Madrid,1995, 281 pp.

Crooks, Robert, *Nuestra sexualidad,* séptima edición, International Thompson, México, 2000, 706 pp.

Deschamps, Jean-Pierre, *Embarazo y maternidad en la adolescente,* Edit. Herder, Barcelona, 1979.

Diccionario de psicología y pedagogía., Edit. EuroMexico, México, 2001,868 pp.

Douglas C., Kimenel, *Una transición del desarrollo,* Ariel, Barcelona, 1998,651 pp.

Font, Pere, *Pedagogía de la sexualidad,* segunda edición, Edit. Grao / Universitat de Barcelona, Barcelona, 1999, 167 pp.

Fuertes Martín, Antonio y Félix López Sánchez, *Aproximaciones al estudio de la sexualidad,* Ediciones Amarú, Salamanca, 1997, 278 pp.

González, Eugenio, *Psicología del ciclo vital,* Editorial CCS, Madrid, 2000, 435 pp.

González Núñez, José de Jesús, *Psicopatología de la adolescencia*,Edit. Manual Moderno, México, 2001,277 pp.

González Núñez, José de Jesús, *Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes,* segunda edición, Edit. Trillas, México, 1989, 190 pp.

Grinder, Robert E., *Adolescencia,* Edit. U. Wiley, Nueva York, 1978, 610 pp.

Guía para la educación sexual. Cómo responder a las preguntas que le hacen y harán sus hijos, Lumen-Hormé, Buenos Aires, 1993.

Ituarte de Ardavín, Ángeles, *Adolescencia y personalidad. Orientación educativa,* Edit. Trillas, México, 1999, 144 pp.

Johnson, Eric W., *educación sexual para adolescentes*, octava edición, Lumen-Horme, Buenos Aires, 1993, 94 pp.

Jones, Derek Ll., *Enfernedades de transmisión sexual. Cómo identificarlas y prevenirlas. Relaciones humanas y sexología*, Grijalbo, México, 1987.

La educación de la sexualidad humana. Vol. 2. Familia y sexualidad, segunda edición, CONAPO, México, 1986, 348 pp.

La sexualidad en nuestros hijos, Centro de Cooperación Regional para la Educación de los Adultos en América Latina y el Caribe (México), Michoacán, 2000, 64 pp.

López Sánchez, Félix, *Educación sexual de adolescentes y jóvenes. Salud y sociedad,* segunda edición, Siglo XXI Editores, México, 1996, 326 pp.

Lutte, Gérard, *Liberar la adolescencia. La psicología de los jóvenes hoy,* Edit. Herder, España, 1991, 400 pp.

Kimmel Douglas C. *La adolescencia transición del desarrollo.,*Edit., Ariel Barcelona, 1998, 651 pp.

Krause Peters, M. *Algunos temas fundamentales de educación sexual,* Ed. Científico-Técnica, La Habana, 1998.

Master, William H. y Virginia E. Johnson *La sexualidad humana 2,* Grijalbo, México, 1989, 547 pp.

McKinney, John Paul, *Psicología del desarrollo. Edad adolescente,* Edit. Manual Moderno, México, 1982, 266 pp.

Monroy de Velasco, Anameli, *Fecundidad en la adolescencia,* Edit. OPS, Washington, 1988, 69 pp.

Muuss, Rolf E., *Teorías de la adolescencia,* Paidós, México, 1997, 225 pp.

Pansza, Margarita., *Operatividad de la DidácticaTomo I.I,*octava edición, Edit. Gernika, México,1999,127 pp.

Papalia, Diane, *Desarrollo humano,* McGraw-Hill, Bogotá, 1997.745 pp.

Pérez Hernández, Celia Josefina y Eusebio Rubio Aurioles (coordinadores), *Antología de la sexualidad humana III,* segunda edición, Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial, México, 2002, 905 pp.

Pick, Susan, *Planeando tu vida,* Editorial Ariel Escolar, México, 1995, 413 pp.

Prevención del embarazo no deseado en la adolescencia, Secretaría de Salud-Subsecretaría de la Prevención y Control de Enfermedades-Dirección General de Salud Reproductiva-Programa Juntos por la Salud, México, 2000.

Rivera Reyes, Gabriel, *Métodos anticonceptivos para adoelscentes. Manual para prestadores de servicios*, Pathfinder International, México, 1999.

Ruiz, Marcos, "La identidad sexual y de género como fenómeno de integración social y política", en *Cuerpo y sexualidad*, Francisco Vidal y Carla Donoso (editores), Universidad Arcis / FLACSO / Vivo positivo, Santiago de Chile, agosto, 2002, 147 pp.

Samoieri, Hernández R.,Medetodología *de la Investigación*, tercera edición Edit. McGraw-Hill, México,1991,705 pp.

Segú, Héctor F., *Sexología básica. Fundamentos propsicosociales para su estudio,* tercera edición, Lumen, Buenos Aires, 2000, 235 pp.

Van Dalen, Deobold B*. Manual de técnica de la investigación educacional.* Edit. Paidós, Buenos Aires,1979,331pp.

www.wikipedia.org.es

Anexos

Anexo 1. Programa académico del CCH-Sur

MAPA CURRICULAR

Primer Semestre		
Asignatura	**Horas**	**Créditos**
Matemáticas Algebra y Geometría I	5	10
Taller de Cómputo	4	8
Química I	5	10
Historia Universal Moderna y Contemporánea I	4	8
Taller de Lectura y Redacción I	6	12
Inglés I / Francés I	4	8
TOTAL	28	56
Segundo Semestre		
Asignatura	Horas	Créditos
Matemáticas Algebra y Geometría II	5	10
Taller de Cómputo	4	8
Química II	5	10
Historia Universal Moderna y Contemporánea II	4	8
Taller de Lectura y Redacción II	6	12
Inglés II / Francés II	4	8
TOTAL	28	56
Tercer Semestre		
Asignatura	Horas	Créditos
Matemáticas Algebra y Geometría III	5	10
Física I	5	8
Biología I	5	10
Historia de México I	4	8
Taller de Lectura y Redacción II	6	12
Inglés III / Francés III	4	8
TOTAL	29	58
Cuarto Semestre		
Asignatura	Horas	Créditos
Matemáticas Algebra y Geometría IV	5	10
Física II	5	8
Biología II	5	10
Historia de México II	4	8
Taller de Lectura y Redacción IV	6	12
Inglés IV / Francés IV	4	8
TOTAL	29	58
Quinto Semestre		
	Asignatura	Horas / Créditos
1ª Opción	Optativa	Cálculo I — 4 / 8

		Estadística I Cibernética y Computación I		
2ª Opción	Optativa	Biología III Física III Química III	4	8
3ª Opción	Obligatoria	Filosofía I	4	8
	Optativa	Temas Selectos de Filosofía I	4	8
4ª Opción	Optativa	Administración I Antropología I Ciencias de la Salud I Ciencias Políticas y Sociales I Derecho I Economía I Geografía I Psicología I Teoría de la Historia I	4	8
5ª Opción	Optativa	Griego I Latín I Lectura y Análisis de Textos Literarios I Taller de Comunicación I Taller de Diseño Ambiental I Taller de Expresión Gráfica I	4	8
		TOTAL	28	56

Sexto Semestre

		Asignatura	Horas	Créditos
1ª Opción	Optativa	Cálculo II Estadística II Cibernética y Computación II	4	8
2ª Opción	Optativa	Biología IV Física IV Química IV	4	8
3ª Opción	Obligatoria	Filosofía II	4	8
	Optativa	Temas Selectos de Filosofía II	4	8
4ª Opción	Optativa	Administración II Antropología II Ciencias de la Salud II Ciencias Políticas y Sociales II Derecho II Economía II Geografía II Psicología II Teoría de la Historia II	4	8
5ª Opción	Optativa	Griego II Latín II Lectura y Análisis de Textos Literarios II Taller de Comunicación II Taller de Diseño Ambiental II Taller de Expresión Gráfica II	4	8
		TOTAL	28	56

Conmutador: (01)51-35-07-64 ó (01)51-35-07-64
Página Oficial del Colegio de Ciencias y Humanidades, Plantel SUR
Cataratas y Llanura S/N, Col. Jardines del Pedregal, Del. Coyoacán C. P. 04500
© Copyright 2005, Reservados todos los Derechos.

Anexo 2. Instrumento

Universidad Pedagógica Nacional

Licenciatura en Pedagogía

Cuestionario

Este cuestionario ha sido elaborado para conocer tus intereses, dudas e inquietudes en el tema de la sexualidad.

La información que proporciones es totalmente confidencial.

Gracias por tu colaboración.

Instrucciones

Responde a las siguientes preguntas de la manera más concreta posible o selecciona la opción correcta según tu caso.

Edad: _____ Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )

¿Qué semestre cursas? _____

Estado civil: Soltero ( ) Casado ( ) Otro ( ) _____

¿Qué edad tienen tus papás? Mamá: _____ Papá: _____

1. ¿Con quién vives? (Puedes marcar más de una opción)

Mamá ( ) Hermanos mayores ( ) ¿Cuántos? _____

Papá ( ) Hermanos menores ( ) ¿Cuántos? _____

Abuela ( ) Hermanas mayores ( ) ¿Cuántas? _____

Abuelo ( ) Hermanas menores ( ) ¿Cuántas? _____

Tíos ( )

2. ¿Cómo es la comunicación con tu familia?

Muy buena ( ) Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )

3. ¿Platicas con alguien de tu familia sobre temas de sexualidad?

No ( )

Sí ( ) ¿Con quien (es)? _____

_____

4. ¿Hablas de sexualidad con tus amigas (os)?

No ( )

Sí ( ) ¿De qué temas? _____

_____

5. ¿Has buscado información por tu cuenta?

No ( ) ¿Por qué? _____

Sí ( ) ¿En dónde? _____

6. ¿Has recibido información sobre sexualidad en la escuela? (Aquí o en cualquier nivel anterior)

No ( )

Sí ( ) ¿Qué temas recuerdas?

( ) Sexualidad

( ) Funcionamiento de los órganos sexuales femeninos y masculinos

( ) Cambios psicológicos

( ) Cambios hormonales

( ) Relaciones sexuales

( ) Orientación sexual

( ) El noviazgo

( ) Métodos anticonceptivos

( ) Mitos y realidades sobre el sexo

( ) Enfermedades de transmisión sexual

( ) Embarazo

( ) Otros _____

7. Consideras que lo que sabes sobre sexualidad es:

Mucho ( ) Regular ( ) Poco ( ) Nada ( )

8. Consideras que es mejor tener relaciones sexuales antes o después del matrimonio.

Antes ( )

Después ( )

¿Por qué? _____

_____

9. ¿A qué edad crees conveniente tener la primera relación sexual?

( ) 13 a 15

( ) 16 a 18

( ) 19 a 21

( ) más de 21

10. ¿Qué métodos anticonceptivos conoces? (Puedes marcar más de una opción)

( ) Condón masculino

( ) Condón femenino

( ) Pastillas anticonceptivas

( ) Método del ritmo

( ) Coito interrumpido

( ) Inyecciones anticonceptivas

( ) Parche transdérmico

( ) Implantes subdérmicos

( ) Espermicidas

( ) Método de Billings

( ) Diafragma

( ) Vasectomía

( ) Salpingoclasia

( ) Otros _____

11. ¿Qué consideras tú que es ejercer la sexualidad con responsabilidad?

_____

_____

12. ¿Cuáles son las enfermedades de transmisión sexual de las que estás informado? (Puedes marcar más de una opción)

( ) Clamidia
( ) Herpes genital
( ) Tricomoniasis
( ) Gonorrea
( ) Sífilis
( ) Hepatitis B
( ) SIDA
( ) Candidiasis
( ) Ladillas
( ) Vaginitis monilial
( ) Chancro
( ) Papiloma humano
( ) Otras _____

13. ¿Te interesaría participar en un taller sobre sexualidad en tu escuela?

Sí ( )
No ( )

14. ¿Qué temas de sexualidad te gustaría que se impartieran en un taller?

_____

_____

_____