

Por mi salud y tu tranquilidad, hablemos de sexualidad



Con más educación sembramos la semilla de un México seguro para ti y tu familia



Vivir Mejor

GOBIERNO FEDERAL
SEP EN EL DF

GOBIERNO
FEDERAL

SEP



POR MI SALUD Y TU
TRANQUILIDAD,
Hablemos de Sexualidad

Secretaría de Educación Pública
Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal
Dr. Luis Ignacio Sánchez Gómez

Dirección General de Servicios Educativos Iztapalapa
Mtra. María Isaura Prieto López

Título "*Por mi salud y tu tranquilidad, Hablemos de Sexualidad*"
Derechos Reservados ©2012
Dirección General de Servicios Educativos Iztapalapa (DGSEI)

Mtra. Irene Torices Rodarte
Lic. Guadalupe Avila García
Coordinadoras

Impreso en México
ISBN 978-607-717-003-7

Queda prohibida la reproducción total o parcial del contenido de la presente obra en cualquier forma, conocida o por conocerse, sin consentimiento previo y por escrito de los titulares del Copyright.

CRÉDITOS

Coordinadoras

Irene Torices Rodarte

Especialista en Sexología Educativa

Especialista en Sexología Clínica

Maestra en Sensibilización y Manejo de Grupos en Educación de la Sexualidad

Maestra en Discapacidad y Sexualidad

Guadalupe Ávila García

Especialista en Sexología Educativa

Especialista en Sensibilización y Manejo de Grupos en Educación de la Sexualidad

Colaboradoras

Liliana Villafranca Fanyten

Rossana María del Carmen González Osorno

Ilustraciones

Claudia Iris Vázquez Domínguez

Diseño editorial

Luis Arturo Mora Samperio

José Antonio Alcantara Useda

José Alejandro Luna Ortíz

CONTENIDO

	Pág.
Prólogo	9
Introducción	11
Capítulo 1	
Marco conceptual para el desarrollo, la salud sexual y salud reproductiva en la pubertad y adolescencia	13
Salud sexual	14
Salud reproductiva	19
Sexo	21
Género	23
Rol sexo – genérico	24
Identidad de género	24
Identidad sexual	25
Orientación sexual	25
Preferencia sexual	25
Erotismo	26
Apego emocional	26
Amor/Afecto	26
Vínculo afectivo	27
Actividad sexual	27
Actividad sexual segura y protegida	27
Prácticas sexuales	27
Relaciones sexuales sin riesgo	27
Comportamientos sexuales responsables	27
Sexualidad	28
Educación integral de la sexualidad	29
Sexología	32
Derechos sexuales de las y los jóvenes	33
Bibliografía	38
Capítulo 2	
Anatomía sexual humana	41
Los sentidos	41
Órganos sexuales pélvicos de la mujer	46
Órganos sexuales pélvicos del hombre	53
Bibliografía	60

Pág.

Capítulo 3

- 61 Higiene sexual en la pubertad y la adolescencia
- 62 Propósitos y requisitos de la higiene sexual
- 63 Higiene personal
- 71 Higiene sexual de la mujer
- 78 Higiene sexual del hombre
- 84 Bibliografía

Capítulo 4

- 85 Desarrollo, salud sexual y salud reproductiva en la pubertad
- 86 Factores individuales que influyen en el desarrollo y la salud sexual adolescente
- 103 Características psicológicas y sociales de la pubertad y la adolescencia
- 110 Influencias sociales y ambientales sobre la salud sexual y el desarrollo del adolescente
- 118 Bibliografía

Capítulo 5

- 119 Respuesta sexual humana
- 119 Modelos de la respuesta sexual humana
- 121 Ciclo de la respuesta sexual humana
- 123 Respuesta sexual de la mujer
- 124 Respuesta sexual del hombre
- 125 Cambios anatómicos y fisiológicos de los órganos sexuales pélvicos durante las diferentes fases de la respuesta sexual humana
- 131 Bibliografía

Capítulo 6

- 133 Infecciones de los órganos sexuales pélvicos
- 134 Factores de riesgo para contraer infecciones de transmisión sexual
- 136 Cuadro descriptivo de las infecciones de transmisión sexual
- 149 Consecuencias de las infecciones de transmisión sexual
- 149 Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual
- 153 Bibliografía

Capítulo 7

- 155 Metodología anti fecundativa moderna
- 156 Conceptos generales
- 157 Reproducción humana
- 160 Los métodos anti fecundativos
- 194 Servicios de anti fecundación y educación sexual para adolescentes
- 202 Bibliografía

Capítulo 8

Embarazo en la adolescencia	205
Conceptualización y frecuencia del embarazo adolescente	205
Características de las madres y padres adolescentes	208
Complicaciones y consecuencias del embarazo adolescente	215
Las hijas e hijos de madres y padres adolescentes	221
Embarazo adolescente y proyecto de vida	222
Bibliografía	226

Capítulo 9

Sexualidad en la discapacidad adolescente	231
Marco Normativo	231
Conceptos básicos en discapacidad	239
Bases para la orientación, educación y consejería en sexualidad a adolescentes con discapacidad	243
La atención a la sexualidad de adolescentes con discapacidad	248
Educación de la sexualidad en la discapacidad durante la etapa de la pubertad y la adolescencia	257
La educación de la sexualidad y la educación especial	262
Bibliografía	266

Capítulo 10

Maltrato, abuso sexual y violencia entre pares en la pubertad y adolescencia	269
Concepto de maltrato y abuso sexual infantil	269
Tipología del maltrato y el abuso sexual	277
Violencia durante el noviazgo en la adolescencia	282
Bullying, acoso escolar o violencia entre pares	284
Normativa legal	293
Proceso de atención al maltrato infantil	294
Bibliografía	308

La sexualidad adolescente es un tema que suele evadirse y puede resultar incómodo su abordaje, pareciera que no reconocerla permite pensar en su inexistencia.

La población adolescente manifiesta que el principal obstáculo que encuentran para hablar sobre sexualidad, es la falta de naturalidad al abordar el tema -no solo en sus familias, también en los centros escolares- la sexualidad se perpetúa como un tema tabú, por lo que la juventud se manifiesta con reservas para acercarse a la población adulta, lo que a su vez inhibe la posibilidad de que en lo cotidiano resuelvan las dudas y/o las dificultades que enfrentan en su desarrollo personal.

La pobreza constituye otro factor para que la población adolescente pueda desarrollar todas sus capacidades humanas, incluso las más básicas, como gozar de una vida saludable, adquirir conocimientos, participar en la vida política e incluirse plenamente en la sociedad. La pobreza coloca a este grupo en condiciones de mayor vulnerabilidad ante su vida sexual y reproductiva, de por sí compleja por sus características culturales y sociales.

La sexualidad no atendida impide que se lleven a cabo estrategias efectivas para que este sector de la población pueda ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, con pleno conocimiento, sin que exista coerción y/o discriminación.

La ausencia de programas formales de educación de la sexualidad y la falta de cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes agudiza el problema.

Los jóvenes requieren de herramientas mínimas necesarias para ejercer su sexualidad en un ámbito de seguridad: que tengan posibilidad de ejercer su derecho a la información cabal, científica y laica sobre sexualidad, accesibilidad a métodos antifecundativos y a la educación de la sexualidad. La Secretaría de Educación Pública y, particularmente los centros escolares, deben promover conforme lo establece la Ley General de Educación en su Artículo 7º. (Fracción X) el desarrollo de *actitudes solidarias entre los individuos y crear conciencia sobre la preservación de la salud, el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y el respeto absoluto de la dignidad humana... así mismo, realizar acciones educativas y preventivas a fin de fomentar el derecho a vivir libres de violencia sexual* (Fracción XVI).

En adición a lo enunciado en la Ley General de Educación, es necesario considerar el compromiso firmado por nuestro país en el 2008, celebrado durante la XVII Conferencia Internacional de SIDA, en la que se establecen diversos acuerdos para garantizar el acceso a la educación integral de la sexualidad en todos los niveles formativos, incluyendo la capacitación al personal docente, la participación de la comunidad y de las familias.

En el marco de dicha Conferencia Internacional, la meta comprometida en la Declaración Ministerial de la 1ª. Reunión de Ministros de Salud y Educación para detener el VIH e ITS en Latinoamérica y el Caribe, es que *para el año 2015, se reduzca en 75% la brecha en el número de escuelas que actualmente no han institucionalizado la educación integral de la sexualidad, para los centros educativos bajo la jurisdicción de los Ministerios de educación.*

También resulta indispensable considerar a la población adolescente con discapacidad y los documentos normativos de observancia, que contemplan la inclusión de la educación de la sexualidad a través de planes y programas, diseñados de acuerdo a sus necesidades y características particulares:

Así en cuanto a las disposiciones normativas y de acuerdo a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2007), establece en su artículo 25 el compromiso de *proporcionar a las personas con discapacidad programas y atención en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.*

La Ley General para la inclusión de las Personas con Discapacidad (2011), dispone en el Artículo 7º, fracción X, *la necesidad de crear programas de orientación, educación y rehabilitación sexual para las personas con discapacidad y sus familias.*

La propuesta del Programa de Educación de la Sexualidad para la Prevención de la Violencia Sexual que lleva a cabo la Dirección General de Servicios Educativos Iztapalapa tiene como premisa: contra el riesgo, educación. Sostiene que a fin de preservar la integridad del alumnado de las comunidades escolares se requiere fortalecer las competencias docentes, para diseñar y desarrollar intervenciones que nutran la autoestima de quienes conforman las comunidades escolares, favorecer su empoderamiento y en consecuencia, comportamientos sexuales responsables considerando el entorno socioeconómico en el cual estas comunidades adolescentes existen.

"Por mi salud y tu tranquilidad, hablemos de sexualidad" es un texto para docentes, familias y adolescentes, que tiene como objetivo promover una educación de la sexualidad que contribuya a prevenir los embarazos adolescentes, las infecciones de transmisión sexual y la violencia sexual y de género, a través del ejercicio autónomo y responsable de la sexualidad. Está dirigido al cuerpo docente y paradocente que atiende a población de 5to y 6to año de primaria y de todos los niveles de secundaria, de forma preponderante aunque no exclusiva. Este texto no pretende agotar ni tener información exhaustiva de cada tema, sino ser una guía para educar en la sexualidad, reforzando los contenidos de los libros de texto que contemplan el desarrollo sexual. Al final de cada capítulo se incluye la bibliografía que se recomienda consultar para ampliar los conocimientos sobre cada tema.

Con certeza afirmo que, este documento será de gran interés y enorme utilidad para quienes tenemos la labor de educar y, fomentar el desarrollo de roles de género que promuevan el respeto y las relaciones justas entre las personas dentro de un marco de valores basados en los derechos humanos.

Dr. Luis Ignacio Sánchez Gómez
Administrador Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal

Coeducar es educar para que las personas se sientan bien siendo lo que quieren ser, utilizar un lenguaje que represente ambos sexos, ampliar las oportunidades educativas y formativas de todas las personas; compartir lo que hombres y mujeres desde lo que somos, desde nuestra historia, desde lo que hemos aportado al conjunto de la humanidad, adquiera el mismo valor por el simple hecho de ser hombre o de ser mujer. Coeducar es educar a hombres y mujeres completos proporcionándoles saberes que les ayuden a entender este mundo, dándoles la oportunidad de conocer y trabajar sobre sus emociones y sentimientos, estimulándoles a tener en cuenta que necesitan de y son necesarios para las personas con las que conviven.

A partir de la pubertad y durante la adolescencia, empiezan a manifestarse diversas formas de relacionarse con los demás, apreciándose cambios más evidentes en el afecto, emociones y actividad sexual. Padres, madres y docentes siguen siendo figuras de apego y son los modelos a imitar, al mismo tiempo son quienes determinan las áreas del desarrollo a estimular y los encargados de reforzar la conducta afectiva y sexual.

La Educación Sexual y Coeducación están en el currículo escolar como ejes transversales. La transversalidad facilita trabajar de forma coeducativa todas las actividades y experiencias.

La Educación de la Sexualidad deberá procurar un ambiente que facilite la adquisición de comportamientos responsables, según la capacidad y las aptitudes de cada persona independientemente de los estereotipos culturales y sociales. Para conseguir este fin es necesaria una planeación que considere las necesidades de cada grupo particular, para realizar propuestas coeducativas dentro del aula y evitar cualquier tipo de discriminación; debe además considerarse:

- Proporcionar información a las familias
- Diseñar materiales y recursos adecuados a necesidades específicas
- Utilizar metodologías concretas para el trabajo en aula

El texto que se presenta busca favorecer la Educación de la Sexualidad y la coeducación desde la transversalidad, está integrado por 10 capítulos: en el capítulo 1, se propone un marco conceptual para el abordaje de la sexualidad adolescente, basado en investigaciones y documentos propuestos por organismos internacionales reguladores en materia de salud sexual y reproductiva, el capítulo 2 presenta una revisión de la anatomía sexual humana, donde se incluyen los órganos de los sentidos por implicarse directamente con la respuesta sexual humana; el capítulo 3, expone los requisitos de la higiene sexual en la pubertad y la

adolescencia como medida para garantizar la salud sexual. El capítulo 4 incluye una revisión al desarrollo de la pubertad y sus implicaciones en la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva biopsicosocial; en el capítulo 5, se hace referencia a los cambios que acontecen durante la respuesta sexual en mujeres y hombres, el capítulo 6; presenta una descripción de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en nuestro medio, así como los factores de riesgo y medidas de prevención. El capítulo 7, presenta la descripción, ventajas y desventajas de la metodología anti fecundativa moderna como antecedente al capítulo 8, en el que se revisan las características del embarazo adolescente, incluyendo de la participación del hombre y no únicamente desde la perspectiva de la mujer; el capítulo 9 presenta las condiciones en las que se desarrolla la sexualidad cuando se presenta una condición de discapacidad y los elementos útiles para ofrecer educación de la sexualidad en las escuelas; por último el capítulo 10 expone aspectos puntuales del maltrato, abuso y violencia en la pubertad y adolescencia, incluyendo el proceso de atención escolar a estos eventos.

Esperamos que con la misma dedicación y compromiso con el que fue elaborado este documento, se adopten medidas educativas en los centros escolares, que contribuyan a mejorar la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes de nuestro país.

CAPÍTULO 1

MARCO CONCEPTUAL PARA EL DESARROLLO, LA SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN LA PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

Guadalupe Ávila García

En este siglo XXI parece que la sexualidad es algo **de “todos los días” en la televisión, las revistas de divulgación popular, la radio e internet**. Sin embargo mucha de esa información no es real ni científica y, puede está cargada de mitos y prejuicios. La información recibida a través de los medios de comunicación masiva, es una de las formas como niñas, niños, adolescentes y jóvenes aprenden sobre comportamientos sexuales. Es necesario que los adultos cercanos a la población infantil y adolescente cuenten con la información sobre los conceptos básicos en sexualidad humana para dar orientación acertada y asertiva.

Hablar de educación de la sexualidad es adentrarse en un tema que para algunas personas se torna difícil y a veces delicado, ya que no todas poseen una información clara, precisa y científica de los aspectos concernientes a la sexualidad humana.

En el ámbito educativo esto no deja de ser la excepción cuando los propios libros de texto priorizan aspectos fisiológicos y reproductivos y dejan de lado elementos relacionados con el respeto, la toma de decisiones responsables, las emociones, el placer y la aceptación de la diversidad.

La educación básica tiene la finalidad principal de educar para la vida, por lo tanto, se enseña a leer, escribir, a resolver problemas, a pensar en forma creativa, entre otras competencias. Estas son las aptitudes que serán usadas a lo largo de la vida. Con respecto a la educación de la sexualidad más específicamente, la información, actitudes y aptitudes que las personas adquieren como niños y jóvenes influirán en sus decisiones y repercutirán en su salud sexual general en la edad adulta. La niñez, la pubertad y la adolescencia son períodos fundamentales para el desarrollo de la sexualidad. El conocimiento básico, las actitudes formativas y las prácticas saludables que se aprenden antes o a medida que empieza la actividad sexual tienen muchas más probabilidades de transferirse sistemáticamente y mantenerse hasta la edad adulta.

Los problemas que la juventud enfrenta hoy en día en relación con su salud sexual y reproductiva son variados y complejos. Dichos problemas incluyen conductas sexuales de riesgo, embarazos no deseados y la adquisición de infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el VIH. Aunque la consejería no es la solución para todos estos problemas, es una de las intervenciones multidisciplinarias más importantes que se puede llevar a cabo por

proveedores de salud o de servicios socioeducativos en diferentes niveles. La consejería es una intervención que trata los aspectos psicosociales de la juventud, incluyendo las emociones intensas que con frecuencia interfieren con la capacidad de los jóvenes para tomar decisiones saludables respecto a su sexualidad. Al mismo tiempo, les ofrece la oportunidad de aprender habilidades específicas para desarrollar una sexualidad saludable (OPS, 2005).

Las y los docentes están conscientes de la necesidad de seguir fortaleciendo sus competencias con información fundamentada en disciplinas científicas como la sexología para dar respuesta a los cuestionamientos del alumnado en forma primaria y de manera paralela a madres y padres de familia, para cumplir con su tarea educativa en los centros escolares.

Para proporcionar una educación formal de la sexualidad a niñas, niños y jóvenes y, contribuir a preservar su salud -en la que está inmersa la salud sexual- es primordial tener claridad en los conceptos básicos que van a guiar todo el trabajo y orientación en la sexualidad. En las siguientes líneas se abordarán estos conceptos que enmarcan el universo que corresponde a la sexualidad.



SALUD SEXUAL

La mayoría de los programas sobre salud sexual dirigidos a adolescentes y jóvenes se centran en la salud reproductiva, la mayoría de las metas y objetivos de los programas se centran en prevenir o reducir los índices de embarazo adolescente y las infecciones de transmisión sexual sobre todo el VIH y en promover la abstinencia entre los jóvenes. Uno de los criterios que muchos adultos emplean es crear culpa o atemorizar al o a la joven para evitar que se involucre en la actividad sexual dejando a un lado las sensaciones de bienestar y placer que puede proporcionar el ejercicio sano y responsable de la sexualidad.

Los programas y políticas tradicionales han sido de naturaleza “curativa” y con frecuencia han definido el éxito como la ausencia de problemas, en lugar de como un desarrollo saludable. Dichos programas y servicios son verticales en su enfoque y no integran los conceptos de familia, cultura, valores y el contexto global en el que ocurre el comportamiento. Las intervenciones tratan de cambiar la conducta una vez que ésta se encuentra bien arraigada, debido a que durante la infancia no se consideró la prevención, los programas están dirigidos a tratar las consecuencias de la falta de conocimiento y consciencia sobre las conductas de riesgo. Por otro lado las y los jóvenes no participan de lleno en el diseño y ejecución de programas, por lo tanto, las intervenciones no reflejan sus deseos ni preocupaciones. Además de que los programas sólo pretenden prevenir o solucionar problemas específicos de las y los jóvenes en determinado momento, generalmente una conducta problemática aislada, sin prestar atención al contexto social, por lo que no han demostrado ser efectivos a largo plazo. Los programas necesitan ir más allá del enfoque orientado al problema para pasar a uno de desarrollo que promueva factores de protección y la resiliencia en la juventud; es necesario transitar de intervenciones individuales a intervenciones de familias y comunidades, del concepto de jóvenes como receptores al de participantes activos, y de enfoques verticales a esfuerzos coordinados e integrados para la prevención y promoción de la salud.

El marco conceptual sobre Salud Sexual y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes de las Américas, de la OPS en el 2003 (Shutt-Aine, J., Maddaleno, M.) plantea centrarse en el desarrollo saludable, siendo la salud sexual y el desarrollo componentes integrales de la salud en general. La salud se reconoce universalmente como un derecho fundamental del ser humano y la salud sexual como un componente integral de la salud en general. Por lo tanto, la salud sexual y reproductiva, indistintamente de la etapa de la vida de la persona (niñez, adolescencia, adultez o vejez), es un derecho humano.

La adolescencia a menudo se caracteriza como un período de oportunidad y de riesgo -el asumir riesgos se extiende a la sexualidad-. Las conductas sexuales de riesgo tienen factores comunes interrelacionados, por ejemplo, el consumo de sustancias adictivas lleva a un aumento en la incidencia de embarazos no deseados e ITS, incluyendo el VIH/SIDA. Las altas tasas de embarazo en la adolescencia también están ligadas a un bajo nivel de educación y a la pobreza, y viceversa; más aún, el comportamiento de riesgo se relaciona con el bajo rendimiento escolar y una menor supervisión y apoyo por parte de la familia. Las causas subyacentes a estos problemas se originan en un pobre desarrollo psicosocial y en factores sociales y medioambientales inadecuados.

La sexualidad y el bienestar sexual de las y los adolescentes son componentes integrales de su salud y desarrollo. Todos los seres humanos son intrínsecamente sexuales y el desarrollo de la sexualidad evoluciona durante la infancia y la adolescencia, sentando las bases para la salud sexual del adulto. Adaptarse a los cambios sexuales y proteger su salud, incluyendo su salud reproductiva, es uno de los mayores retos de las y los jóvenes. La adolescencia es un período

oportuno para abordar la salud sexual y las inquietudes sobre la sexualidad con el fin de mejorar la salud general de este grupo de población.

Un desarrollo sexual saludable depende de la satisfacción de las necesidades básicas humanas como son el deseo de contacto, la intimidad, la expresión emocional, el placer, la ternura y el amor. La salud sexual incluye la salud reproductiva, pero se extiende más allá de la atención relacionada con la reproducción. La OPS refiere la salud sexual como:

La experiencia de un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que conducen a la armonía personal y al bienestar social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones y/o enfermedad (OPS/WAS, 2000).

El término salud sexual implica un sentido de control sobre el propio cuerpo, un reconocimiento de los derechos sexuales y está fuertemente influenciado por las características psicológicas de un individuo, como su autoestima y su bienestar físico y mental además de la cultura y el ambiente donde vive.

El desarrollo completo de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social, e incluye temas como sexo, género, identidad sexual y de género, orientación sexual, erotismo, apego emocional, amor y reproducción. Se experimenta o se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, funciones y relaciones. La salud sexual se apoya en el autocontrol para decidir cuándo se comienza la actividad sexual, control sobre la elección que haga la pareja sexual y, control sobre la frecuencia de la actividad sexual. La salud sexual incluye el derecho a postergar y/o rechazar relaciones sexuales, particularmente si éstas pueden conducir a consecuencias negativas como un embarazo no deseado o una infección.

La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales, la familia influye decisivamente en la conducta sexual de las y los adolescentes. Los medios de comunicación masiva, la escuela, los pares y el hogar son las tres fuentes principales de información sobre sexualidad para la población adolescente.

Fomentar el rol de madres y padres de familia como educadores principales de la sexualidad de sus adolescentes es prioritario. Aunque las y los jóvenes desean vivir experiencias adultas, se enfrentan a dos opciones polémicas y contrarias, el uso de métodos anti fecundativos (incluyendo el condón) o la abstinencia, quedándoles pocos recursos para explorar la sexualidad a su propio paso y aprender a tomar decisiones apropiadas para su desarrollo. Las familias y las escuelas juegan un papel importante, dándoles no solo información, sino

también habilidades que ayudarán a las y los adolescentes a tomar decisiones responsables cuando exploren su sexualidad.

El éxito de los programas en educación de la sexualidad se debe definir no como una ausencia de problemas sino desde una perspectiva más amplia que incluya competencias tales como el bienestar emocional, físico y cívico y, las habilidades que favorezcan la autonomía y un desarrollo académico, que permitan a las y los jóvenes afirmarse como individuos. Otros indicadores de éxito incluyen tener relaciones **significativas** (“connectedness”), **ser queridos y comprometidos**, tener un fuerte sentido de seguridad, estructura y de pertenencia, además de un sentido de propósito, responsabilidad y de ser valiosos. Por lo tanto, la OPS propone un nuevo marco conceptual para la salud sexual que incluya un enfoque centrado en el desarrollo humano dentro del contexto de la familia, la cultura y el medioambiente.

Conducta sexual saludable

La sexualidad y la conducta sexual se expresan a nivel individual, interpersonal y comunitario, éstas se caracterizan por la autonomía, reciprocidad, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda del placer y bienestar (OPS/WAS, 2000). Se debe estimular la sexualidad adolescente responsable para evitar las consecuencias negativas de la conducta sexual. Un adolescente sexualmente saludable es capaz de comunicarse con su familia, de interactuar con sus pares (del mismo sexo y del otro sexo) de una forma respetuosa y, es capaz de expresar su amor e intimidad de manera apropiada. La sexualidad sana implica una madurez psicológica y cognitiva que permite a la persona comportarse de manera que promueva su salud, incluyendo la sexual. En otras palabras, una persona debe tener las capacidades que le permitan apreciar su propia sexualidad, disfrutar los sentimientos sexuales, ser responsable de su propia conducta sexual y ser capaz de evitar situaciones que le lleven a consecuencias no deseadas.

La conducta sexual saludable incluye el desarrollo de una madurez que permita a las personas jóvenes expresar su sexualidad de forma consistente con sus valores y comprender las consecuencias de su conducta sexual.

Un adolescente sexualmente sano es aquel que:

- Aprecia su propio cuerpo.
- Entiende los cambios de la pubertad y los considera naturales.
- Busca mayor información según sea necesario.
- Afirma que el desarrollo humano significa desarrollo sexual, y que éste puede o no incluir la reproducción o la actividad sexual.
- Se identifica y vive con sus propios valores.
- Asume la responsabilidad por su propio comportamiento.
- Se comunica de manera eficaz con su familia y sus amigos.

- Comprende las consecuencias de sus propias acciones.
- Distingue entre los deseos personales y los del grupo.
- Asume su propia identidad sexual y respeta la de los demás.
- Ve a su familia como una valiosa fuente de apoyo.
- Expresa amor e intimidad de manera apropiada.
- Desarrolla y mantiene buenas relaciones personales.
- Exhibe aptitudes que fortalecen las relaciones personales Comprende cómo el patrimonio cultural -incluyendo los medios de comunicación- afecta las ideas acerca de la familia, las relaciones interpersonales, la sexualidad y la ética.
- Mantiene un equilibrio apropiado entre sus roles familiares, sus responsabilidades y su necesidad creciente de independencia.
- Respeta los derechos de los otros.
- Interactúa con ambos géneros de manera respetuosa y apropiada.
- Tiene un adulto (dentro o fuera de la familia) con quien hablar, a quien hacer preguntas y quien puede servir de modelo a imitar.
- Conoce las expectativas de los padres y las propias.
- Disfruta y expresa la propia sexualidad.
- Disfruta de sentimientos sexuales sin tener necesariamente que actuar en relación a ellos.
- Discrimina entre comportamientos sexuales positivos y aquellos que pueden ser peligrosos para su propia persona y para el resto.
- Expresa su propia sexualidad respetando los derechos de los otros.
- Busca siempre nueva información para mejorar su propia sexualidad.
- Lleva una vida sexual de acuerdo a su edad, consensuada, honesta, placentera y protegida.
- Previene el abuso sexual y evita las relaciones manipuladoras y abusivas.
- Retrasa el inicio de las relaciones sexuales o usa anti fecundativos para evitar el embarazo no deseado o contraer/transmitir una infección sexual, incluido el VIH.
- Practica comportamientos que fomentan su salud, como el control de salud periódico y la identificación temprana de problemas potenciales.
- Distingue entre el amor y la atracción sexual.
- Actúa de manera consistente a sus propios valores frente a un embarazo no deseado, y busca asistencia temprana.
- Demuestra respeto hacia personas con diferentes valores sexuales.
- Ejerce responsabilidad democrática para influenciar legislaciones sobre temas sexuales.
- Evalúa la repercusión de los mensajes familiares, culturales, religiosos, médicos y sociales en los pensamientos, sentimientos, valores y comportamientos relacionados con su sexualidad.
- Promueve los derechos de todas las personas para obtener información sobre sexualidad.
- Rechaza estereotipos sobre la sexualidad de diferentes grupos.
- Educa a otros sobre sexualidad.
- Promueve la igualdad entre hombres y mujeres.

La salud sexual incluye apreciar y comprender el propio cuerpo. Esto es un reto durante la etapa inicial y media de la adolescencia, ya que estos periodos se caracterizan por cambios físicos dramáticos. Sin embargo, es importante que los jóvenes comprendan los cambios puberales y acepten que es una parte natural de su crecimiento y madurez. Se debe promover la noción de que merece ser cuidado y, el ejercicio y la alimentación sana como componentes importantes que contribuyen a ello. Las y los jóvenes que participan en deportes, hacen ejercicio y comen de forma saludable son menos propensos a involucrarse en conductas de riesgo para la salud y asumen prácticas y conductas más sanas, como retrasar el inicio de la actividad sexual, abstinencia de alcohol, tabaco y otras drogas, además de someterse a chequeos regulares.

Muchas mujeres y hombres experimentan en algún momento de su vida alguna forma de violencia sexual, particularmente las y los más jóvenes. La información al respecto es limitada, debido a que el tema se considera privado y sensible y, con frecuencia, no se discute ni se investiga. Sin embargo, la evidencia sugiere que la violencia basada en el género, la familiar y la sexual, incluyendo la violación, son prevalentes.

La violencia y el abuso son reconocidos actualmente como asuntos de derecho y problemas de salud pública. La violencia de género impacta en el control que las mujeres jóvenes tienen sobre su sexualidad y desarrollo. Las consecuencias negativas de la violencia vinculadas directamente a la salud reproductiva incluyen las lesiones físicas, ITS, inflamación pélvica, embarazos no deseados y abortos de alto riesgo o espontáneos —así como afecciones mentales y psicológicas, como depresión, ansiedad y baja autoestima—, el abuso sexual infantil ha sido asociado con una conducta sexual adolescente y adulta poco saludable y una mayor incidencia de infecciones de transmisión sexual.

SALUD REPRODUCTIVA

La salud reproductiva supone el estado de completo bienestar físico, mental y social en lo que respecta a todo lo relacionado con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos y, no simplemente la ausencia de enfermedad o disfunción. Implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos y de procrear, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia; así como el derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables para la regulación de la fecundidad, así mismo el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan el embarazo y el parto sin riesgo y con las mayores posibilidades de tener un hijo saludable.

Resultados de la salud reproductiva

- *Evitar embarazos no planeados.* El desarrollo sexual saludable lleva a tomar decisiones que tienen resultados positivos, tales como el retraso en el inicio de la actividad sexual,

períodos más prolongados de abstinencia y un mayor uso de anti fecundativos; lo cual conlleva una disminución en la incidencia de embarazos no deseados. Éstos embarazos tienen consecuencias poco saludables en la adolescencia, especialmente para las jóvenes, tales como abortos de alto riesgo, matrimonios tempranos o forzados, menor nivel de educación y de oportunidades de ganar un buen salario, sin mencionar las consecuencias de tener hijos/as no deseados a una edad temprana, lo que tiene implicaciones económicas y de salud, tanto para la madre como para el niño o niña. En comparación con mujeres adultas, las jóvenes embarazadas muestran una tendencia a buscar control prenatal tardío o a no buscarlo, lo que a menudo contribuye a un mayor riesgo de sufrir complicaciones relacionadas con el embarazo. Históricamente, el embarazo adolescente se ha considerado como una preocupación de la mujer y, al hombre se le ha tratado solamente como a un compañero silencioso, ya que éstos no enfrentan las mismas consecuencias que las adolescentes que quedan embarazadas además, la mayoría de los métodos anti fecundativos están diseñados para uso y cumplimiento por parte de la mujer, el papel del hombre en el uso de anti fecundativos es frecuentemente ignorado. Sin embargo, los hombres adolescentes pueden influenciar positiva o negativamente a su joven pareja en la decisión de usar metodología anti fecundativa.

- *Prevención del aborto.* Muchas jóvenes que se embarazan buscan la interrupción del embarazo; las adolescentes que enfrentan un embarazo no planeado y no cuentan con ingresos, no pueden pagar servicios profesionales y privados para la interrupción del embarazo de forma segura, contribuyendo así al incremento de los porcentajes de morbilidad y mortalidad de las jóvenes relacionados con el aborto. Además, las adolescentes tienden a esperar más tiempo para interrumpir el embarazo, lo que suele aumentar sustancialmente el riesgo de complicaciones. La mortalidad materna en las jóvenes se pueden reducir considerablemente por medio de la prevención a través de la educación de la sexualidad, promoción de la demora en el inicio de la actividad sexual y el uso efectivo de anti fecundativos modernos.
- *Partos seguros.* Aunque la mayoría de los embarazos de adolescentes no son planificados, muchos sí son deseados y se deben hacer esfuerzos para obtener buenos resultados de salud y apoyo social para las jóvenes que deciden tener hijos/as. La maternidad a una edad temprana moldea la vida de la joven madre; si una mujer joven es pobre, sin educación y está desnutrida, es más probable que tenga consecuencias negativas. En situaciones donde prevalece la anemia y la desnutrición y, donde el acceso a servicios de salud es limitado, la maternidad entre las jóvenes -cuyo crecimiento físico es incompleto- puede traer riesgos desproporcionados de salud. Sin embargo, en situaciones en las que la joven tenga un buen estado nutricional y acceso a cuidados prenatales de alta calidad, los riesgos pueden ser menores.

- *Disminución de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH/SIDA.* Las ITS constituyen una consecuencia adversa de la conducta sexual, que afecta particularmente a las y los jóvenes. El inicio de la actividad sexual a edad temprana se asocia con una mayor posibilidad de contraer ciertas ITS. Para las mujeres, esto está relacionado con la constitución de sus órganos sexuales pélvicos. Otras razones para asociar la actividad sexual temprana del adolescente con ITS son conductuales y se aplican tanto a hombres como a mujeres. Las y los adolescentes son menos constantes y hábiles en el uso del condón por lo que se benefician menos de sus efectos protectores. El inicio de la actividad sexual en edad temprana generalmente significa que se tendrá mayor número de parejas y, por lo tanto, una mayor exposición a infecciones. Además, las personas jóvenes son más vulnerables al VIH/SIDA debido a que su desarrollo cognitivo y emocional les dificulta el análisis y la toma de decisiones; como consecuencia, los jóvenes tienden a ser más susceptibles a las opiniones de los pares, lo que puede afectar su capacidad de negociar las relaciones sexuales y el uso de condones.

El estudio de la sexualidad en la adolescencia y en cualquier momento del desarrollo del ser humano, implica la necesidad de conceptos básicos que sirvan como marco teórico, es importante que estos conceptos permitan mantener unidad y coherencia en el desarrollo de la disciplina; sin que esto implique que sean absolutas o inmodificables:

SEXO

Se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos.

El significado común del término "sexo" en el lenguaje coloquial comprende su uso como actividad (p.e., tener "sexo") y como un conjunto de comportamientos (p.e., roles sexuales). En aras de la precisión conceptual, se acordó que en el marco de las discusiones y los documentos de índole técnica **se limitaría el uso del término "sexo" al plano biológico (OPS/OMS, 2000).**

El sexo se determina en el momento de la fecundación, el espermatozoide determina el sexo y a partir de este momento se desarrollan las características sexuales primarias (aproximadamente en la decima semana de gestación) y secundarias (durante la pubertad) de los órganos sexuales de la mujer y del hombre.

Álvarez-Gayou (en McCary, 1996) refiere ocho dimensiones básicas del sexo:

Dimensión cromosómica: las células sexuales, óvulos y espermatozoides, contienen cromosomas que determinan el sexo en el momento de la concepción (X y Y), los cuales darán como resultado un individuo cromosómicamente mujer (XX) u hombre (XY).

Dimensión génica: contiene la información genética encargada de la herencia, se determina en el momento en que el espermatozoide y el óvulo comparten la información genética que se encuentra dentro de sus cromosomas; esta serie de instrucciones empiezan a regular el crecimiento y el desarrollo del nuevo ser.

Dimensión gonadal: de acuerdo a la información genética del cromosoma X o Y, se desarrollarán las gónadas; ovarios en la mujer, testículos en el hombre. Esta dimensión se determina en el momento en que la gónada indiferenciada se diferencia en: testículo, si el **complejo cromosómico sexual es "XY" o en ovario si es "XX"**.

Dimensión morfológica de órganos sexuales pélvicos internos: se determina en un producto **con complejo cromosómico "XY", en el momento en que se estimula el desarrollo de los** conductos de Wolf, a partir de la presencia de la testosterona fetal y la proteína citosólica nuclear, la cual está determinada genéticamente; además, se inhibe el desarrollo de los conductos de Müller o paramesonéfricos por medio de la sustancia de Jost. En un producto **"XX" al no** haber testosterona y proteína citosólica nuclear, se estimula el desarrollo de los conductos de Müller.

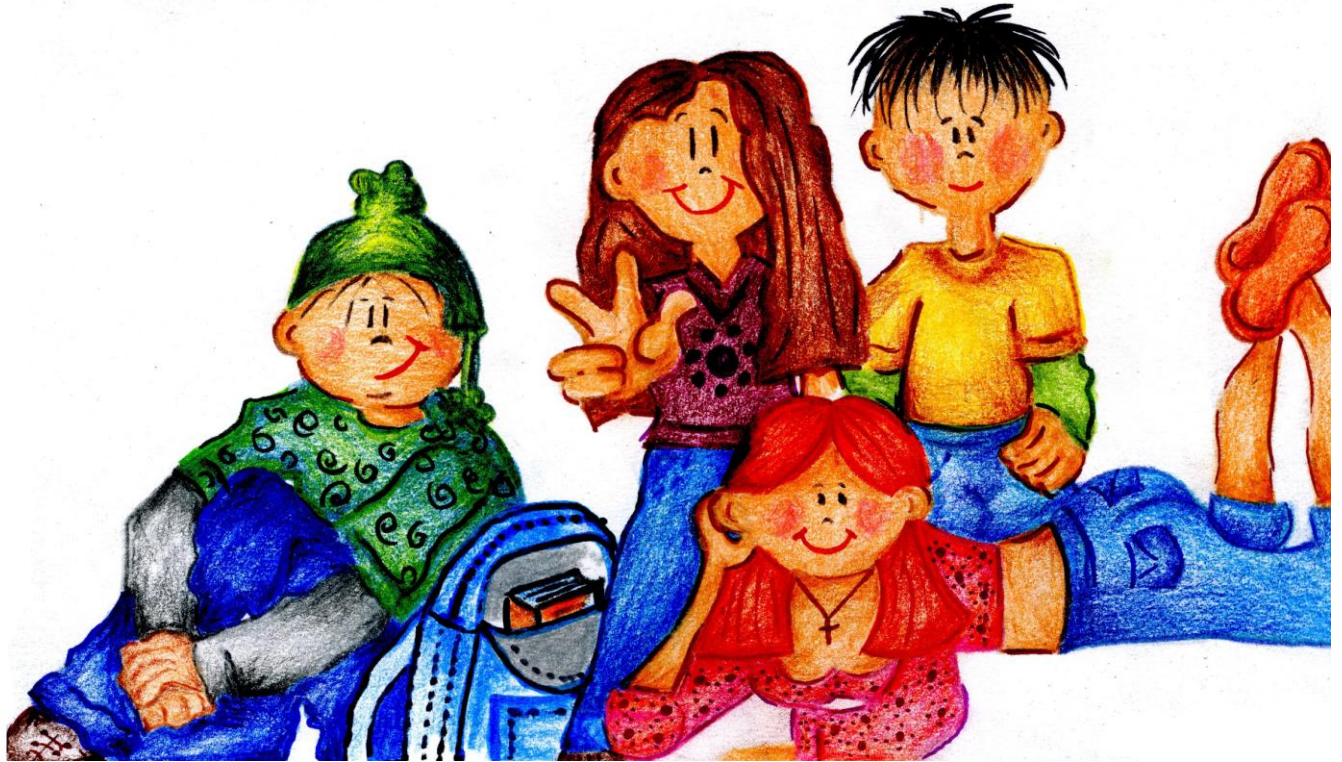
Dimensión morfológica de órganos sexuales pélvicos externos: ésta se determina en un **producto con complejo cromosómico "XY", en el momento en que la testosterona fetal,** por medio de la 5 alfa reductasa la transforma en dihidrotestosterona; esta última estimula el desarrollo del tubérculo genital, los pliegues labio escrotales y los pliegues urogenitales del pene y el escroto. En un producto con complejo **cromosómico "XX", al no existir andrógenos,** se estimula el desarrollo del tubérculo genital, los pliegues labio escrotales y los pliegues urogenitales del clítoris, los labios mayores y los menores.

Dimensión cerebral: se determina durante el período crítico perinatal de sexualización neurofisiológica, en el cual, por un proceso complejo, el cerebro de un producto cromosómico **"XX" se feminiza, y un producto cromosómico "XY", se masculiniza; existiendo por tanto** diferencias entre cerebros de hombres y mujeres.

Dimensión hormonal: resulta de la predominancia de estrógenos o de andrógenos desde el periodo crítico natal y, de la combinación de unos y otros en los seres humanos.

Dimensión de los caracteres sexuales secundarios: esta dimensión se determina cuando la producción hormonal empieza a incidir sobre nuestro cuerpo y lo transforma para que aparezcan los llamados caracteres sexuales secundarios. El funcionamiento en nuestro organismo del eje hipotálamo-hipófisis-gónadas, tanto en los hombres como en las mujeres, se encarga de la producción, desarrollo y maduración de las células sexuales.

Entonces, cuando empleamos la palabra sexo, nos referimos sólo a los aspectos biológicos de la sexualidad humana.



GÉNERO

Es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El género, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente y, en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer (OPS/OMS, 2000).

La categoría de género ha sido de especial importancia y utilidad para poder comprender y analizar los comportamientos y aspectos que tradicionalmente han sido considerados únicos de las mujeres y los hombres; a partir de esto se ha formulado el cuestionamiento de que los comportamientos de mujeres y hombres más que tener una base natural e invariable, se deben a una construcción social que alude a aspectos personales y psicológicos asignados de manera diferenciada a unas y otros, por medio de los cuales las personas adquieren y desarrollan ciertos comportamientos característicos y atributos que definen la femineidad y la masculinidad; derivándose de esto los *roles de género*.

El género es *lo que una sociedad dada cree acerca de las funciones y actividades propias de hombres y mujeres y los comportamientos que resultan de estas creencias* (OMS, 2009, p.51)

Siendo un concepto social, las definiciones y percepciones varían según las culturas. El género define y diferencia las funciones, los derechos, las responsabilidades y las obligaciones de las mujeres y los hombres. Las diferencias biológicas innatas entre las mujeres y los hombres forman la base de las normas sociales que definen los hombres en un determinado grupo (ONU, 2005).

Bustos (1994) define género como: *La red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas, y actividades que diferencian a las mujeres y los hombres, como producto de un proceso histórico de construcción social.* Esto último implica la transmisión y aprendizaje de normas que informan a la persona lo que es obligado y lo que es o no permitido.

ROL SEXO - GENÉRICO

Es el comportamiento que los individuos adoptan por los requerimientos sociales en función de su sexo (Álvarez-Gayou, 1986). Se establece desde la infancia y diferencia a cada sexo a partir de la ropa, juguetes, juegos, trato, actitudes, gestos, lenguaje, ocupación, etcétera; es producto del condicionamiento social y la educación. La estructura social es la que prescribe las **funciones de hombres y mujeres como "propias o naturales", lo cual está establecido,** normado y llega a heredarse por generaciones.

IDENTIDAD DE GÉNERO

La identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un auto concepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género. La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia (OPS/OMS, 2000).

De acuerdo a Álvarez – Gayou (1990) *Es la vivencia psíquica y emocional obtenida mediante el proceso de identificación, de pertenecer al género masculino o al femenino.*

Si un bebé a los cuatro meses se ve en un espejo o ve su fotografía no se reconoce, pues aún no desarrolla la imagen o identidad corporal propia. Algo semejante ocurre en cuanto a la posibilidad de reconocer la existencia de dos tipos de seres humanos: las niñas y los niños; por lo tanto, a esa edad no le es posible establecer el grupo al que pertenecen. Cuando reconocen la existencia de estos grupos, sienten y saben que pertenecen a uno de ellos, se dice que adquirieron ya identidad de género.

Dicho en otros términos, es la sensación personal e íntima que todos tenemos de ser mujeres u hombres.

Investigadores como John Money (en Álvarez-Gayou, 1990), han estimado que esto sucede a partir de los 18 meses de edad, aunque esa identidad esté basada en aspectos concretos tales como la ropa y los juguetes, la construcción primaria de la identidad de género continua hasta los cuatro años, cuando se establece un concepto de permanencia y no es sino hasta el final de la adolescencia (entre los 17 y 21 años) en que se constituye en forma definitiva.

IDENTIDAD SEXUAL

Incluye la forma en que un individuo se identifica como hombre o mujer y la orientación sexual del individuo.

Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tienen de sus capacidades sexuales (OPS/WAS, 2000).

ORIENTACIÓN SEXUAL

El término orientación sexual es el más frecuentemente utilizado en la literatura científica, particularmente en aquella procedente de publicaciones anglosajonas, aún cuando podemos **considerar que su uso puede resultar "tendencioso" pues parte de la consideración de los seres humanos como heterosexuales en naturaleza.** El mismo ha sido el concepto elegido por la Organización Panamericana de la Salud para los programas vinculados a la Salud Sexual.

La orientación sexual es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos (OPS/OMS, 2000).

PREFERENCIA SEXUAL

Es el gusto o la preferencia para relacionarse afectiva y/o eróticamente con las personas, ésta puede ser heterosexual cuando la atracción es hacia personas del otro sexo, homosexual cuando la atracción es hacia personas del mismo sexo y bisexual cuando la atracción es hacia personas de uno y otro sexo indistintamente (Álvarez-Gayou, 1986).

En nuestra cultura occidental de origen judeocristiana, la iglesia ha intentado suprimir la homosexualidad al considerarla pecaminosa y merecedora de castigo.

En algunos países la legislación la juzga como delito, en México no es el caso. Sin embargo, la **sociedad la reprime y algunos "profesionistas" la siguen etiquetado como enfermedad mental** intentando su cura mediante métodos que atentan contra la dignidad humana; todo esto provoca la no aceptación de las personas con preferencias distintas a la heterosexual,

infundiendo sentimientos de culpa y estigmatización. Sin embargo, la preferencia genérica es sólo una expresión de la forma de relacionarse con el otro a partir de la sexualidad.

Álvarez - Gayou (1990) plantea que la preferencia heterosexual, bisexual u homosexual no es inamovible y puede modificarse en el transcurso de la vida una o varias veces.

La preferencia sexual en hombres y mujeres no se distingue por aspectos o manierismos particulares, es importante establecer la diferencia entre homosexualidad y dos condiciones que suelen confundirse con ésta: el travestismo y el transexualismo.

La persona travestista es la que obtiene placer (erótico o no), usando ropa, accesorios, lenguaje y manierismos considerados como del otro género en una sociedad y momento determinados. Esta situación a veces se relaciona con homosexualidad; pero igualmente se presenta en individuos con preferencia heterosexual.

El transexualismo es la discordancia entre el genotipo y fenotipo con la identidad de género, sin alteraciones genéticas u hormonales (Álvarez-Gayou, 1986) y no se relaciona con la homosexualidad.

El término "Preferencia Sexual" ha sido incluido en nuestro país en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación del Distrito Federal y de la Federación.

EROTISMO

El erotismo es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo y, que por lo general, se identifican con placer sexual. El erotismo se construye tanto a nivel individual como social con significados simbólicos y concretos que lo vinculan a otros aspectos del ser humano (OPS/OMS, 2000).

APEGO EMOCIONAL (CONNECTEDNESS)

Describe la relación de cercanía respecto a los padres u otros adultos y los pares. La relación significativa con al menos uno de los padres constituye un factor protector en el desarrollo saludable de las y los jóvenes, incluyendo la salud sexual y la salud reproductiva (Shutt-Aine, J., Maddaleno, M., 2003).

AMOR / AFECTO

La experiencia personal y expresión manifiesta de sentirse unido, comprometido y conectado a otra persona, grupo de personas (familiares) o un ideal. La esencia del amor es relacionarse o conectarse con alguien o algo externo a uno mismo (Shutt-Aine, J., Maddaleno, M., 2003).

VÍNCULO AFECTIVO

La vinculación afectiva es la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante las emociones. El vínculo afectivo se establece tanto en el plano personal como en el de la sociedad mediante significados simbólicos y concretos que lo ligan a otros aspectos del ser humano. El amor representa una clase particularmente deseable de vínculo afectivo (OPS/OMS, 2000).

ACTIVIDAD SEXUAL

La actividad sexual es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual (OPS/OMS, 2000).

ACTIVIDAD SEXUAL SEGURA Y PROTEGIDA

La actividad sexual segura incluye los siguientes criterios: ser erótica o sexualmente placentera, que no haya contacto con fluidos corporales, no requiere de protección. Incluye prácticas como: el autoerotismo, el sexo por teléfono o virtual, las caricias mutuas, la abstinencia, usar la imaginación.

La actividad sexual protegida (más segura) se practica con una barrera u obstáculo de látex o algún otro material para impedir el intercambio de fluidos corporales, significa estar atento ante cualquier sospecha o síntoma de infección, hacerse chequeos médicos en forma regular, significa pensar en el futuro.

PRÁCTICAS SEXUALES

Las prácticas sexuales son patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles (OPS/OMS, 2000).

RELACIONES SEXUALES SIN RIESGO

La expresión "relaciones sexuales sin riesgo" se emplea para especificar las prácticas y comportamientos sexuales que reducen el riesgo de contraer y transmitir infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH (OPS/OMS, 2000).

COMPORTAMIENTOS SEXUALES RESPONSABLES

El comportamiento sexual responsable se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento,

protección, búsqueda de placer y bienestar. La persona que practica un comportamiento sexual responsable no pretende causar daño y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación. Una comunidad fomenta los comportamientos sexuales responsables al proporcionar la información, recursos y derechos que las personas necesitan para participar en dichas prácticas.

SEXUALIDAD

Cuando hablamos de sexualidad nos referimos a los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del sexo, de tal manera que la sexualidad remite a la fecundación, genética, hormonas, coito y reproducción; también al aspecto psicológico, es decir, las sensaciones, percepciones y sentimientos; y al aspecto sociológico, como serían comportamientos, trabajo, ocupaciones, leyes, juegos, uso de ropas, manierismos, etcétera.

La sexualidad es un aspecto inherente al ser humano, para algunos es fuente de placer y aceptación, para otros origina problemas y conflictos de diversa índole; es todo lo que los seres humanos somos, sentimos y hacemos en función del sexo al que pertenecemos. Para Fernando Barragán (1997) la sexualidad humana constituye un conjunto amplio de manifestaciones comportamentales y actitudinales que fundamentalmente se estructuran por influencias culturales y sociales, más que por una determinación biológica.

El término "sexualidad" se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser humano.

Basada en el sexo, incluye el género, identidades de sexo y género, orientación sexual, erotismo, vínculo emocional, amor, y reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, *fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones*. *La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales*. En resumen, la sexualidad se practica y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos (OPS/OMS, 2000).

Si bien la sexualidad puede abarcar el erotismo, los vínculos afectivos, el amor, el sexo, el género y la reproducción, no todas estas dimensiones tienen que expresarse; se encuentra presente en toda la vida, aunque es posible que las expresiones e influencias que repercuten en la sexualidad difieran con el correr de los años, está circunscrita por un contexto histórico y cultural concreto y, por ende, está determinada por costumbres, tradiciones y valores y, a su vez, repercute en estos.

Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades fundamentales del ser humano, tales como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor. Además de que hay acuerdo en que los elementos socioculturales (significados compartidos) de la sexualidad son vitales para su conceptualización, existe una clara tendencia en los enfoques teóricos de que la sexualidad se refiere no solamente a las capacidades

reproductivas del ser humano, sino también (y en muchas circunstancias, principalmente) al placer (OPS/OMS, 2000).

EDUCACIÓN INTEGRAL DE LA SEXUALIDAD

En todos los pueblos, a lo largo de su historia, se han elaborado modelos de educación sexual que permiten perpetuar el modelo social, lo que afirma que en todas las épocas de manera formal o informal se ha promovido la educación sexual.

Existen culturas o sociedades que aceptan cierta información, otras que la facilitan y otras más que la reprimen. La educación es una instancia de socialización de las más importantes aunque no toda se lleva a cabo en la escuela; en este sentido se hace la distinción entre la educación formal y la informal.

La primera tiene lugar en la escuela, la segunda se da a través de la familia, de los medios de información y de los amigos, entre otros. Ambas tienden a sostener y perpetuar los roles de género asignados a mujeres y hombres.

El reto de dar una educación de la sexualidad, es establecer y llevar a la práctica una educación formal, considerando las diversas disciplinas que intervienen para dar una información objetiva y científica, dirigida a toda persona; sin distinción de sexo o género.

La educación informal se genera de diversas formas, se inicia a partir del nacimiento mediante la familia; aquí es en donde se transmiten valores y creencias que irán formando actitudes y pautas de comportamiento, es donde se sostienen y perpetúan los roles de género asignados a mujeres y hombres que la sociedad requiere para los individuos que la forman (Bustos, 1994).

Álvarez-Gayou (1990) menciona que la educación formal de la sexualidad proporciona a la persona todos los elementos de juicio necesarios para la toma de una decisión en cuanto a su conducta y actitudes.

Barragán (1997) afirma que la educación de la sexualidad, *la entendemos como un proceso lento, gradual y complejo que ha de facilitar la construcción de las diferentes nociones sexuales y ha de ayudar a comprender los procesos históricos y culturales por los que se han generado los conocimientos actuales y la organización social y sexual vigentes.*

Los objetivos de la educación formal de la sexualidad son:

- Proporcionar información científica que propicie la toma responsable de decisiones, tomando en cuenta valores personales, familiares y sociales.
- No perpetuar roles rígidos y estereotipados en hombres y mujeres.

- Cambiar actitudes ante la sexualidad, entendiéndola como forma de relación, comunicación, satisfacción y placer.
- Conocer y diferenciar las funciones de la sexualidad humana.
- Romper con tabúes, miedos y creencias erróneas en torno a conductas sexuales como la preferencia sexual o la masturbación.
- Reconocer que las personas con discapacidad, los niños y niñas y las personas adultas mayores no son asexuales.
- **Aclarar que la información sobre sexualidad proporcionada desde la infancia, no “despierta”** el deseo sexual ni incita a tener actividades sexuales.
- Prevenir situaciones de riesgo como infecciones de transmisión sexual, embarazos no planeados, abortos provocados o muerte materna.

La comprensión de la educación de la sexualidad intenta equipar a la gente joven del conocimiento, habilidades, actitudes y valores que necesitan para determinar y disfrutar de su sexualidad física y emocional, tanto en lo individual como en su relación con otros. Esta visión holística de la sexualidad, reconoce que la información sola no es suficiente. Las personas requieren adquirir habilidades esenciales para la vida para desarrollar actitudes positivas en relación a su sexualidad y la de otras personas.

La educación de la sexualidad requiere de un acercamiento congruente con la edad y la cultura, debe proporcionar información científica, realista y no valorativa, favorecer oportunidades para explorar los propios valores y actitudes para la toma de decisiones responsables.

En este tenor se hace imprescindible hablar del sistema educativo ya que, tener acceso a la información completa y a la educación integral de la sexualidad, así como a los servicios de salud sexual desde la infancia; garantiza una sociedad más responsable, comprometida y sensible al ejercicio de la sexualidad, así mismo la promoción eficaz de la salud sexual en toda la sociedad no sólo debe incluir al sistema de salud y al sistema educativo sino que debe abordarse también mediante el cumplimiento de leyes y políticas.

La educación en general tiene como finalidad la preparación para la vida, es decir, el desarrollo de aptitudes que las personas usarán a lo largo de toda su vida.

Con respecto a la educación de la sexualidad más específicamente, la información, actitudes y aptitudes que las personas desarrollen desde la infancia y adolescencia influirán en sus decisiones y repercutirán en su salud sexual general en la edad adulta. El conocimiento científico, las actitudes formativas y las prácticas saludables que se aprenden antes o a medida que empieza la actividad sexual tienen muchas más probabilidades de transferirse sistemáticamente hasta la edad adulta.

Garantizar una niñez y adolescencia apta para ejercer responsablemente la sexualidad, requiere contar con directivos, docentes y personal que interactúa con la población escolar informándose y actualizándose en sexología, no solamente para educar en la sexualidad sino también para que atienda -de ser necesario- aspectos que atañen a la seguridad y bienestar de niñas, niños y jóvenes que asisten a los planteles escolares.

La educación integral en sexualidad tiene una amplia perspectiva basada en los derechos humanos y en el respeto a los valores de una sociedad plural y democrática en la que las familias y las comunidades se desarrollan plenamente.

Ésta educación incluirá aspectos éticos, biológicos, emocionales, sociales, culturales y de género, así como temas referentes a la diversidad de orientaciones e identidades sexuales conforme al marco legal de cada país, para así generar el respeto a las diferencias, el rechazo a toda forma de discriminación y para promover entre los jóvenes la toma de decisiones responsables e informadas con relación al inicio de sus relaciones sexuales.

La educación integral en sexualidad favorece que adolescentes y jóvenes adquieran los conocimientos y habilidades para tomar decisiones responsables e informadas sobre sus relaciones sexuales y sociales. También promueve conductas que reducen los riesgos y propicia que las personas jóvenes se expliquen y clarifiquen valores y actitudes.

La educación integral en sexualidad desde la infancia, favorece la adquisición gradual de la información y de los conocimientos necesarios para el desarrollo de las habilidades y de las actitudes apropiadas para vivir una vida plena y saludable, así como para reducir riesgos en materia de salud sexual y reproductiva. (XVII Conferencia Internacional de SIDA, 2008).

La educación integral sobre sexualidad tiene las siguientes metas:

- **Más que la simple adquisición de conocimientos y contenidos, la educación sobre sexualidad debería guiar hacia al desarrollo del pensamiento crítico conducente al logro de actitudes positivas hacia la sexualidad.**
- **Fomentar el proceso por medio del cual el individuo pueda reconocer, identificar y aceptarse como un ser sexuado y sexual a todo lo largo del ciclo de vida, libre de toda ansiedad, temor o sentimiento de culpa.**
- **Fomentar el desarrollo de roles de género que promuevan el respeto y las relaciones justas entre seres humanos dentro de un marco de valores basado en los derechos humanos.**
- **Promover el valor de los vínculos y del componente afectivo de las relaciones humanas más allá de las relaciones de pareja.**
- **Promover el autoconocimiento en relación con el cuerpo como un factor de autoestima y de atención a la salud.**

- Fomentar el comportamiento sexual libre, responsable, consciente y placentero hacia sí mismo y los otros.
- Promover la comunicación dentro de la pareja y la familia, al fomentar relaciones equitativas, independientemente del sexo y la edad.
- Promover un comportamiento responsable compartido en relación con la planificación familiar, crianza de los hijos y el uso de métodos anti fecundativos.
- Promover decisiones responsables para la prevención de las infecciones de transmisión sexual.

Los programas eficaces de educación sobre la sexualidad, prevención del embarazo de adolescentes y de prevención del VIH se caracterizan por:

- Aumentar los conocimientos.
- Aclarar los valores.
- Mejorar la comunicación entre padres e hijos.
- Ayudar a las y los jóvenes a demorar el inicio de la actividad sexual.
- Aumentar el uso de anti fecundativos y condones.
- No fomentan en los jóvenes el inicio de la actividad sexual.
- No aumentar la frecuencia de la actividad sexual.
- Orientarse a comportamientos específicos.
- Basarse en modelos teóricos para el cambio del comportamiento.
- Brindar información acerca de los riesgos de las relaciones sexuales sin protección y cómo reducir ese riesgo.
- Dar a los estudiantes una oportunidad de practicar destrezas y discutir situaciones que ellos encuentran significativas y realistas.
- Abordar la influencia de los medios, de otros jóvenes, y de la cultura sobre los comportamientos y las decisiones sexuales de las y los adolescentes.
- Desarrollar y reforzar las creencias y los valores entre estudiantes que les ayuden a mantener sus decisiones respecto a la abstinencia y la protección o de ambas.
- Brindar oportunidades para que los estudiantes practiquen la comunicación y las destrezas para la negociación.
- Son sensibles y adecuados a las culturas.
- Aseguran la participación plena de todos los interesados en el diseño, ejecución y evaluación.
- Promueven valores sociales tales como equidad, respeto y responsabilidad.
- Brindan una comprensión del contexto social donde ocurre el comportamiento sexual.

SEXOLOGÍA

La Sexología es la disciplina que abarca el estudio científico de todos los aspectos de la sexualidad; involucra un vasto acervo de conocimientos médicos, sociales y conductuales

referentes a esta, por lo que participan un gran número de especialidades médicas como la ginecología, urología, genética, endocrinología, neurología, rehabilitación y salud pública, entre otras.

También participan disciplinas como: psicología, pedagogía, sociología, antropología, comunicación, historia, ética, derecho, trabajo social, etcétera.

Sin embargo, aún cuando la educación básica en sexualidad debería ser parte del programa de formación de los especialistas de todas estas disciplinas, la realidad es que está ausente este contenido en la curricula, por lo que se hace indispensable desarrollar programas de formación profesional en el campo de la sexología a través de los cuales además del campo original de capacitación, los profesionales cuenten con suficientes conocimientos y destrezas para que sean capaces de desempeñar las tareas relacionadas con su campo de subespecialidad.

Hasta ahora, la experiencia en diferentes países ha conducido al reconocimiento de las siguientes áreas de sub especialización de los profesionales de la sexología (OPS/OMS, 2000):

- Educación de la sexualidad.
- Sexología clínica (incluye medicina sexual, cirugía sexual, consejería sexual y psicoterapia sexual).
- Investigación en sexología.

Para implementar programas formales de educación de la sexualidad en los centros escolares de todos los niveles de educación, existe la necesidad de contar con profesionales que se especialicen en el diseño, ejecución y evaluación curricular de programas específicos a diferentes grupos de edad y características de la población, a través de los cuales pueda apoyarse a los educadores no especializados.

DERECHOS SEXUALES DE LAS Y LOS JÓVENES

Los Derechos Sexuales son Derechos Humanos Fundamentales. Ante la vulnerabilidad evidente de algunos grupos de población, ha sido necesario crear documentos que permitan velar por los derechos de los mismos, tal es el caso de adolescentes, mujeres y personas con discapacidad entre otros. Por los propósitos que persigue este documento, se enlistaran los derechos sexuales de las y los adolescentes.

En nuestra sociedad, tanto a nivel privado como público, prevalece una postura de control, regulación y sanción de la sexualidad juvenil, lo cual implica –en la mayoría de los casos- la restricción de sus derechos. Es importante reconocer que las decisiones tomadas en el ámbito de la sexualidad y la reproducción tienen un impacto directo sobre el rumbo de nuestras vidas.

Tres condiciones básicas para el goce de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de los jóvenes son:

1. Conocerlos
2. Comprenderlos
3. Ejercerlos

Lo anterior demanda responsabilidad y compromiso, para lo cual es necesario enfatizar la importancia de la información clara, científica y laica sobre la diversidad de sexualidades y la incorporación de la educación de la sexualidad en los programas escolares de todos los niveles; la necesidad de intervenciones preventivas, la sanción de todos los tipos de violencia y la promoción de la equidad entre hombres y mujeres de manera que se favorezca la igualdad real de oportunidades de desarrollo personal, escolar y laboral para las mujeres y los hombres mexicanos (IPAS, 2004).

La Cartilla de Derechos Sexuales y Reproductivos de las y los Jóvenes forma parte de la Campaña Nacional "Hagamos un Hecho Nuestros Derechos", es producto del esfuerzo conjunto de diversas organizaciones de la sociedad civil y de la Comisión Nacional de Derechos Humanos y está basada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en diversos instrumentos internacionales ratificados por el Estado Mexicano (CNDH, 2003).

Con esta campaña dirigida a las personas de 12 a 29 años, se resalta y ratifica el derecho a ejercer su sexualidad de manera libre y responsable y, se trabaja por la eliminación de la discriminación y cualquiera de las formas en que ésta se manifieste atentando contra su dignidad, incluyendo aquellas relacionadas con la edad, género, preferencia u orientación sexual.

Los derechos contenidos en esta cartilla son:

1. Derecho a decidir de forma libre sobre su cuerpo y su sexualidad. Existen diversas formas de vivir la sexualidad. Tienen derecho a que se respeten las decisiones que toman sobre su cuerpo y su sexualidad. Son responsables de sus decisiones y actos. Nadie debe presionar, condicionar ni imponer sus valores particulares sobre la forma en que deciden vivir su sexualidad.
2. Derecho a ejercer y disfrutar plenamente su vida sexual. El disfrute pleno de la sexualidad es fundamental para la salud y bienestar físico, mental y social. Tienen derecho a vivir cualquier experiencia, expresión sexual o erótica que elijan, siempre que sea lícita; como práctica de una vida emocional y sexual plena y saludable. Nadie puede presionarles, discriminarles, inducirles al remordimiento o castigarles por ejercer o no actividades relacionadas con el disfrute de su cuerpo y su vida sexual.

3. Derecho a manifestar públicamente sus afectos. Las expresiones públicas de afecto promueven una cultura armónica afectiva y de respeto a la diversidad sexual. Tienen derecho a ejercer sus libertades individuales de expresión, manifestación, reunión e identidad sexual y cultural, independientemente de cualquier prejuicio. Pueden expresar sus ideas y afectos sin que por ello nadie les discrimine, coarte, cuestione, chantajee, lastime, amenace o agreda verbal o físicamente.

4. Derecho a decidir con quién compartir su vida y su sexualidad. Existen varios tipos de familias, uniones y convivencia social. Tienen derecho a decidir libremente con quién compartir su vida, su sexualidad, sus emociones y afectos. Ninguna de sus garantías individuales debe ser limitada por esta decisión. Nadie debe obligarles a contraer matrimonio o a compartir con quien no quieran su vida y su sexualidad¹.

5. Derecho al respeto de su intimidad y su vida privada. Su cuerpo, sus espacios, sus pertenencias y la forma de relacionarse con las y los demás son parte de su identidad y privacidad. Tienen derecho al respeto de sus espacios privados y a la confidencialidad en todos los ámbitos de su vida, incluyendo el sexual. Sin su consentimiento, ninguna persona debe difundir información sobre los aspectos sexuales de su vida.

6. Derecho a vivir libre de violencia sexual. Cualquier forma de violencia hacia su persona afecta al disfrute pleno de su sexualidad. Tienen derecho a la libertad, a la seguridad jurídica y a la integridad física y psicológica. Ninguna persona debe abusar, acosar, hostigar o explotarles sexualmente. El Estado debe garantizarles el no ser torturada/o, ni sometida/o a maltrato físico, psicológico, acoso o explotación sexual.

7. Derecho a la libertad reproductiva. Las decisiones sobre su vida reproductiva forman parte del ejercicio y goce de su sexualidad. Como mujer u hombre joven tienen derecho a decidir de acuerdo con sus deseos y necesidades, tener o no hijos, cuántos, cuándo y con quién. El Estado debe respetar y apoyar sus decisiones sobre su vida reproductiva, brindándoles la información y los servicios de salud que requieran, haciendo efectivo su derecho a la confidencialidad².

8. Derecho a la igualdad de oportunidades y a la equidad. Las mujeres y los hombres jóvenes, aunque diferentes, son iguales ante la ley. Tienen derecho a un trato digno y equitativo y a gozar de las mismas oportunidades de desarrollo personal integral. Nadie, bajo ninguna circunstancia, debe limitar, condicionar o restringir el pleno goce de todos sus derechos individuales, colectivos y sociales.

¹, ² En estos casos si la persona es menor de edad, se sugiere consultar el Código Civil de su Estado.

9. Derecho a vivir libre de toda discriminación. Las y los jóvenes son diversos y, por tanto, tienen diferentes formas de expresar sus identidades. Tienen derecho a que no se les discrimine por su edad, género, sexo, preferencia, estado de salud, religión, origen étnico, forma de vestir, apariencia física o por cualquier otra condición personal. Cualquier acto discriminatorio atenta contra su dignidad humana. El Estado debe garantizarles la protección contra cualquier forma de discriminación.

10. Derecho a la información completa, científica y laica sobre sexualidad. Para decidir libremente sobre su vida sexual necesitan información. Tienen derecho a recibir información veraz, no manipulada o sesgada. Los temas relativos a la sexualidad deben incluir todos los componentes de ésta: el género, el erotismo, los vínculos afectivos, la reproducción y la diversidad. El Estado debe brindar información laica y científica de manera continua de acuerdo con las necesidades particulares de las y los jóvenes.

11. Derecho a la educación sexual. La educación sexual es necesaria para el bienestar físico, mental y social, y para el desarrollo humano, de ahí su importancia para las y los jóvenes. Tienen derecho a una educación sexual sin prejuicios que fomenten la toma de decisiones libres e informadas, la cultura de respeto a la dignidad humana, la igualdad de oportunidades y la equidad. Los contenidos sobre sexualidad en los programas educativos del Estado deben ser laicos y científicos, estar adecuados a las diferentes etapas de la juventud y contribuir a fomentar el respeto a la dignidad de las y los jóvenes.

12. Derecho a los servicios de salud sexual y a la salud reproductiva. La salud es el estado de bienestar físico, mental y social de las personas. Tienen derecho a recibir los servicios de salud sexual gratuitos, oportunos, confidenciales y de calidad. El personal de los servicios de salud pública no debe negarles información o atención bajo ninguna condición y éstas no deben ser sometidas a ningún prejuicio³.

13. Derecho a la participación en las políticas públicas de sexualidad. Pueden tener acceso a cualquier iniciativa, plan o programa público que involucre sus derechos sexuales y a emitir su opinión sobre los mismos. Tienen derecho a participar en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva; a solicitar a las autoridades gubernamentales y a las instituciones públicas que construyan y promuevan los espacios y canales necesarios para su participación; así como a asociarse con otras/os jóvenes para dialogar, crear y promover acciones propositivas para el diseño e implementación de políticas públicas que contribuyan a su salud y bienestar. Ninguna autoridad o servidor público debe negar o limitarles, de manera injustificada, la información o participación referente a las políticas públicas sobre sexualidad.

³ En estos casos si la persona es menor de edad, se sugiere consultar el Código Civil de su Estado.

Contar con un marco conceptual para el desarrollo, la salud sexual y salud reproductiva en la pubertad y adolescencia, es importante para asegurar que las y los jóvenes obtengan las competencias y habilidades necesarias para asegurarse un futuro saludable. La OMS define **estas "habilidades para la vida" como *la habilidad de tener una conducta positiva y adaptativa que permite a los individuos enfrentar de forma efectiva las demandas y retos de la vida diaria*** (OMS, 1999). Estas habilidades enriquecen el desarrollo cognitivo e incluyen, habilidades para tomar decisiones y resolver problemas, pensamiento creativo y crítico; comunicación, relaciones interpersonales, conciencia de sí mismos; auto-eficacia y manejo de las emociones y causas de estrés. El objetivo final de la enseñanza de estas habilidades es equipar a las y los jóvenes con nuevas y mejores habilidades en áreas bien determinadas. La educación en general y el desarrollo de estas habilidades conllevan un aumento en el poder y control, lo que permite a la población adolescente, tomar decisiones que generan resultados más saludables respecto a su sexualidad y a su vida en general.

Bibliografía

- 1) 1era Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe. (2008). Declaración Ministerial: Prevenir con Educación. México: XVII Conferencia Internacional de SIDA.
- 2) Álvarez-Gayou, J. L. (1986). Sexoterapia Integral. México: Manual Moderno.
- 3) Álvarez-Gayou, J. L. (1990). Elementos de Sexología. México: Interamericana.
- 4) Barragán, F. (1997). Niñas, niños, maestros, maestras: una propuesta de educación sexual. España: Diada Editora
- 5) Breinbaver, C. Maddaleno, M. (2008). Jóvenes: opiniones y cambios. Conductas saludables en los adolescentes. Washington D.C: OPS/OMS
- 6) Bustos, O. (1994). Antología de la Sexualidad Humana de CONAPO. La formación del género: Impacto de la Socialización a través de la educación. México: Porrúa.
- 7) CNDH. (2003). Hagamos un hecho nuestros derechos: Campaña Nacional por los derechos sexuales de las y los jóvenes. México: CNDH
- 8) Cohen, J., Ezer, T., McAdams, P. y Miloff, M. (2007). La Salud Sexual y los Derechos Humanos: Una guía de recursos. Montreal/Nueva York: OSI, EQUITAS.
- 9) Elige. (2003). Jóvenes documentando y denunciando violaciones a sus derechos sexuales y reproductivos, en Boletín Eligiendo, Año 1, No. 3. México: Elige A.C
- 10) Feinberg, J. (1980). Rights, Justice and the Bounds of Liberty. Nueva Jersey: Princeton University Press.
- 11) Giraldo, N. O. (1997). Explorando las Sexualidades Humanas. Colombia: Autor.
- 12) González, M. (2008). Derechos humanos de los Niños: una propuesta de fundamentación. México: IIJ-UNAM
- 13) Grown, C., Rao Gupta, G. y Kes, A. (2005). Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering women. Washington, DC: ONU.
- 14) IPAS (2005). Derechos sexuales y derechos reproductivos. En: Boletín, dialogar para construir. México: IPAS
- 15) Kolodny, R., Masters, W., & Johnson, V. (1983). Tratado de Medicina Sexual. España: Salvat Editores
- 16) McCary, J., Álvarez-Gayou, J. L., Del Río, C., & Suárez, J. L. (1996). Sexualidad Humana de McCary. México: Manual Moderno.
- 17) Ochaíta, E., y Espinosa, M.A. (2004). Hacia una teoría de las necesidades infantiles y adolescentes: Necesidades y derechos en el marco de la Convención de las Naciones Unidas sobre derechos del niño. Madrid: McGraw-Hill/UNICEF.
- 18) OMS. (1999). Programming for Adolescent Health and Development: Report of a WHO/UNFPA/UNICEF Study Group on Programming for Adolescent Health. Washington DC: OMS
- 19) OMS. (2010). Standards for Sexuality Education in Europe. Cologne: Federal Center for Health Education.

- 20) OPS/OMS (2005). Integración del Manejo de Adolescentes y sus Necesidades (IMAN): Normas de atención de salud sexual y reproductiva de servicios a adolescentes. Washington DC: OPS
- 21) OPS/OMS (2009). Plan de Acción Sobre la Salud de los Adolescentes y los Jóvenes. Washington DC: OPS/OMS.
- 22) OPS/OMS/WAS (2000). Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción. Washington DC: OPS/OMS
- 23) OPS/WAS (2009). Salud Sexual para el milenio: Declaración y Documento Técnico. Washington DC: OPS
- 24) Sánchez, J. J. (1995). Perfil Sexológico del Adolescente Escolar de la Ciudad de México. Archivos Hispanoamericanos de Sexología Vol. 1, Núm. 2, 169-200.
- 25) Shutt-Aine, J. Maddaleno, M. (2003). Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas. Extraído el 9 de febrero de 2012 de: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/SSRA.pdf>
- 26) Torices, I. Ávila, G. (2006). Orientación y Consejería en Sexualidad para personas con Discapacidad. México: Trillas
- 27) Torres, M. A. (1998). Comportamiento Erótico de los y las Adolescentes. Archivos Hispanoamericanos de Sexología Vol. 4, Núm. 2, 259-306.

CAPÍTULO 2

ANATOMÍA SEXUAL HUMANA

Irene Torices Rodarte

El comportamiento sexual del ser humano está constituido por una serie de aspectos de origen biológico, psicológico y sociocultural. En este capítulo, se abordará una parte de los aspectos biológicos, esencial para la construcción del comportamiento sexual, que diferencia e identifica a los seres humanos como mujeres y hombres, es decir: la anatomía sexual humana; aunque vivamos desempeñando roles que vamos construyendo a partir de estas características anatómicas, incluso sin conocerlas detalladamente. Como profesionistas y personas interesadas y dedicadas a la atención de adolescentes, es necesario conocer las estructuras generales y los cambios anatómicos particulares que acontecen durante la pubertad para poder atender, asesorar y, cuando el caso lo requiera, canalizar a la persona con el especialista que complementa dicha atención, con el propósito de que ésta sea, ante todo, de calidad.

Tradicionalmente los *órganos sexuales de la mujer y del hombre*, que incluyen órganos internos y externos ubicados en la zona pélvica del cuerpo, además de hacer una distinción de individuos, participan de otras funciones como: el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, la reproducción, la respuesta sexual humana y la percepción de sensaciones placenteras, entre otras. Considerando esta última y como parte del comportamiento sexual humano, es importante incluir a los sentidos como componentes de los órganos sexuales dado que también se ven involucrados en la respuesta sexual y su participación será básica en el desarrollo de la sexualidad y en la consecución de la salud sexual y reproductiva en la pubertad y adolescencia.

LOS SENTIDOS

Pocas veces se inicia un acercamiento erótico sexual tocando directamente los órganos sexuales pélvicos; el juego sexual puede iniciar de mil formas, siempre a través de la estimulación de uno o varios sentidos: oliendo, observando, acariciando, escuchando o saboreando cualquier situación.

Fina Sanz (1999), menciona que los sentidos guardan relación con nuestras sensaciones y emociones, incluyendo el placer sexual, así como con la comunicación consigo mismo o con los demás. Desde la infancia, la capacidad de conocimiento y relación se establece a través de los sentidos, explorando el propio cuerpo y el de las personas y objetos que rodean al individuo; conforme avanza el desarrollo, los modelos educativos y las normas sociales van limitando y **priorizando el uso de unos sentidos sobre otros, así el tacto es uno de los más "castigados"**

ante las limitaciones de tocamiento, sobre todo de la zona pélvica, permitiéndose únicamente durante la relación coital.

En el goce sexual, propio o con los otros, se involucran los sentidos; la misma autora refiere al respecto: **“Una mayor apertura de nuestra sensualidad y de la erótica de los sentidos, favorecerá nuestro propio placer y el placer en el encuentro erótico” (Sanz, 1999).** El desarrollo de los sentidos puede proporcionar gran placer para la persona en cualquier situación y enriquecer también la práctica sexual permitiendo relacionarse de una manera más integral.

La vista

Uno de los sentidos que más desarrollamos y es necesario para establecer contacto con el exterior es el de la vista. A través de éste, podemos mirar y observar las diferentes formas del cuerpo, vestido o desnudo, el tipo de ropas, las texturas o los adornos que portan las **personas; es una forma en que los demás nos pueden atraer, no en vano el dicho “de la vista nace el amor”.** También podemos percibir estados de ánimo y emociones, como: tristeza, alegría, enojo, indiferencia o atracción. La mirada puede establecer de manera silenciosa un acercamiento erótico; para dos personas que se atraen, una mirada puede ser tan excitante y placentera como un tocamiento. Las personas que gustan del voyeurismo⁴ emplean ampliamente y sin lugar a dudas este sentido.

Al mirarnos, también aprendemos a conocer y aceptar nuestro cuerpo, a reconocernos como mujeres u hombres y a desarrollarnos como tales.

El oído

Uno de los principales conflictos que se enfrentan de manera frecuente en las relaciones interpersonales es el de la falta de comunicación entre la pareja, los padres y madres con sus hijos e hijas o los jefes con sus empleados, por citar algunos ejemplos, pues tal parece que se oyen las voces pero no se escuchan los mensajes. En general, el escuchar es una habilidad poco desarrollada; durante la relación sexual, escuchar las manifestaciones de placer como gritos o gemidos de la pareja puede ser excitante para muchas personas, para otras puede ser molesto y otras tantas tal vez nunca han puesto atención a estos sonidos. Es un sentido que, cuando se desarrolla, puede favorecer la estimulación sexual; algunas personas gustarán de **escuchar palabras “amorosas” o “cariñosas”, a otras les excitarán las altisonantes,** algún tipo de música, los ruidos que hacen los cuerpos y los órganos sexuales al hacer contacto, la respiración agitada o lenta de su pareja, en fin, puede haber un sin número de estímulos sonoros que provoquen placer. A través de la escucha, también podemos percibir estados emocionales de acuerdo al tono o volumen de voz de la otra persona.

⁴ Voyeurismo o escoptofilia. “Expresión comportamental de la sexualidad en la que las personas gustan de ver los cuerpos, expresiones amorosas o ambos de otras personas” (Álvarez Gayou, 1986).

El olfato

Cada persona tiene un olor propio y cada parte del cuerpo expide olores diferentes, los oídos, la boca, las axilas, el cabello, el ombligo, los órganos sexuales, las manos o los pies; estos olores guardan una estrecha relación con la alimentación, el estado de ánimo, la edad y la higiene personal. La percepción y distinción de los diferentes aromas del cuerpo está poco desarrollada, por el contrario, se nos enseña a cubrir esos olores con cosméticos y productos **farmacéuticos como desodorantes, talcos, jabones y perfumes. "El olor corporal es un factor de estimulación o inhibición del deseo sexual y, por lo tanto, de la aproximación" (Sanz, 1999).** En cuanto a olores, existe una gran variedad de gustos como en los demás sentidos; el olor de la transpiración, en algunas personas podrá provocar mayor placer, mientras que en otras provocará repulsión. Habrá a quienes les guste oler la ropa de su pareja y, aunque no esté presente, puede ser suficiente para haber excitación, ésta es una forma de fetichismo.⁵

Es importante mantener una higiene corporal como el aseo bucal, de órganos sexuales, axilas y zonas que si no se limpian, además de generar mal olor, pueden inhibir el deseo de acercamiento de la pareja.

El tacto

La piel posee una gran dotación de receptores sensoriales para percibir dolor, temperatura y texturas; en la respuesta sexual interviene la mayor parte de las veces, pues todo nuestro cuerpo está cubierto de piel. A través del contacto, se puede experimentar cariño o rechazo, protección, relajación, miedo, deseo, rechazo, excitación, etcétera; tanto de la persona que toca como de la que recibe el tocamiento. Hay varias formas de tocar: rozando, acariciando, presionando, arañando, golpeando o amasando, todas con diferente presión o intensidad; casi como regla el contacto se reduce a las manos, no se consideran otras posibilidades táctiles, se olvida que la piel es nuestro órgano sexual más extenso, en su totalidad sensible y que puede ser explorada con cualquier otra parte del cuerpo como el cabello, labios, pies, lengua, codos, rodillas o con lo que se nos ocurra.

Todo el cuerpo puede ser receptivo al placer, no sólo los órganos sexuales, siempre y cuando los tocamientos sean agradables y placenteros para la persona; ante esto, no podemos generalizar que existen determinadas zonas exclusivas para la excitación, pues los tocamientos o caricias que sean excitantes para algunos podrían causar inhibición a otros. Tampoco los tocamientos deberán proporcionarse únicamente por otro, una parte importante del conocimiento de uno mismo es la autoexploración de formas, texturas y sensaciones, el autoconocimiento enriquece el encuentro y la comunicación con la pareja.

⁵ Fetichismo. "Gusto de obtener y poseer objetos o pertenencias de determinadas personas." (Álvarez Gayou, 1986, p.37).

El gusto

A través de este sentido distinguimos los sabores de los alimentos y bebidas, las cuales, pueden generar un efecto estimulador o inhibitorio y, aunque no es algo muy practicado, también podemos distinguir los diferentes sabores del cuerpo. Por lo general, en la sociedad occidental, en un encuentro con la pareja usamos este sentido al besar los labios, estimular la **lengua y la cavidad oral en general, a este beso se le llama "beso francés"; sin embargo, esta forma de besar para algunas personas y en algunas culturas puede ser rechazada.** Otra forma de utilizar este sentido es en la práctica del sexo oral, cuando se acarician los órganos sexuales de la pareja con la boca, aunque para algunos esto no es agradable, para otros la experiencia **es muy excitante. Pero el sentido del gusto no debe limitarse a "besos franceses" y sexo oral,** todo el cuerpo puede ser besado, chupado, lamido, mordido con mayor o menor intensidad y así conocer y distinguir los diferentes sabores, a la vez que también se distinguen aromas, texturas, colores, temperatura, ruidos y todo lo que se pueda descubrir.

La higiene bucal y corporal es básica para evitar que los estímulos gustativos se vean inhibidos.

Cuanta más rica sea la exploración propia y en la interacción con otros/as, más amplia será la experiencia del placer.

Los órganos sexuales pélvicos externos y los órganos sexuales pélvicos internos, se denominarán así de acuerdo a su ubicación en el cuerpo y, de acuerdo a las diferencias morfológicas serán, de la mujer o del hombre.

Los órganos sexuales externos son los que están a la mano y/o a la vista, se pueden observar y tocar de manera directa. Para la observación de los órganos sexuales internos se requerirá de instrumental, aparatos y un entrenamiento específico para auxiliarnos en su exploración (Álvarez-Gayou, 1990).

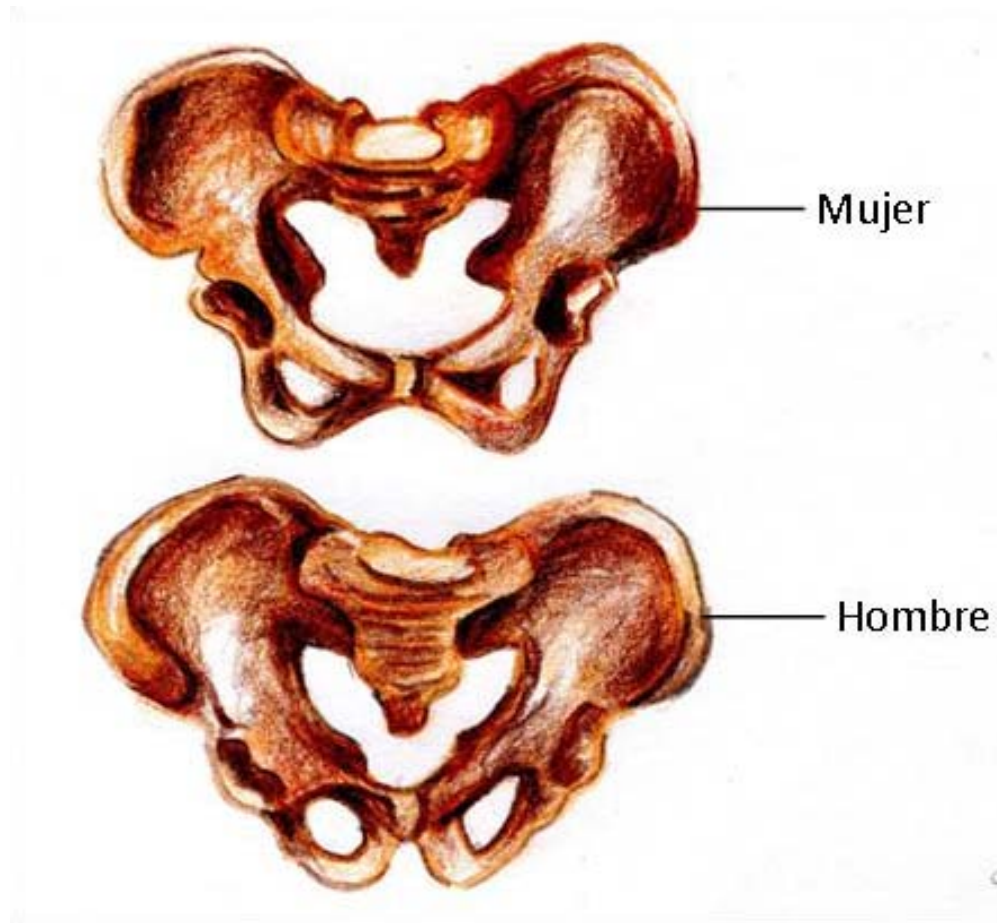
Los órganos sexuales externos, a través de la historia y como cumplimiento a las normas sociales de algunas culturas han sido tapados, prohibiendo su exploración y evitando percibir las sensaciones placenteras que pueden proporcionar; sólo se permite su exhibición para ciertas funciones, como la reproducción; cuando se llegan a mostrar públicamente, se relacionan con manifestaciones artístico plásticas. Sin embargo, para integrarnos como seres sexuados, es esencial tener un conocimiento de estas estructuras, como parte básica del ejercicio de la sexualidad.

Los órganos sexuales internos están alojados en la pelvis ósea, la cual está formada por delante y a los lados por los dos huesos iliacos, en su parte posterior el hueso sacro y el cóccix; los dos huesos iliacos se unen en la parte anterior formando la sínfisis del pubis (Moore, 1995).

La pelvis de la mujer y del hombre se diferencian en algunos aspectos relacionados fundamentalmente: con la estructura más pesada y de mayor fortaleza muscular de los hombres y, la adaptación de la pelvis de la mujer para albergar al feto. La estructura general de la pelvis del hombre es más pesada y gruesa, suele mostrar marcas óseas más prominentes, a diferencia de la pelvis de la mujer que es más ancha y delgada y tiene un estrecho superior e inferior más grande. Moore (1995) menciona que las diferencias principales consisten en:

La separación de los huesos iliacos es mayor en la mujer debido a la mayor anchura del sacro; las tuberosidades isquiáticas de las mujeres están más separadas porque el arco del pubis es más ancho; el hueso sacro de las mujeres es menos curvo, lo que aumenta el tamaño del estrecho pélvico inferior y el diámetro del canal del parto; y los orificios obturadores son redondos en el hombre y ovalados en la mujer.

Aunque existan diferencias anatómicas en las pelvis del hombre y la mujer, la pelvis de una persona puede mostrar rasgos anatómicos característicos del otro sexo, su forma dependerá de la arquitectura global y no sólo del aspecto aislado de las características de la generalidad.



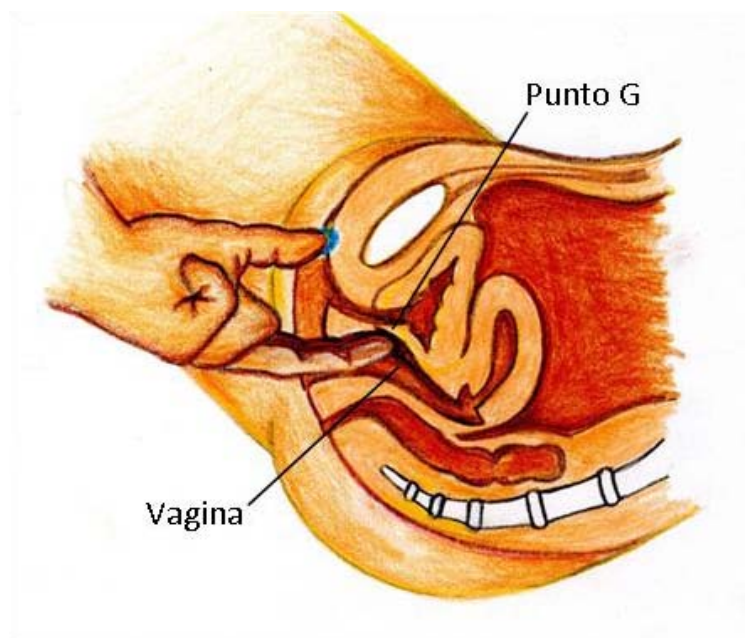
Pelvis de la Mujer y del Hombre

ÓRGANOS SEXUALES PÉLVICOS DE LA MUJER

Órganos internos

La *vagina* es un órgano muscular delgado, parcialmente colapsado y rugoso, que mide entre 8 y 10 cm de longitud, la pared posterior es aproximadamente 1 cm más larga que la anterior y entra en contacto con el cuello del útero; tiene un diámetro aproximado de 4 cm pero sus paredes extensibles permiten la introducción de un pene de dimensiones mayores y el pasaje del feto durante el parto. Se extiende del introito al cérvix, siguiendo una curva hacia arriba y hacia atrás a partir de la vulva. Ocupa el espacio intermedio entre la vejiga y el recto. Durante el climaterio, las dimensiones vaginales disminuyen y los fondos de saco laterales se vuelven menos profundos.

En años recientes se han realizados estudios sobre una zona especialmente sensible referida por algunas mujeres, a la que se le ha llamado punto G o punto Gräfenberg, nombre del físico alemán quien señaló por primera vez su presencia en 1950. Ladas, Wipple y Perry en 1982 lo **describieron "como una masa de tejido del tamaño aproximado de una habichuela cuando no se halla estimulado. En la fase de excitación, el tejido se hincha hasta el tamaño de una moneda antigua (Masters, Johnson & Kolodny, 1995). Este tejido se ha localizado en la parte anterior de la vagina, sin embargo no se ha comprobado la presencia del punto G en todas las mujeres, Wipple realizó una investigación en 11 mujeres de las cuales solo en 4 localizó este punto, otro estudio realizado en el Instituto Master y Johnson refiere que de "una muestra de 100 mujeres resultó que menos de 10 tenían una zona de sensibilidad exacerbada en la pared frontal de la vagina o una masa de tejido que encajase con las varias descripciones de esta parte de los genitales" (Masters, Johnson & Kolodny, 1995).**



Localización del Punto G o Punto de Grafenberg

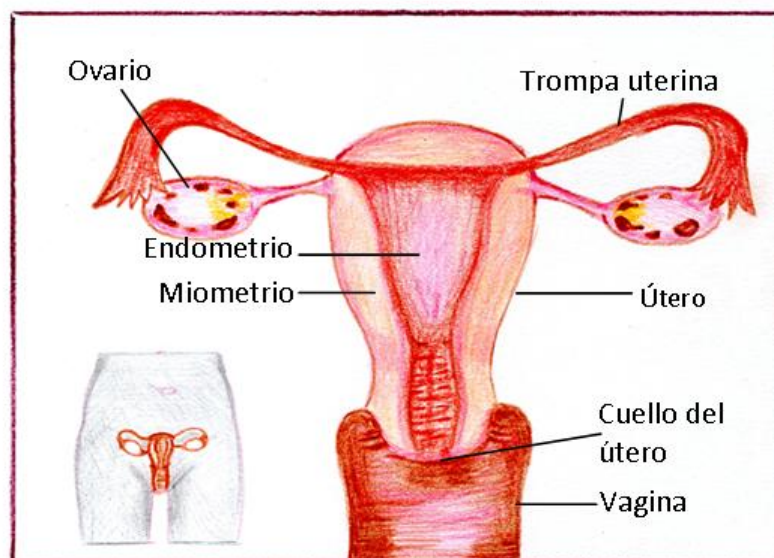
El *útero*, en una mujer no embarazada, es un órgano hueco de paredes gruesas situado entre la vejiga y el recto; tiene forma de pera invertida de adelante hacia atrás, cuya base está orientada hacia arriba y el vértice truncado encaja en la parte superior de la parte anterior de la vagina. Su parte superior voluminosa constituye el cuerpo del útero, situado entre la vejiga (adelante) y el recto (atrás). Su parte inferior o cuello uterino, más corto y casi cilíndrico, está situado en la parte superior de la vagina; la porción intermedia entre el cuerpo y el cuello se denomina istmo uterino; éste órgano es de tamaño variable, en la mujer adulta que ya ha tenido hijos mide casi 8 cm de longitud, 6 cm de ancho y 4 cm de espesor; en la mujer pre púber el cuello y cuerpo son parecidos en tamaño, en la mujer madura el cuerpo crece en relación de 2 a 1 ó 3 a 1.

La región que recibe las trompas uterinas tiene forma de embudo y se denomina cuerno. El útero se divide en tres capas de células que son de fuera a dentro:

Serosa o Perimetrio: Corresponde al peritoneo en la parte posterosuperior y al tejido laxo que se extiende por los lados del útero en lo que se denomina parametrios.

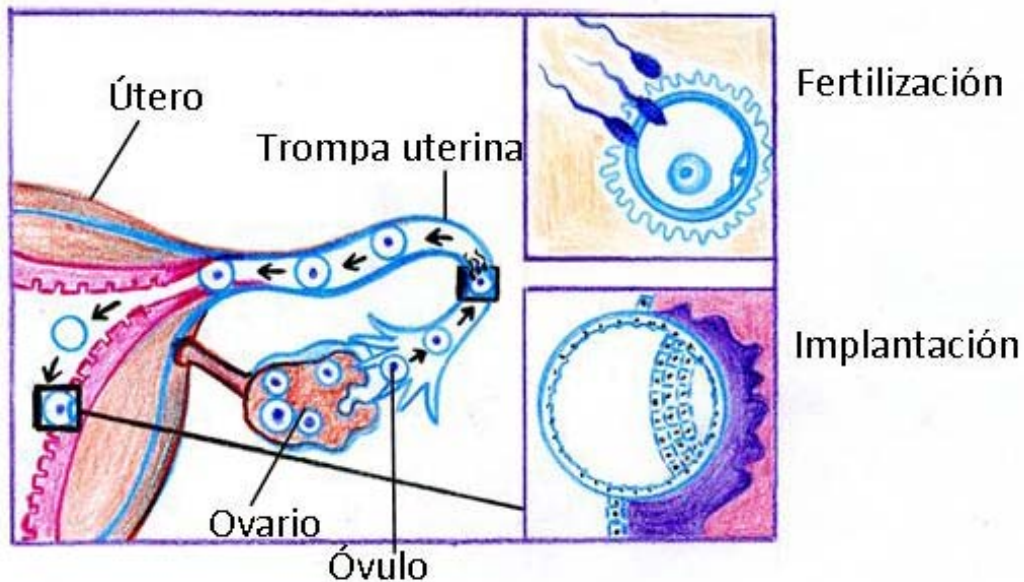
Miometrio: Constituye la mayor parte de la masa uterina, está formada por tejido muscular involuntario (liso) entrelazado, el cual permite aumentar considerablemente su tamaño durante el embarazo (Moore, 1995; Jones, 1991).

Endometrio: Es una capa mucosa especializada que se renueva en cada ciclo menstrual de no haber fecundación. En el endometrio se distinguen dos capas: la basal y la funcional, ésta última es la porción expulsada durante la menstruación o período a lo largo de los años fértiles de la mujer. El endometrio por acción de las hormonas del folículo ovárico y del cuerpo lúteo, presenta una serie de modificaciones importantes destinadas a albergar el huevo en caso de que se produzca la fecundación.



Vista frontal de las partes del útero

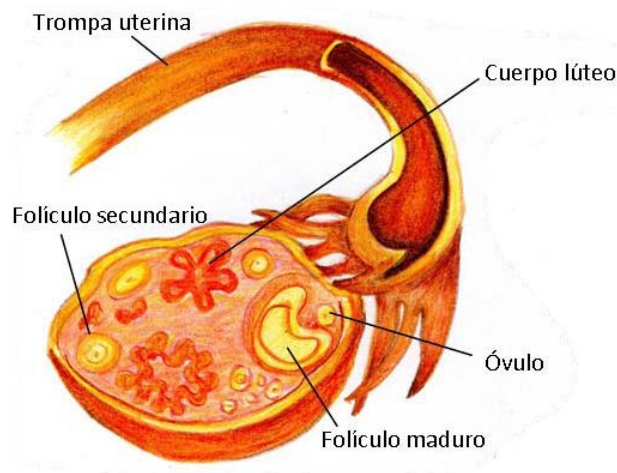
Extendiéndose lateralmente desde los cuernos uterinos se encuentran las *trompas uterinas*, son un par de conductos delgados que miden de 10 a 12 cm de longitud, éstas transportan los ovocitos del ovario y el espermia del útero hacia el lugar donde ocurre la fecundación; la ampolla de la trompa uterina. La trompa también transporta, por medio de movimientos peristálticos, el óvulo fecundado en la fase de división hasta la cavidad uterina. En su extremo distal, las trompas uterinas establecen una comunicación entre la cavidad peritoneal; en la proximidad del ovario y el exterior del cuerpo (Moore, 1995).



Paso del óvulo por las trompas uterinas

Los *ovarios* son las glándulas sexuales de la mujer, también llamadas gónadas, en las cuales se producen los estrógenos, siendo éstos los principales responsables del desarrollo de las características sexuales secundarias en la pubertad y de la conservación de los órganos sexuales internos y externos. Existe uno derecho y otro izquierdo, se ubican en ambos lados del útero, tienen una forma ovoide y miden aproximadamente 3 cm de largo, 1.5 cm de ancho y 1 cm de espesor; su color es blanco rosáceo, su superficie es lisa durante la niñez luego se va arrugando progresivamente por el desarrollo regular de los folículos ováricos, aumentando de tamaño con la edad y sufriendo una regresión después de la menopausia; los folículos son numerosas vesículas que albergan un ovocito u oocito (óvulo que se encuentra en desarrollo). Con el crecimiento corporal aparecen el desarrollo y las secreciones hormonales, algunos oocitos maduran para transformarse en óvulos maduros, lo que marca el inicio de la pubertad. Alrededor del séptimo mes de vida de un feto mujer existen aproximadamente siete millones de folículos en sus ovarios, al nacer, la mayoría se desintegran dejando de 200,000 a 400,000 folículos en cada ovario, en la pubertad este número quizá haya disminuido a 100,000 o

200,000 y luego desciende de modo constante durante los años reproductivos de la mujer (McCary, 1996).

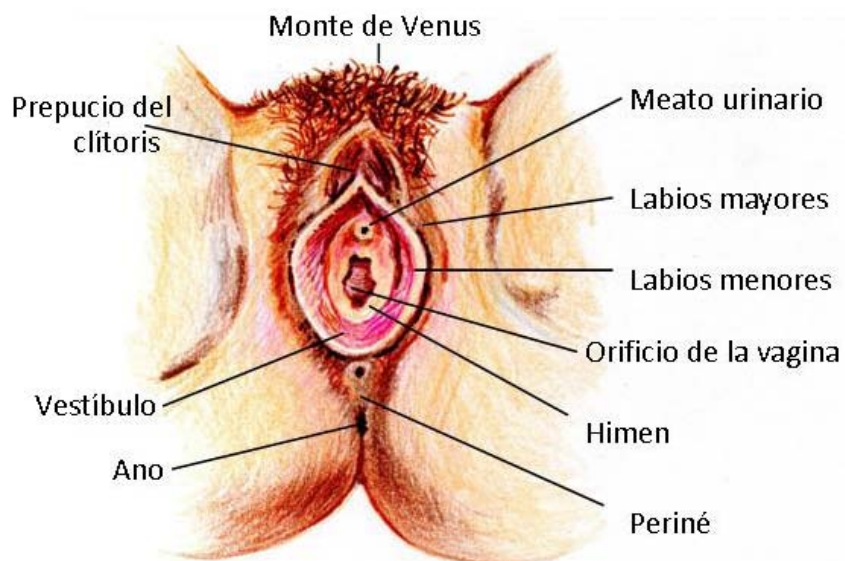


Ovario donde se observa la maduración del óvulo

Órganos externos

Los órganos sexuales externos están constituidos por la *vulva*: labios mayores, labios menores, clítoris y vestíbulo de la vagina; muy cerca de estas estructuras se encuentran el orificio uretral y el ano. En la parte antero superior de la vulva está el Monte de Venus.

El *Monte de Venus* es un abultamiento constituido por tejido graso que está situado por delante de la sínfisis pubiana; no es un órgano, sino tan sólo una región. En la pubertad se cubre de vello grueso y oscuro, en la edad adulta el vello pubiano es abundante, después de la menopausia se vuelve escaso formando un triángulo de base superior. La piel del monte de Venus contiene glándulas sudoríparas y sebáceas; la circulación sanguínea se realiza por medio de ramas de la arteria y vena pudendas externas (Benson, 1985).

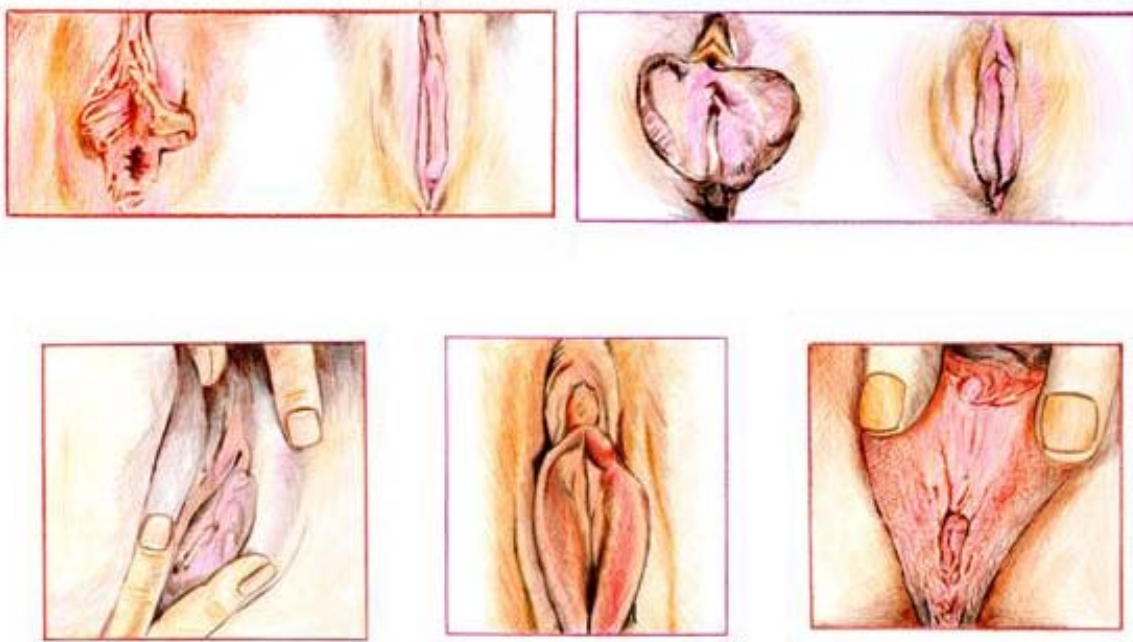


Órganos sexuales externos de la mujer

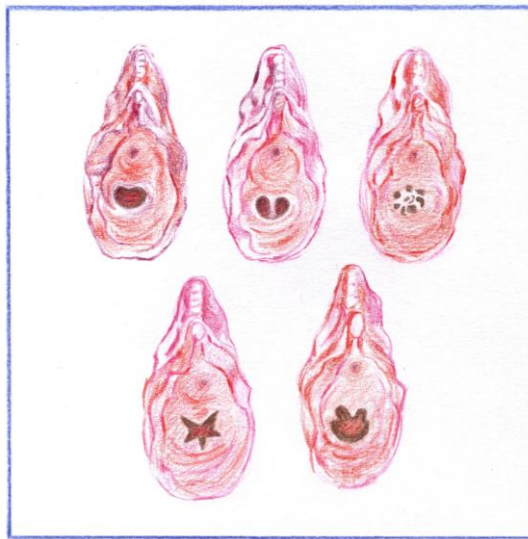
Los *labios mayores* son la formación más prominente de los órganos sexuales externos, son dos pliegues cutáneos longitudinales elevados y redondeados que se originan en el cuerpo perineal y se unen en el monte de Venus; la piel en la cara externa de los labios es gruesa y en ocasiones pigmentada, en la mujer adulta están cubiertos de vello similar al del monte de Venus; la piel de la parte interna es delgada, fina y no tiene vello. Están constituidos por múltiples glándulas sebáceas.

Los *labios menores* son dos pliegues pequeños y delgados de piel, situados entre los labios mayores y el introito vaginal; están separados por el *himen* que es una membrana delgada y elástica situada por dentro de los labios menores y ocluye parcialmente la entrada de la **vagina, muy raras veces la ocluye totalmente.** "En su extremo anterior, cada labio se divide dando un pliegue interno que se fusiona con el opuesto correspondiente, para formar el frenillo del clítoris y, otro extremo, para dar lugar al prepucio del clítoris" (Benson, 1985). Carecen de vello y glándulas sudoríparas, en cambio, tienen una gran cantidad de glándulas sebáceas.

El *himen* señala la entrada de la vagina, su inervación e irrigación está dada por vasos arteriales y venosos, los nervios pertenecen a los trocos pudendos y rectales inferiores. De forma variable, en general, se encuentran tres tipos de himen: semilunar, anular y labiado. Los restos del himen se denominan carúnculas mirtiformes o himenales, cuando el tejido del himen es muy rígido, puede provocar dolor ante la penetración de algún objeto o el pene durante una relación sexual, cuando esto se presenta se hace necesario una himenotomía (corte quirúrgico del himen). Un himen elástico puede romperse fácilmente ante la presencia de un traumatismo incluso leve y sin que la mujer se dé cuenta, es por eso que muchas ocasiones en la exploración no se encuentra presente.



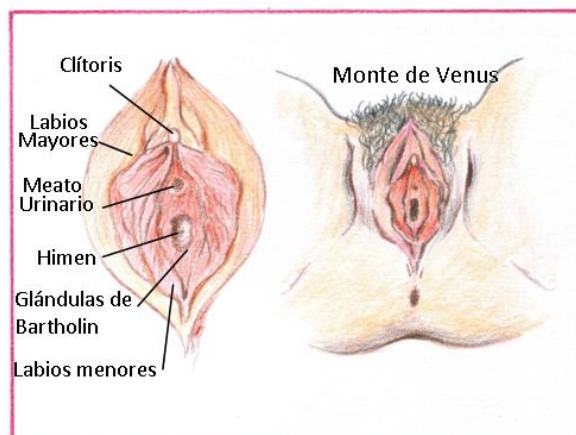
Diversidad de labios mayores y menores



Diversidad de himenes

El *clítoris* es una estructura cilíndrica, está constituido por dos cuerpos cavernosos pequeños, estructuras esponjosas y eréctiles, fijas al periostio de la sínfisis púbica y por una estructura muy pequeña, el glande que mide aproximadamente 4-5 mm. Todo el clítoris, a excepción del glande, está cubierto por la parte superior de los labios menores, donde estos se unen y conforman el frenillo del clítoris.

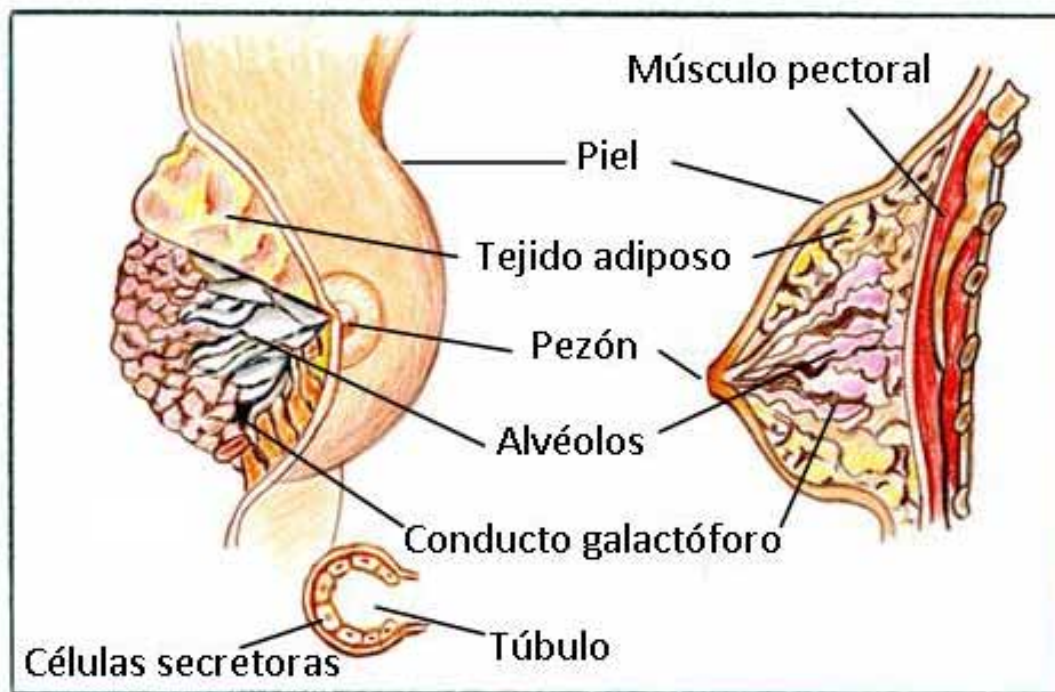
Anexos a los órganos sexuales externos se encuentra el *vestíbulo*, es una hendidura rodeada por los labios menores, tiene forma triangular, alberga las aberturas de la vagina y de la uretra. El meato urinario está ubicado entre el clítoris y el introito vaginal y es el orificio que elimina la orina de la vejiga. Otras estructuras son las *glándulas o conductos de Bartholin* que se localizan a la altura del introito vaginal, entre los labios menores y la pared vaginal en ambos lados; su longitud es de 1 a 2 cm, tienen el volumen de una almendra. Son glándulas pequeñas cuyo conducto excretor se abre en la base de los labios menores y tienen forma aplanada. Segregan un líquido que puede ayudar a la lubricación durante la respuesta sexual (Benson, 1985; Latarjet & Ruiz).



Clítoris y anexos

Las *mamas* representan una de las más notables características sexuales secundarias en la mujer; están situadas en los músculos del pecho y se extienden entre la segunda y la séptima costilla, y de la línea media del pecho hasta la parte inferior de la axila. La forma de las mamas es muy variable, según las razas, la edad, el embarazo, la lactancia o el período menstrual; lo mismo sucede con la consistencia, es firme y elástica en la mujer joven y que no ha tenido hijos; blanda y flácida en la mujer adulta mayor. Sus dimensiones son igualmente variables, inclusive entre ambas mamas y no guardan relación con la talla de la persona. La mayor parte de la mama está cubierta por piel fina y móvil; la areola constituye el vértice de la mama, es una zona redonda y pigmentada que mide entre 1.5 y 2.5 cm de diámetro, su coloración también varía, es rosada en la mujer joven y posteriormente adquiere un color amarronado que se marca más en el embarazo, su superficie presenta ciertos puntos levantados llamados *tubérculos de Morgagni*. En el centro de la areola, se encuentra la papila mamaria o pezón, es cilíndrica, cónica, saliente y ricamente sensible. Por el efecto de algunos estímulos como el frío, tocamiento o excitación sexual, la piel de la areola se contrae y proyecta el mamelón hacia delante; J. Duval denominó este fenómeno como "telotismo" (Latarjet, 1991).

En la parte interna de la mama se encuentra tejido celular subcutáneo que limita la piel y la glándula mamaria, entre ellas se encuentra tejido adiposo (grasa) y fibroso. La glándula mamaria es una masa casi oval, está constituida por 15 a 20 lóbulos teniendo cada uno de ellos independencia funcional, cada lóbulo posee un conducto excretor que se dirige hacia el pezón. Producen y secretan leche durante la lactancia por la estimulación de succión que el lactante ejerce sobre la mama.



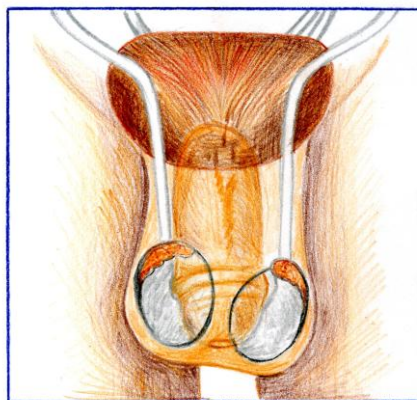
Constitución de la glándula mamaria

ÓRGANOS SEXUALES PÉLVICOS DEL HOMBRE

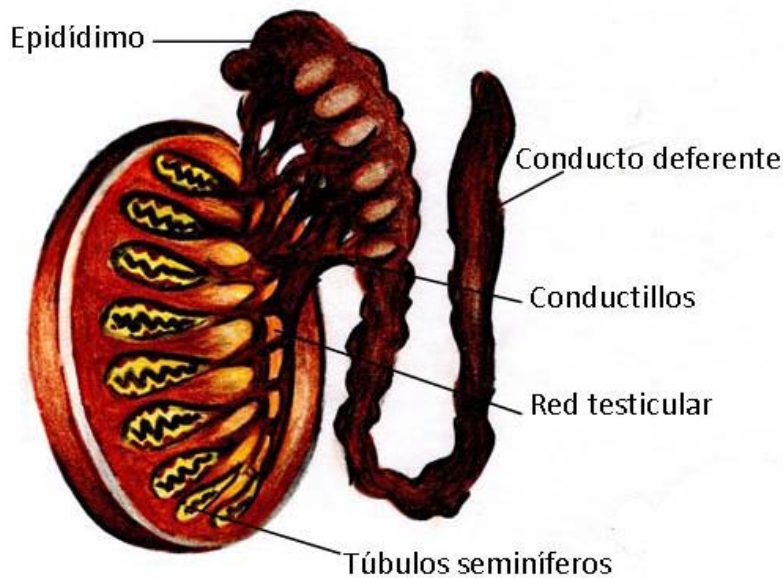
Órganos internos

De los órganos sexuales pélvicos del hombre, los elementos más importantes son los *testículos* o gónadas en donde, desde la pubertad se producen los espermatozoides. Se desarrollan en pares en la cavidad abdominal, al séptimo mes de vida de un feto hombre los testículos pasan a través del conducto inguinal, pasaje que los conduce de la cavidad abdominal a la bolsa escrotal para posteriormente cerrarse con tejido conjuntivo, así queda separada la cavidad corporal del escroto, separados en compartimientos independientes por un tabique fibroso; a veces este descenso puede llevarse a cabo después del nacimiento. Pueden existir múltiples factores para que los testículos no desciendan, para atender esto se requerirá ayuda **quirúrgica y endócrina**. “En general los médicos concuerdan que un testículo sin descender **debe tratarse a los cuatro o cinco años**” (McCary, 1996).

El testículo es de forma ovoide, aplanado transversalmente, de color blanco azulado, brillante y liso, tiene una cubierta llamada túnica albugínea y el izquierdo es ligeramente más bajo que **el derecho**. “El tamaño es igual en cualquier raza, de 4 a 5 cm de largo, 5 cm de ancho y 3 cm en su tamaño antero posterior...el peso es de alrededor de 10 g de los que 4 a 5 **corresponden al epidídimo**” (López, 1984). Están libres, lo que permite que tengan gran movilidad y conserven su temperatura un grado más debajo de la corporal para evitar daño en la producción de espermatozoides. El testículo está estrechamente adherido al epidídimo, ubicado sobre su borde posterosuperior. Está constituido por lóbulos, cada lóbulo contiene de uno a cuatro tubos seminíferos, cada uno mide aproximadamente 60 cm de longitud, tienen una membrana basal que da sostén a las células seminíferas, hay de dos tipos: de Sertoli (o de sostén) y células espermatógenas. La función de reproducción está encomendada a las células germinales de los túbulos seminíferos, se disponen en varias capas donde las más superficiales, es decir, las más próximas a la luz de los conductillos seminíferos son de mayor madurez, así van de espermatogonias, espermatocitos primarios, espermatocitos secundarios, espermátides, hasta llegar a los espermatozoides.



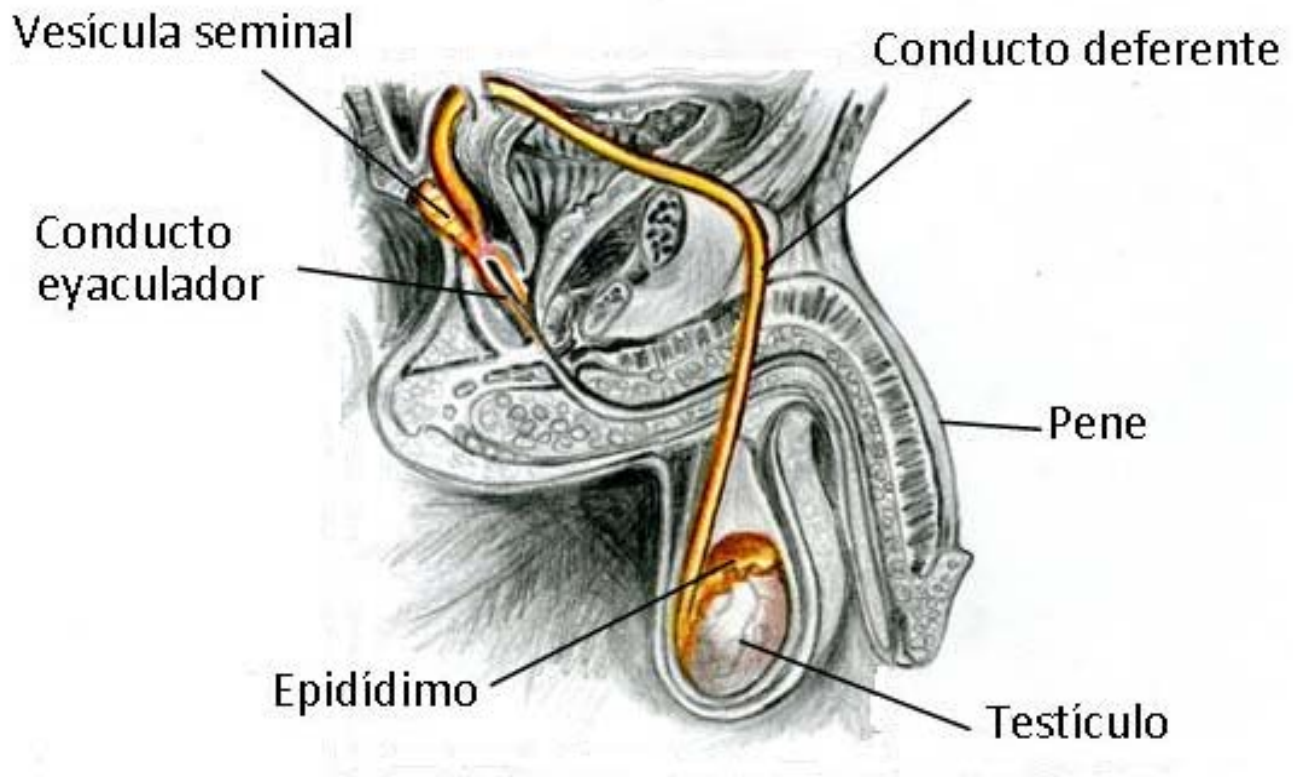
Testículos en la bolsa escrotal



Testículo, Epidídimo y Conductillos seminíferos

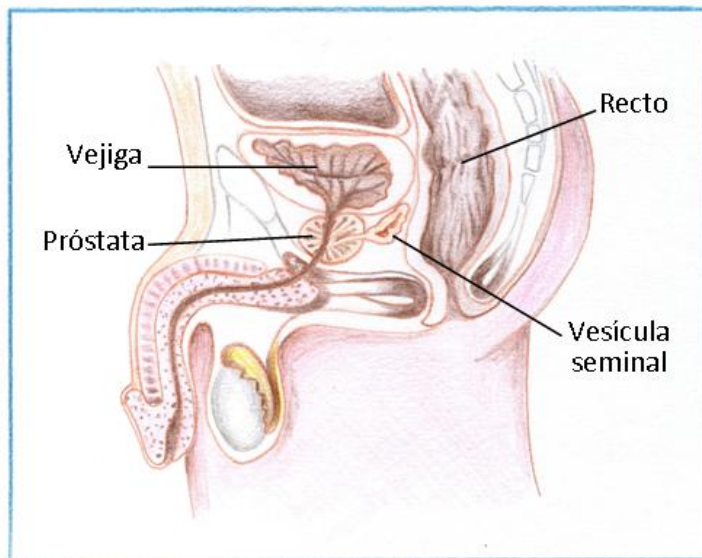
“El *epidídimo* es un abultamiento insertado en cada testículo, dentro de un tubo enrollado de **alrededor de 6 m de longitud**” (McCary, 1996), se conecta en su porción superior con el testículo por los conos aferentes, está formado por un conducto flexuoso, que en su parte inferior se continúa con el conducto deferente. Ahí maduran los espermatozoides, permaneciendo el esperma hasta por seis semanas, tiempo durante el cual los nutre su epitelio.

Los espermatozoides se transportan por movimientos ciliares dentro del epidídimo al *conducto deferente*, éste es un minúsculo conducto colector de alrededor de 46 cm de longitud que se origina en el extremo terminal del epidídimo y asciende hacia la cavidad abdominal, hasta la vesícula seminal; en su terminación está dilatado, formando la ampolla del conducto. Es un conducto cilíndrico de consistencia firme con un diámetro inicial de 5 mm que aumenta progresivamente hasta 6 mm en la ampolla. Su trayecto es paralelo al epidídimo, se incorpora al cordón espermático, se dirige hacia la vesícula seminal y forma el comienzo del conducto eyaculador. El conducto deferente sirve como un pasaje del esperma hacia la *vesícula seminal*, que son dos pequeños reservorios bilaterales situados detrás de la vejiga y adelante del recto, oblicuamente por encima de la próstata; son alargadas y están formadas por un tubo enrollado de entre 10 a 15 cm de largo. No almacenan el esperma, sino que segregan un líquido espeso y alcalino que se mezcla con el esperma en su paso hacia el *conducto eyaculador* y la uretra, y se expulsa cuando se contraen en la eyaculación. El conducto de cada una de las vesículas seminales se une al conducto deferente formando el conducto eyaculador. **“Se sabe que** las vesículas seminales proporcionan almacenamiento y dan al espermatozoide una nutrición que le permite moverse con mayor facilidad a partir de un líquido parecido al azúcar denominado fructuosa” (McCary, 1996).



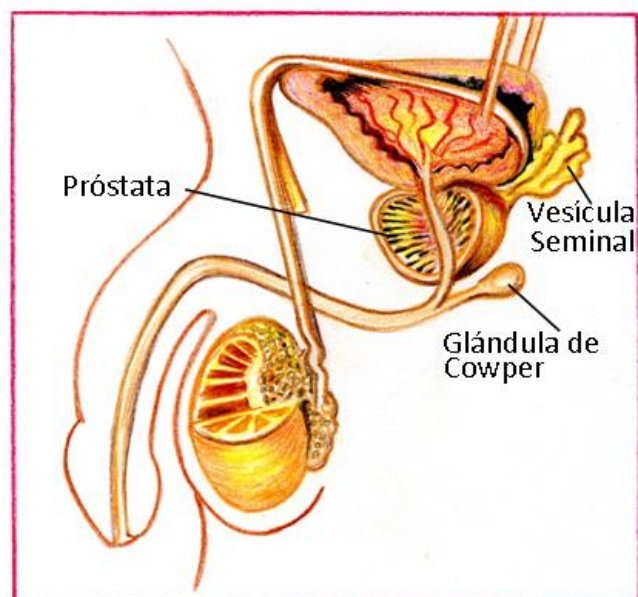
Trayecto del conducto deferente hasta el conducto eyaculador

La próstata está formada por una porción glandular y otra fibromuscular, tiene aproximadamente el tamaño de una nuez y un peso de 20 g, su posición y relaciones la unen a la vejiga y a la uretra prostática, la cual atraviesa la próstata y los *conductos eyaculadores* (comunican las vesículas seminales con la uretra prostática) por su parte posterior; éstos se dirigen oblicuamente para abrirse en el verumontanum en el piso de la uretra prostática inmediatamente proximal al esfínter urinario estriado externo. La próstata se sitúa por detrás de la sínfisis del pubis, en su parte posterosuperior se encuentran los conductos deferentes y vesículas seminales y por detrás se encuentra el recto, separado de él por dos hojas de aponeurosis. Su crecimiento y función inicia en la pubertad y, a partir de los 45-50 años presenta una involución fibrosa (Latarjet, 1991), pudiendo ocasionar desde adenomas prostáticos (benignos) hasta cáncer. En la edad adulta está en continuo estado de actividad, parte de su secreción se vierte en la orina. La secreción prostática descargada en el momento de la eyaculación, es un líquido alcalino, lechoso, contiene proteínas, calcio, ácido cítrico, colesterol y numerosas enzimas y ácidos, es poco espeso, se elimina hacia la uretra prostática por contracción del músculo liso de la próstata, éste junto con el contenido de las vesículas **seminales forman el "líquido seminal o semen, líquido viscoso que se forma con 1% de espermatozoides, 4% de las secreciones de las vesículas seminales y 95% de secreciones de la próstata, la cantidad promedio es de 4 ml"** (McCary, 1996) .



Ubicación de la glándula prostática

Las *glándulas de Cowper* o bulbouretrales son dos pequeñas estructuras de color amarillento y de tamaño de un chícharo, se sitúan en la base del cuerpo esponjoso de la uretra y bajo la próstata. Los conductos de las glándulas bulbouretrales son largos, se abren en la parte proximal de la uretra esponjosa en el bulbo del pene, por medio de numerosos orificios. Durante la excitación, antes de la eyaculación, secretan un líquido alcalino que lubrica y neutraliza la acidez de la uretra para el paso de los espermatozoides, que salen por la uretra; de modo habitual no contiene espermatozoides, pero algunos logran pasar al líquido, por lo que es posible que una mujer se pueda embarazar por la penetración del pene en la vagina, aunque el hombre no eyacule (McCary, 1996; Moore, 1995).

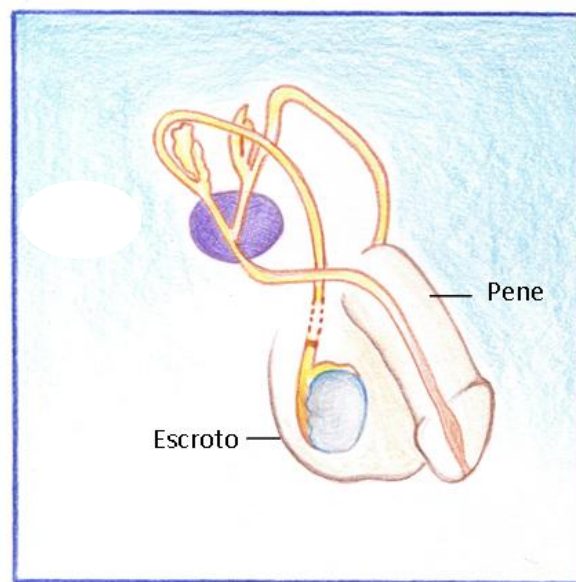


Ubicación de las glándulas de Cowper

Órganos externos

El *pene* es un órgano cilíndrico compuesto en su mayoría por tejido eréctil, situado por debajo de la sínfisis pubiana, arriba y adelante del escroto; es móvil. Su longitud es variada, en el adulto puede ser de 6.4 a 12 cm en estado de flacidez, aumentando de volumen y longitud durante la erección, volviéndose rígido.

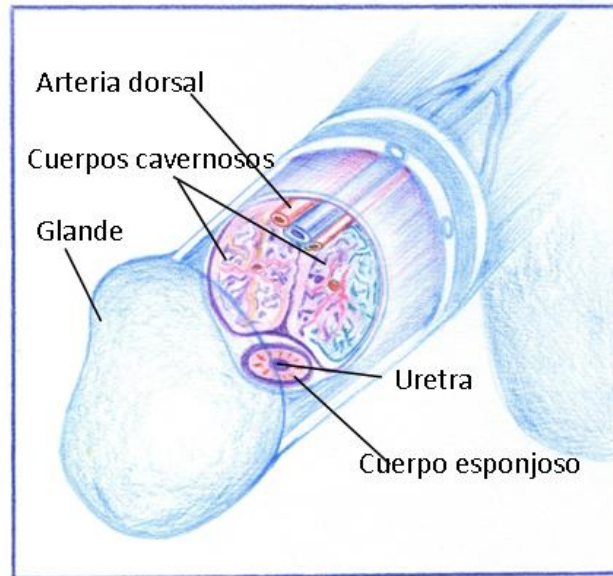
El pene consta de una raíz y de un cuerpo; la raíz del pene está situada en la parte anterior del perineo, fijada al pubis por la inserción de los cuerpos cavernosos y en la línea media por el ligamento suspensor del pene. La raíz consta de pilares, bulbo y los músculos asociados (bulbo esponjosos). El bulbo se sitúa entre las raíces del pene, en el espacio superficial del periné.



Órganos sexuales externos del hombre

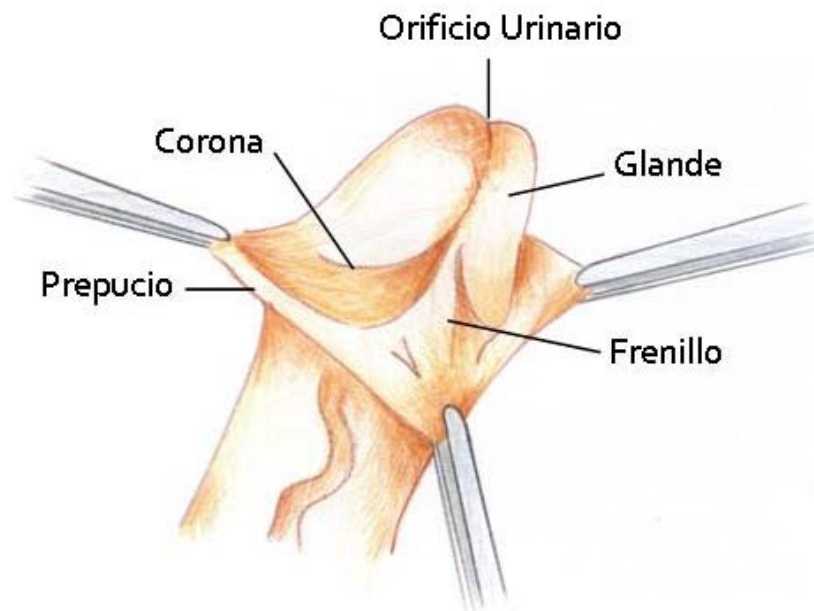
El cuerpo del pene es la porción libre y colgante cuando se encuentra en estado de flacidez, **"no tiene músculos, excepto algunas fibras del músculo bulbo esponjoso, cerca de la raíz"** (Moore, 1995). Está formado por los *cuerpos cavernoso y esponjoso*, está cubierto de piel muy fina, móvil, de color oscuro y laxa, prolongándose abajo a nivel del prepucio con la mucosa del glande; contiene glándulas sebáceas y cerca de la corona del glande glándulas que segregan esmegma y glándulas prepuciales o de Tyson. Los tres cuerpos cilíndricos de tejido cavernoso eréctil están rodeados por una densa y blanca cápsula fibrosa llamada túnica albugínea. Dos de los tres cuerpos eréctiles (los cuerpos cavernosos) se disponen a cada lado en la porción dorsal del pene, dando apoyo al cuerpo esponjoso del pene que se sitúa ventralmente y contiene la uretra esponjosa que atraviesa la raíz y el cuerpo del pene, hasta la punta del glande en el orificio externo de la uretra en donde concluye su trayecto. En el extremo distal del cuerpo se encuentra el glande, se compone únicamente de cuerpo esponjoso, es una estructura de forma cónica, liso, tapizado de mucosa; tiene una gran cantidad de terminaciones nerviosas sensitivas, más que el resto del pene, lo que le hace ser muy sensible

a los estímulos físicos. El borde prominente del glande se denomina *corona*, lo conecta al *prepucio* que es un pliegue que cubre al glande, es retráctil y de extensión variable. Cuando el prepucio es demasiado estrecho y el glande no puede emerger fuera de éste, se le llama fimosis, y se puede corregir mediante la circuncisión, que es una práctica quirúrgica. Aunque no exista fimosis, esta práctica en algunas culturas se realiza como un ritual.



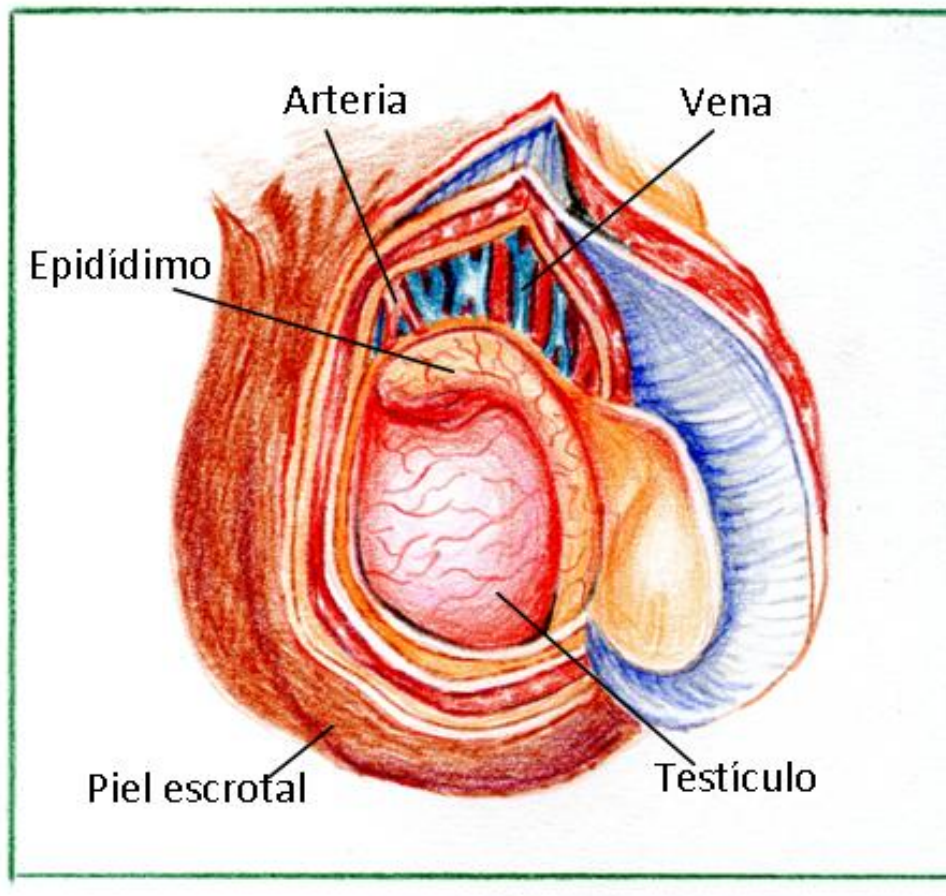
Cuerpos cavernosos y cuerpo esponjoso del pene

El pliegue conocido como frenillo del prepucio, se extiende desde la capa profunda del prepucio hasta la parte inmediatamente inferior del orificio externo de la uretra.



Glande, prepucio y frenillo

El *escroto* es una bolsa de piel arrugada en donde se depositan los testículos. Se haya dividido en dos sacos por un tabique de tejido conjuntivo, en cada compartimento hay un testículo, epidídimo y la porción inferior del cordón espermático. En la parte interna de la piel arrugada está el músculo dartos. El escroto no sólo sostiene los testículos, sino que por medio de la relajación o contracción de su capa muscular ayuda a regular su temperatura ambiental y evitar su calentamiento. El músculo dartos se adhiere íntimamente a la piel, se contrae bajo el efecto del frío, ejercicio y estimulación sexual. Cuando el clima es cálido, el escroto se relaja y permite que el testículo cuelgue libremente. En los hombres adultos mayores, el músculo dartos pierde su tono por lo que el escroto tiende a ser más liso y a colgar más de lo habitual.



Capas del Escroto mostrando el testículo

El conocimiento de la Anatomía Sexual del Hombre y la Mujer forman parte de la imagen corporal integral, incorporar cada una de sus estructuras a ésta, garantizara su cuidado y la identificación oportuna y temprana de alteraciones que puedan poner en riesgo la salud sexual de las y los adolescentes.

Bibliografía

- 1) Álvarez-Gayou, J. L. (1986). Sexoterapia Integral. México: Manual Moderno.
- 2) Álvarez-Gayou, J. L. (1990). Elementos de Sexología. México: McGraw Hill.
- 3) Benson, R. (1985). Manual de Ginecología y Obstetricia. México: Manual Moderno.
- 4) Gotwald, W., Holtz, G. Sexualidad la experiencia humana. México: Manual Moderno.
- 5) Jones, H., Colston, A., & Burnett, L. (1991). Tratado de Ginecología de Novak. México: Interamericana.
- 6) Kolodny, R. Masters, W., & Johnson, V. (1983). Tratado de medicina sexual. España: Salvat editores.
- 7) Latarjet, M., Ruiz, A. (1991). Anatomía Humana. México: Panamericana
- 8) López, R. (1984). Urología Clínica y Nosología. México: Francisco Méndez Oteo.
- 9) Masters, W., & Johnson, V. (1978). Respuesta Sexual Humana. Argentina: Interamericana.
- 10) McCary, L., McCary, S., Álvarez Gayou, J. L., del Río, C., Suárez, J. L. (1996). Sexualidad Humana de McCary. México: Manual Moderno.
- 11) Moore, K. (1995). Anatomía con Orientación Clínica. Buenos Aires Argentina: Panamericana.
- 12) Sanz, F. (1999). Psicoerotismo femenino y masculino. Barcelona: Kairós.
- 13) Smith, R. (1985). Urología General. México: El Manual Moderno.

CAPÍTULO 3

HIGIENE SEXUAL EN LA PUBERTAD Y LA ADOLESCENCIA

Irene Torices Rodarte

Del francés *hygiène*, el término *higiene* se refiere a la limpieza y el aseo, ya sea del cuerpo como de las viviendas o los lugares públicos. Se puede distinguir entre la *higiene personal* o *privada* (cuya aplicación es responsabilidad del propio individuo) y la *higiene pública* (que debe ser garantizada por el Estado).

La *higiene* también está vinculada a la rama de la medicina que se dedica a la conservación de la salud y la prevención de las enfermedades. En este caso, el concepto incluye los conocimientos y técnicas que deben ser aplicados para controlar los factores que pueden tener efectos nocivos sobre la salud; este es el caso de la *Higiene Sexual*.

Por ejemplo: lavarse las manos con abundante agua y jabón antes de comer es un hábito de *higiene* imprescindible para evitar enfermedades. La reciente pandemia de *influenza* resalta la importancia de esta práctica de *higiene* para evitar el contagio.

Las autoridades comenzaron a preocuparse por la *higiene pública* a partir de la *Revolución Industrial*, cuando las condiciones precarias que se vivían dentro de las fábricas comenzaron a diezmar a la población.

En la *pubertad* el cuerpo experimenta grandes cambios anatómicos, fisiológicos y de comportamiento. En esta fase de la vida es muy importante tener una buena *higiene sexual*, toda vez que la *sexualidad* comienza a ser un aspecto más importante y hay que mantener hábitos saludables.



PROPÓSITOS Y REQUISITOS DE LA HIGIENE SEXUAL

La higiene sexual es el conjunto de actividades que permiten que una persona esté en equilibrio respecto al bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con su sexualidad. Estas acciones intentan prevenir el surgimiento de enfermedades, lesiones, violencia, discapacidades, dolor o riesgo de muerte así como el ajuste psicológico imprescindible para que el sujeto goce de una vida sexual sin temor, vergüenza, culpabilidad o ideas falsas sobre la sexualidad y la capacidad de disfrutar y controlar la propia sexualidad y la reproducción.

La sociedad en general debe involucrarse en la creación de un ambiente propicio para que todas las personas se encuentren en equilibrio con el entorno. La familia, el sistema educativo, el Estado y la religión, por ejemplo, aportan a la higiene sexual.

La autonomía, el bienestar subjetivo, el potencial emocional y la competitividad forman parte de los factores que debe cuidar la higiene sexual. Es importante tener en cuenta que la ausencia de una infección o disfunción reconocida (como las infecciones de transmisión sexual o las disfunciones sexuales) no implican el bienestar sexual en su totalidad.

La salud sexual de un individuo se refleja en su comportamiento cotidiano y está vinculada a la capacidad para expresar comportamientos sexualmente responsables. Todas las personas deberían poder llevar adelante una vida en forma independiente sin que las relaciones interpersonales afecten su poder de decisión y resolución.



La higiene sexual debe ser cuidada por cada individuo a través de hábitos positivos que le permitan mantener un equilibrio integral. La higiene y cuidado del cuerpo, la prevención de infecciones de transmisión sexual, la exploración corporal para identificar enfermedades que pudieran poner en riesgo la vida de la persona, son algunas de las cuestiones que cualquier persona debe trabajar para su higiene sexual y para evitar desequilibrios que afecten su salud sexual.

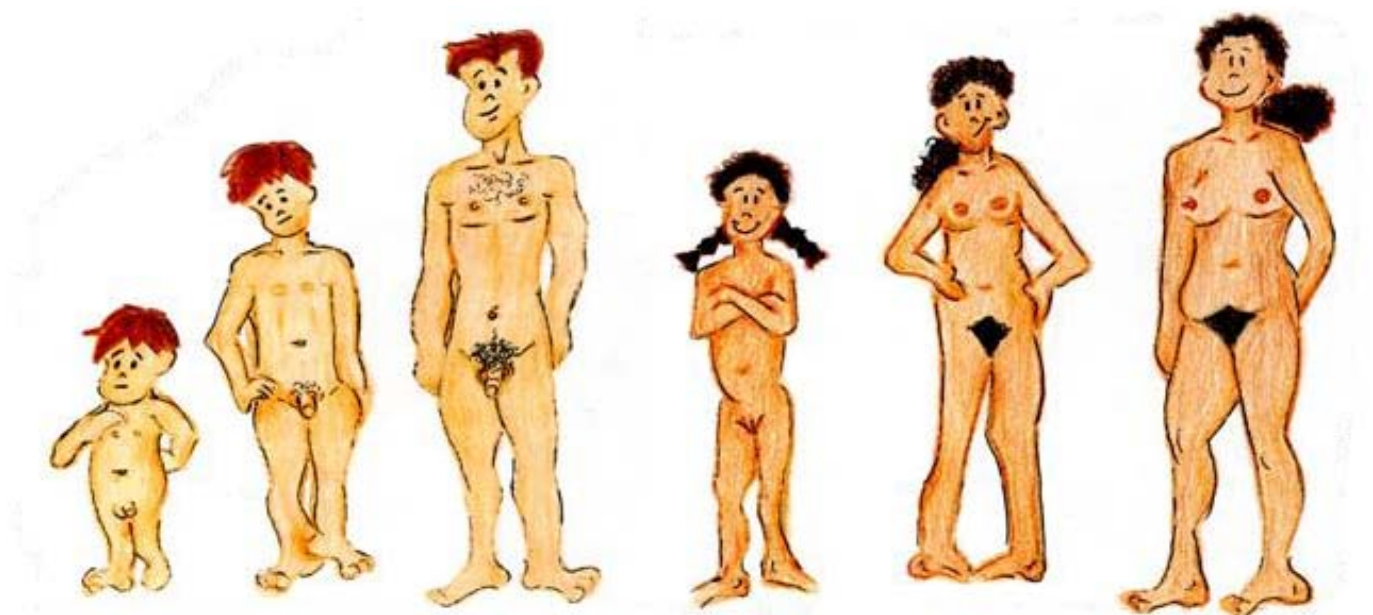
HIGIENE PERSONAL

La higiene del cuerpo es algo esencial que se debe considerar para evitar riesgos de deterioro de la salud. Al atender al adolescente, muchas veces se olvida dar recomendaciones básicas en torno a su salud sexual.

Como primer punto, es importante mencionar el nombre correcto, el que corresponde a los órganos sexuales de la mujer y del hombre, ya que de esta forma estaremos integrando estos **órganos a la imagen corporal; el ponerles "sobrenombres", implica no reconocer de manera natural la sexualidad, decir pene o vulva reafirma la parte biológica de la sexualidad.**

Muchos de los cambios que tienen lugar durante la pubertad provocan variaciones en el funcionamiento del cuerpo. Esto significa que las y los jóvenes deben aprender nuevas maneras de cuidarlo.

Durante la pubertad crece más el vello: en las axilas, los brazos y piernas, así mismo se vuelve más grueso y más largo, especialmente en los hombres. También crece vello púbico: en las mujeres alrededor de la vulva, en los hombres alrededor de la base del pene, justo delante de un hueso púbico. La cantidad de vello que crece en la cara, el pecho, los brazos y las piernas varía de persona a persona.



Las glándulas sudoríparas se encuentran más activas que nunca, produciendo más sudor que antes. Los y las adolescentes desarrollan un olor corporal diferente; éste se produce en axilas, en los pies y en otras partes del cuerpo. Este nuevo tipo de sudor suele ser uno de los primeros indicios del comienzo de la pubertad. También puede suceder que el cabello se vuelva más graso que de costumbre y aparezca grasa en la nariz y la frente.

En esta etapa también es muy común que aparezca acné en la cara, sobre todo en la nariz y la frente. A veces aparece en el pecho y la espalda. Aunque lavarse con agua y jabón diariamente es una buena manera de cuidarse la piel no resulta suficiente. Entre los factores que provocan el acné, están el hereditario, el aumento en la secreción de hormonas y la higiene.

El cuerpo vive tantos cambios durante la pubertad que puede ser abrumador para las y los jóvenes. No obstante, comer alimentos sanos, hacer ejercicio y mantenerse en forma, estar limpio así como dormir lo suficiente puede ayudar a que los y las jóvenes se sientan mejor.



Lavarse las manos antes y después de orinar o defecar y el baño diario o lo más frecuente que sea posible es recomendable, es importante utilizar de preferencia jabón neutro y agua tibia. Para el aseo de los órganos sexuales hay que evitar el uso de esponjas o guantes, ya que estos acaban siendo elementos con una elevada carga microbiana que puede actuar como vector de infección.

Si se ha iniciado la actividad sexual en pareja es importante el aseo de los órganos sexuales externos antes y después de mantener relaciones coitales, especialmente si se han utilizado lubricantes o alguna otra sustancia para facilitar la penetración.

Además del baño se recomienda cambiarse diariamente de ropa interior y calcetines. El uso de ropa interior holgada y de algodón, preferentemente blanca, ayudará a disminuir la humedad, evitando la reproducción de bacterias y en consecuencia a prevenir infecciones; además es importante en los hombres evitar usar calzoncillos y pantalones ajustados, ya que esto provocará el acercamiento de los testículos a la pelvis aumentando su temperatura y alterando el funcionamiento de los mismos.

La ropa interior debe ser lavada con jabones poco agresivos y garantizar su correcto enjuague y no utilizar suavizantes.

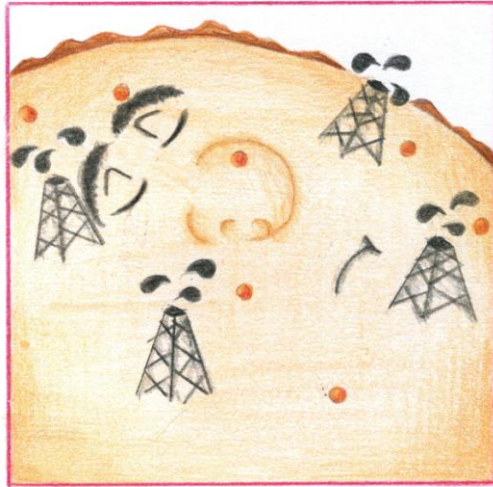


En verano, evitar permanecer demasiado tiempo con el traje de baño mojado y ducharse al salir del agua. Beber mucha agua, ya que ingerir poca agua favorece eliminar menos líquidos y toxinas y, por tanto, mayor estancamiento de orina, lo que favorece el desarrollo de gérmenes e infecciones de vías urinarias.

Con estas medidas desaparecerán la mayoría de los olores corporales intensos y sólo en casos extremos se recomienda el uso de desodorantes. Es importante no dejarse influir por las campañas publicitarias.

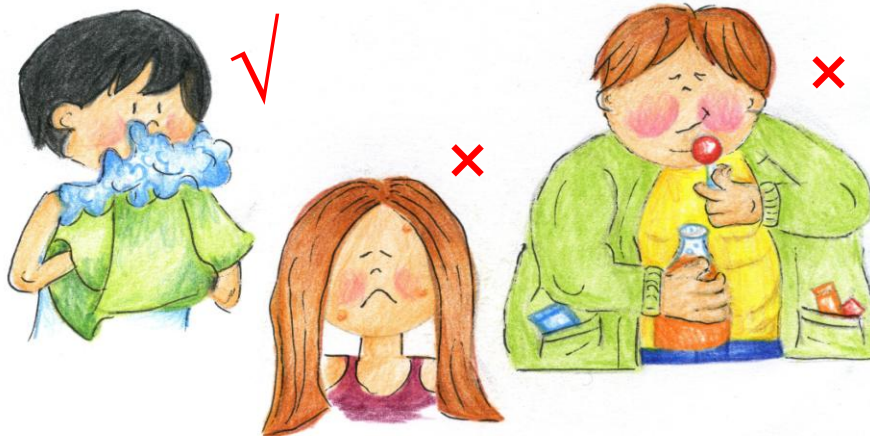
Barros y espinillas

Entre los 15 y 16 años es la "edad de los granos". Esto se debe a que la textura de la piel y las glándulas sebáceas producen tanta grasa que favorecen la aparición de barros y espinillas, tanto en los chicos como en las chicas. Este exceso de grasa se acumula en los poros de la piel y debajo de ésta, lo que origina los comedones o barros y cuando un poco de polvo queda pegado a los poros de la piel aparecen las espinillas.



No hay nada que hacer con respecto al exceso de producción de grasa, sin embargo, actualmente existen muchos productos en el mercado que ayudan a controlar su aparición y a desaparecerlos rápidamente. También ayuda comer menos dulces, helados y bebidas gaseosas, lavarse las manos y la cara a menudo para eliminar el polvo y no reventarse nunca un barro o intentar sacar una espinilla por tentador que sea. Si lo hacen las lesiones durarán más, dolerán y tendrán peor aspecto.

La mayor parte de las y los adolescentes presentan barros y espinillas por uno o dos años debido a las horas extra de trabajo de las hormonas que contribuyen al desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.



Masturbación

La masturbación es una actividad sexual común en la pubertad y adolescencia, es absolutamente sana y natural, generalmente es la primera experiencia sexual de las y los adolescentes. Contrariamente a la creencia popular, la masturbación no hace daño y es importante que nadie haga sentir a las chicas y los chicos culpables por ello.

Es importante fomentar que esta actividad se realice con las manos limpias y en privado, lo que implica hacerlo en un espacio donde pueda cerrarse la puerta y donde no haya presencia de otras personas (el cuarto de dormir o el baño de su casa). Si se utiliza algún juguete sexual, lo ideal es no compartirlo y lavarlo perfectamente después de utilizarlo.

No hay "técnicas" adecuadas para el ejercicio de la masturbación, sin embargo hay factores coincidentes y también específicos para cada sexo.

Actividad sexual protegida

La actividad sexual protegida forma parte de las medidas de Higiene Sexual para prevenir Infecciones de Transmisión Sexual utilizando métodos de barrera, estos métodos impiden el contacto de fluidos corporales que pudieran estar infectados, además contribuyen a la prevención del embarazo no deseado.

En el capítulo 7, se hará una revisión extensa de los métodos anti fecundativos modernos, dentro de los que se incluyen el condón masculino y femenino, en este apartado haremos una descripción de los mismos y una revisión breve de sus ventajas y desventajas, así como de su forma de uso.

Condón masculino

Descripción: Es una funda o cubierta generalmente hecha de látex para cubrir el pene erecto del hombre, algunos están revestidos de lubricante o espermaticidas, se hallan disponibles en diferentes tamaños, formas colores, sabores y texturas, retienen el semen dentro del condón, impidiendo así la entrada de los espermatozoides y otros microorganismos a la vagina.



Ventajas: Contribuye a la prevención de ITS´s cuando se usan correcta y consistentemente, previene los embarazos, disponible ampliamente, fácil disposición cuando se requieren, no tienen ningún efecto colateral, puede usarse por hombres de todas las edades, no requiere supervisión médica, permite al hombre asumir un rol activo en la prevención de embarazos e ITS.

Desventajas: Protegen con poca eficacia contra el herpes, el virus de papiloma humano y otras enfermedades que pueden ocasionar úlceras en la piel no cubierta por el condón, pueden causar irritación en las personas alérgicas al látex, algunos hombres refieren reducción en la sensibilidad, existe la posibilidad -aunque mínima- de que se rompa.

Forma de uso:

Antes de abrirlo.

1) Verificar la fecha de fabricación o caducidad. Por ejemplo: MFG 9/09. Significa que fue fabricado en septiembre de 2009 y tendrá una vida útil de 4 a 5 años, siempre y cuando se mantenga en condiciones adecuadas. También puede aparecer como EXP que significa la fecha en que expira o caduca. Por ejemplo EXP 11/2008, quiere decir que no podrá utilizarse después de esa fecha. Es recomendable restar al menos un año a la fecha de caducidad para garantizar su mayor eficacia.

2) Revisar que la envoltura esté bien cerrada, en buenas condiciones y sentirse acolchonado por el centro.

3) Abrir con los dedos. No usar los dientes, uñas o tijeras.

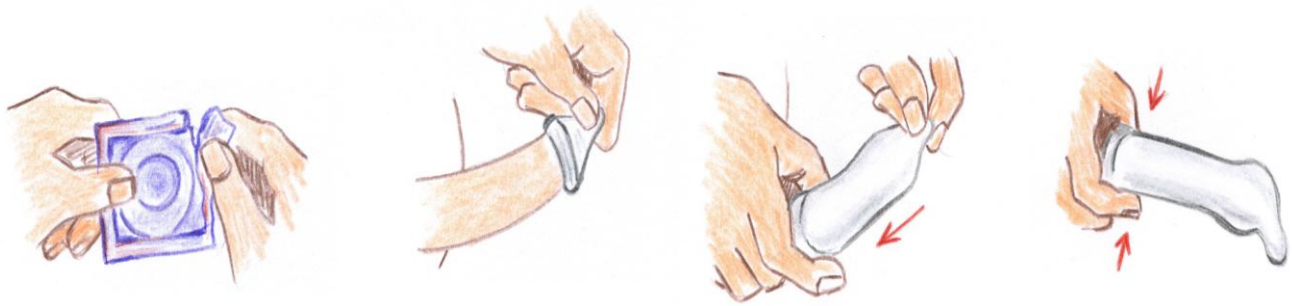
Para colocarlo.

4) Ver hacia donde desenrolla, si esta "al revés" soplar suavemente para colocarlo "al derecho". 5) Sujetar con la yema de los dedos la punta del condón y sin soltar la punta, colocarlo sobre el glande sobre el pene erecto. (De esta forma quedará un espacio sin aire donde se depositará el semen.

6) Con la otra mano (dedos índice y pulgar), desenrollarlo lentamente hasta la base del pene.

Para retirar.

7) Al termina la relación sexual y antes de que el pene pierda la erección sujetar el condón con un trozo de papel higiénico rodeando el cuerpo del pene para evitar que el semen se derrame al retirarlo. Envolverlo en el papel y tirar a la basura.



Recomendaciones.

- Es recomendable que la persona practique su colocación **ANTES** de tener relaciones sexuales.
- **Guardar en un lugar fresco y no exponer a los rayos del sol.**
- **No guardar en la cartera ni en lugares donde pueda dañarse (cosmetiguera, guantera del auto, back pack).**

Condón femenino

Descripción: Es una funda transparente y delgada hecha de un plástico suave (poliuretano). Tiene un anillo flexible y al interior otro movable, que sirve para fijarlo al fondo de la vagina. Antes de tener relaciones la mujer lo coloca dentro de la vagina. Durante el coito el pene se introduce en la vagina recubierta por el condón femenino.



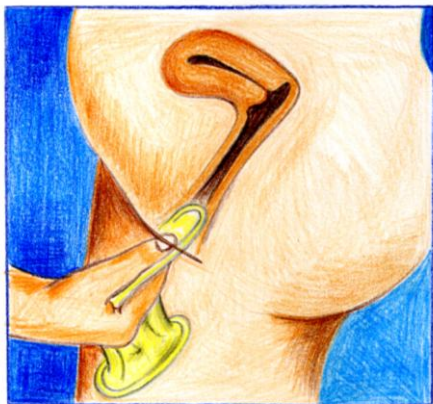
Ventajas: método controlado por la mujer, contribuye a la prevención de ITS´s y embarazos cuando se usan correcta y consistentemente, no tienen ningún efecto colateral, no requiere supervisión médica, puede colocarse hasta 8 horas antes de la relación coital, protege de infecciones por contacto en la zona de la vulva.

Desventajas: actualmente es un método relativamente costoso y relativamente difícil de conseguir.

Forma de uso:

Antes de abrirlo.

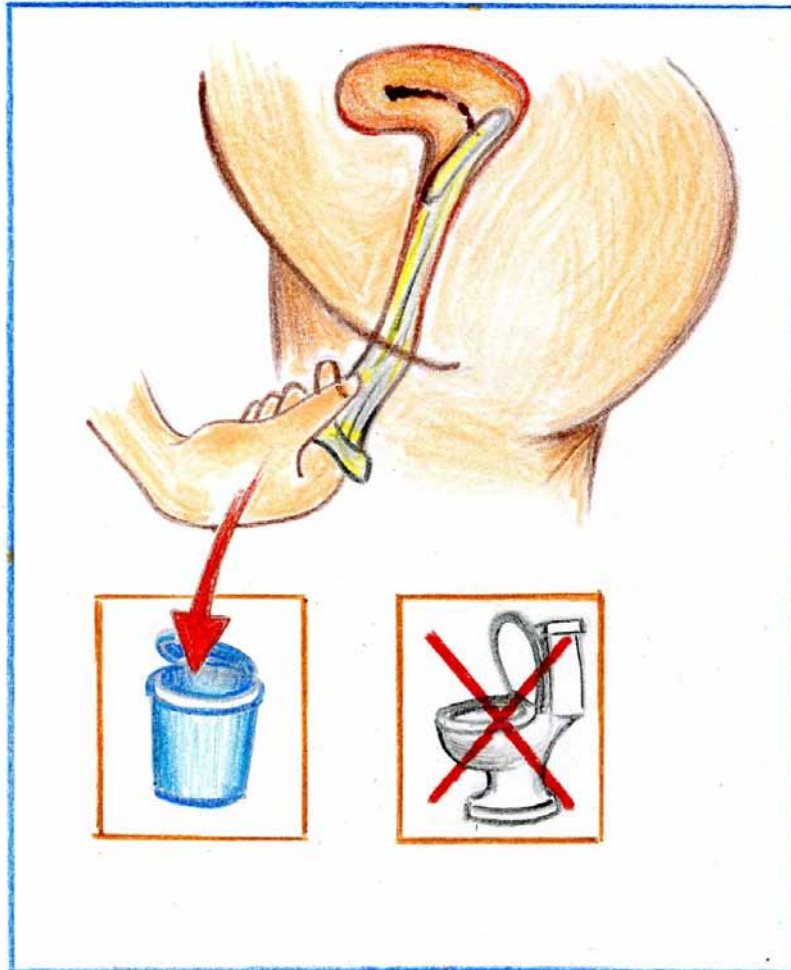
- 1) Verificar la fecha de caducidad y que el empaque este en buenas condiciones.
- 2) Abrir con las yemas de los dedos. Evitar usar los dientes, uñas o tijeras.
Para colocarlo.
- 3) Mantener el anillo móvil en el fondo del condón.
- 4) Con los dedos, se presiona el anillo interno (como formando un 8) para introducirlo en el orificio vaginal.
- 5) Con la otra mano separar los labios de la vulva y abrir el orificio vaginal para introducir el condón hasta el cuello del útero. (Esto puede hacerse parada con una pierna subida en una silla o semiacostada con las piernas abiertas.
- 6) Verificar que el anillo externo del condón quede por fuera, cubriendo los labios mayores de la vulva.



- 7) Para la penetración guiar el pene hacia el centro del condón.

Para retirarlo.

8) Al concluir la relación sexual, se toma el anillo externo con un trozo de papel higiénico, se gira ligeramente para no derramar el semen y se jala suavemente para sacarlo. Se envuelve por completo en el papel higiénico y se desecha en la basura.



HIGIENE SEXUAL DE LA MUJER

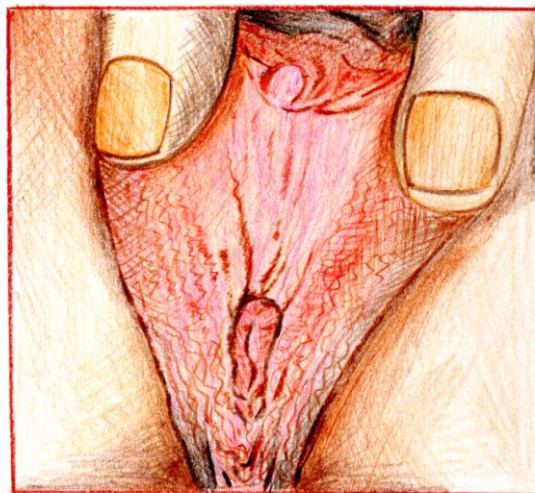
El aseo correcto de la zona pélvica, así como de cualquier otra parte de nuestro cuerpo es esencial para evitar infecciones. Al ir al baño hay que enseñar desde el inicio de la independencia en el uso del sanitario, la limpieza del meato urinario y ano, dada su cercanía con la entrada de la vagina es muy fácil de contaminar, sobre todo con materia fecal, lo que puede provocar severas infecciones. Para evitar esto, se debe enseñar la limpieza comenzando de la parte anterior del periné hacia el ano, y nunca usar el mismo papel que se usó para limpiar el ano para secar el meato urinario. La limpieza del meato urinario solo requiere secar con palmaditas o una presión suave la zona de la vulva sin necesidad de frotar o arrastrar la orina.



Las características de los órganos sexuales de la mujer, su funcionalidad y ubicación anatómica hacen que sea, en todas las edades de la mujer, muy susceptible de presentar infecciones inespecíficas. Dejando a un lado las de origen sexual, las infecciones vulvares inespecíficas pueden tener un origen muy diverso: proliferación de bacterias de origen anal, crecimiento exagerado de la flora bacteriana autóctona y alteraciones del ecosistema vaginal.

No se recomienda la depilación total del vello púbico, éste tiene la función de mantener la temperatura y humedad adecuada de la zona pélvica, evitar que los órganos sexuales externos **se "ensucien" y sirven para la dispersión de feromonas.**

Para limpiar el esmegma durante el baño diario, en las mujeres, hay que separar con cuidado los labios mayores de los menores aplicando agua y jabón neutro y enjuagando con abundante agua, evitando que quede jabón o tallar con brusquedad.



El momento del baño es una oportunidad para explorar los órganos sexuales externos, verificar la integridad de sus partes y detectar posibles cambios para acudir oportunamente a revisión médica. Para identificar estos cambios es importante familiarizarse con la constitución anatómica de estos órganos y con la de los propios en forma particular; este propósito puede lograrse utilizando un espejo para reconocerlos y descubrir cualquier cambio perceptible a la vista o al tacto.



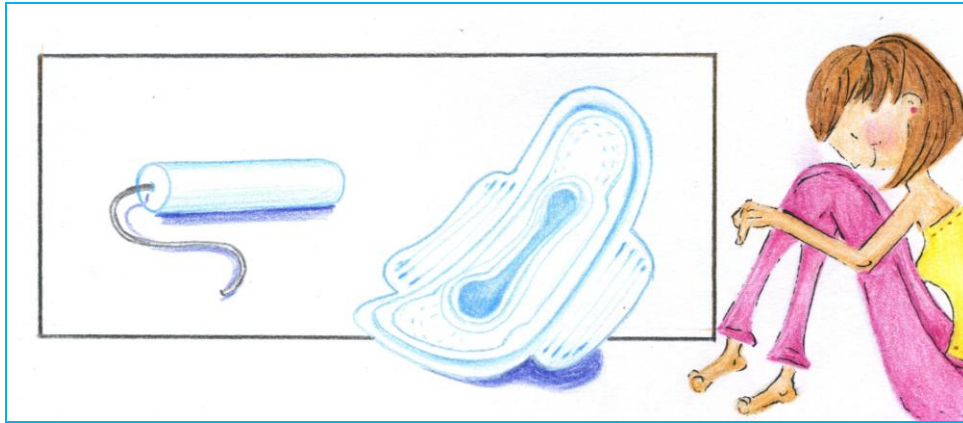
Las duchas vaginales se realizan a través de diversos mecanismos y soluciones comerciales. Estas duchas NO son recomendables debido a que una vagina saludable cuenta con sus propios mecanismos de eliminación y limpieza. Las duchas destruyen las bacterias que normalmente se encuentran en la vagina, alteran el PH, propiciando irritación, sequedad y facilitan la presencia de infecciones.

Al aparecer la menarca las mujeres deben realizar su primera visita al ginecólogo, ésta tiene el propósito de identificar la integridad de la vulva, vagina, útero y mamas. Posterior al inicio de la actividad sexual, las visitas al ginecólogo deben realizarse al menos una vez al año, siempre que no existan causas que ameriten una visita más frecuente.



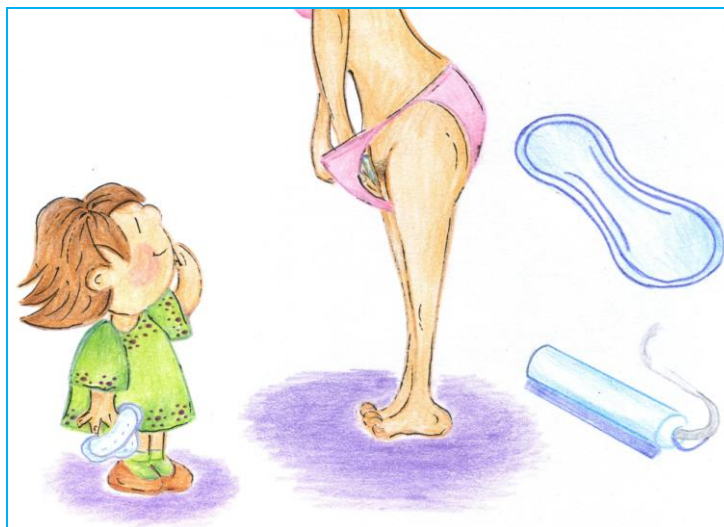
Higiene Menstrual

Para la higiene menstrual, existen actualmente en el mercado infinidad de toallas sanitarias y tampones. Lo primero es elegir el método que más se adecue a las necesidades de cada mujer.

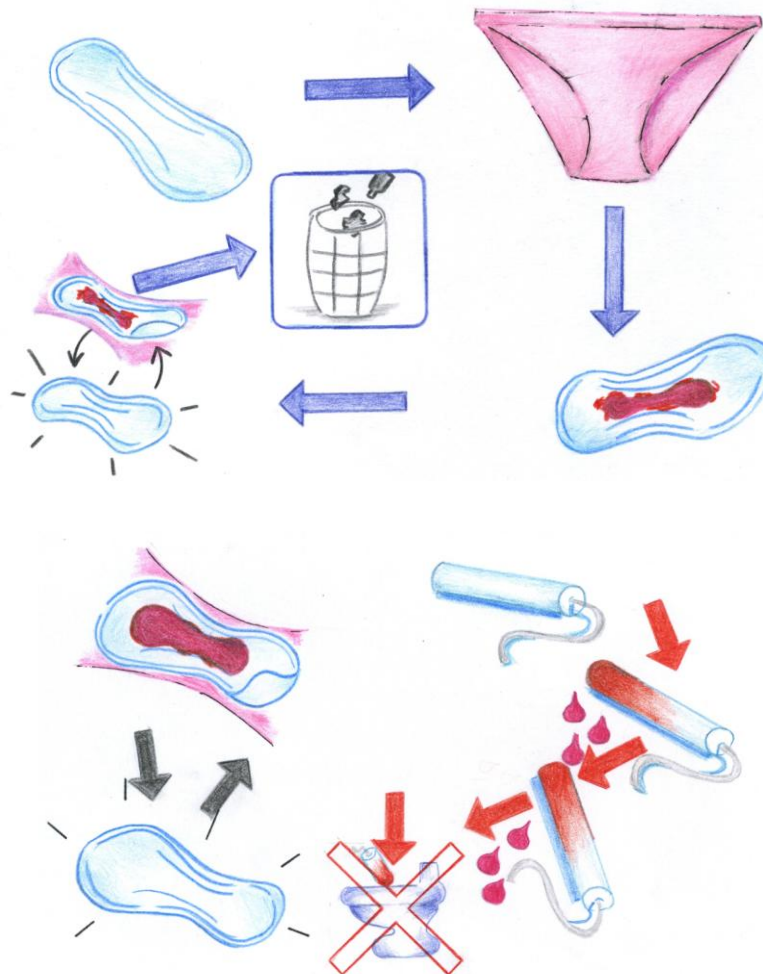


Independientemente de si se opta por el uso de toallas o tampones es importante:

- Revisar la fecha de caducidad del producto para evitar infecciones bacterianas o por hongos, derivadas del tiempo de almacenamiento y exposición a condiciones climáticas adversas del empaque.
- Verificar el lugar de almacenaje al momento de adquirirlas.
- Cambiar las toallas o tampones cada 4 horas, aun cuando no tengan fluido menstrual (especialmente en el caso de los tampones para evitar el síndrome de shock tóxico).
- El uso simultáneo del DIU y tampones no es recomendable, porque incrementa la posibilidad de infección.
- Evitar la utilización diaria de panty protectores.
- Recordar que tanto toallas como tampones comerciales están contraindicados en mujeres con infecciones crónicas con flujo.



Un hábito de higiene que hay que enseñar a las mujeres desde el inicio de la menstruación, además de la colocación correcta de la toalla o el tampón es como desechar estos productos, deben envolverse en papel higiénico o en el empaque del producto y depositarlos en el cesto de basura, NUNCA depositarlos en el inodoro.



Es recomendable durante los primeros años y mientras se regulariza el ciclo menstrual, utilizar preferentemente toallas sanitarias, una vez que se ha regularizado el ciclo y que los órganos sexuales internos han alcanzado el tamaño que tendrán durante la adultez, puede iniciarse el uso de tampones.

No se recomienda el uso de tampones desde la menarca porque dificulta identificar la cantidad de flujo menstrual y las alteraciones del ciclo menstrual, además de generar irritación en la mucosa vaginal que puede propiciar la presencia de infecciones de los órganos sexuales.

Actualmente existen también en el mercado “protectores ecológicos”, están hechos de materiales naturales como el algodón o la seda y son recomendables para aquellas mujeres que pueden llegar a presentar irritación o desarrollar alergias a los materiales sintéticos de los productos convencionales.

Los olores sexuales son perfectamente naturales y saludables, no necesitan ser eliminados, **debido a la sensibilidad de los órganos sexuales, los productos desodorantes o para la "higiene íntima" suelen provocar irritaciones y alergias, al igual que los jabones fuertemente perfumados** ya que contienen gran cantidad de productos químicos. Cualquier variación en la calidad o cantidad del flujo menstrual y la presencia de secreciones intermenstruales es un indicativo de que la salud sexual está afectada, en este caso es necesario acudir con el médico para que evalúe que está ocurriendo.

Exploración mamaria

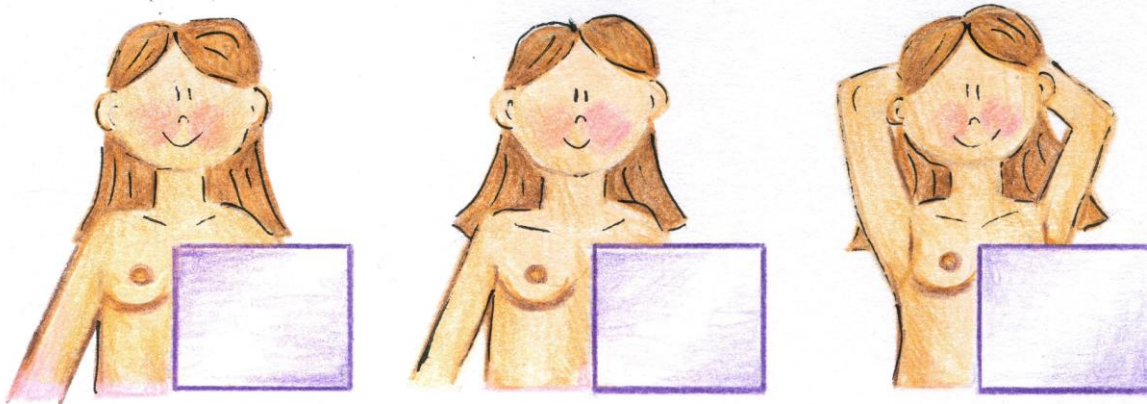
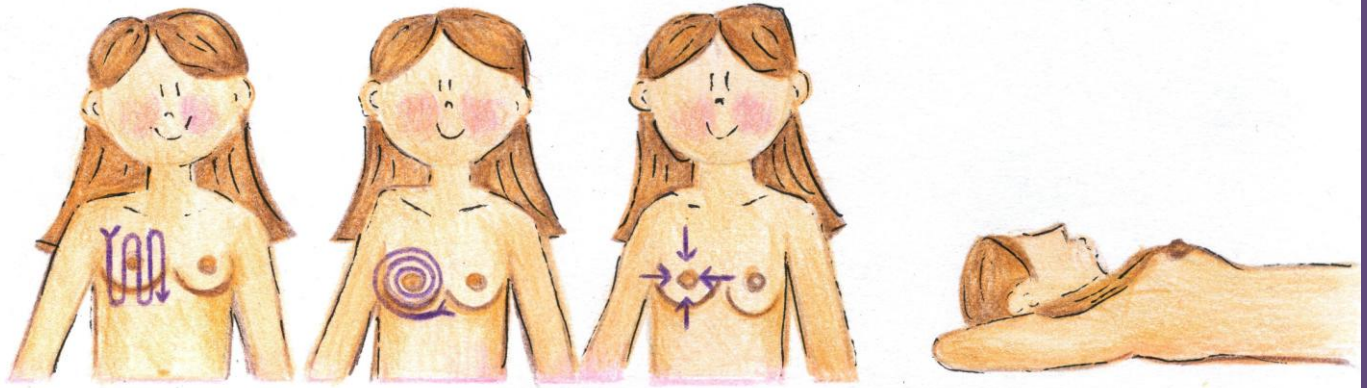
El reconocimiento corporal desnuda frente al espejo, ayuda a la detección oportuna de alteraciones mamarias y también vulvares, es importante llevar un registro de estas y un control de las fechas en las que se identificaron estos cambios; ante la presencia de cualquier cambio de forma, textura, peso o volumen es importante acudir a revisión médica para evitar complicación o el avance de enfermedades como el cáncer. Aunque no exista la presencia de éstas, se debe realizar un autoexamen de manera regular de pechos así como el Papanicolaou. La exploración mamaria debe iniciarse a partir de la telarca (aparición del botón mamario).

¿Cómo realizar la exploración mamaria?

- **Utilizar los dedos índice, medio y anular para realizar movimientos** circulares de tamaño de una moneda de 10 pesos. Aplicar sobre la mama una presión ligera, media para explorar a diferente nivel.
- **La mano derecha explora la mama izquierda y la mano izquierda la mama derecha.**
- Patrón vertical. Iniciar con una mama moviendo los dedos con un patrón ascendente y descendente, empezando a la altura de la clavícula y bajando hasta las costillas y de la axila al esternón. Repetir del otro lado.
- Patrón circular. Empezar en la parte alta de la mama y haciendo círculos concéntricos hasta llegar al pezón.
- *Patrón seccional*. Imaginarse que la mama está dividida como rebanadas de pay. Explorar la mama por secciones (*rebanadas*) comenzado del área exterior y hacia el pezón.

La exploración mamaria puede realizarse:

- **Recostada** colocando una almohada o toalla bajo el hombro. Colocar el brazo izquierdo bajo la cabeza. Utilizar el patrón vertical para explorar la mama con la mano derecha. Hacer la misma operación con la otra mama.



- **Frente al espejo. Observar las mamas:** 1) con los brazos pegados al costado, 2) con las manos sobre la cintura, 3) con los brazos sobre la cabeza y 4) con las manos sobre la cadera mientras se inclina hacia el frente.

¿Qué se debe buscar?

- **Bolita o engrosamiento** en la mama o área de la axila.
- **Irritación** en el pezón o piel de la mama.
- **Arrugas o hundimientos** del pezón o la piel
- **Cambio inusual** del tamaño o forma de las mamas.
- **Dolor o sensibilidad** en la mama o pezón que no desaparece.
- **Enrojecimiento o descamación** del pezón o piel de la mama que no corresponde a resequead de la piel por humectación inadecuada.
- **Cualquier secreción inusual** del pezón.
- **Inversión** del pezón

Factores de riesgo a considerar

- El riesgo de contraer cáncer se incrementa significativamente con la edad.
- Antecedentes familiares de cáncer de mama en madre y hermanas.
- Inicio de la menstruación antes de los 12 años.
- Sobrepeso
- Falta de actividad física.
- Consumo de alcohol

En las personas sanas, el crecimiento y división de las células sólo ocurre cuando el cuerpo requiere células nuevas. Cuando las células se dividen de manera anormal, forman una masa de tejido o tumor, los cuales pueden ser benignos o malignos. Los tumores benignos no se esparcen por el cuerpo o invaden otros tejidos. Los tumores malignos son cancerosos. Las células de estos tumores se esparcen a otras partes del cuerpo e interfieren con el funcionamiento normal de los tejidos y órganos adyacentes.

El cáncer cérvico uterino y mamario se encuentra en nuestro país entre las principales causas de muerte entre la población de mujeres. A pesar de que se han identificado una serie de factores que incrementan el riesgo de contraer cáncer, a la fecha no se sabe exactamente qué es lo que lo genera. La manera más efectiva para prevenirlo y combatirlo es su detección temprana.

Realizarse la autoexploración mamaria cada mes es el primer paso para desarrollar el hábito de por vida del cuidado de las mamas. A pesar de que durante la adolescencia las mamas aún continúan desarrollándose, enseñar a la púber a realizarse la autoexploración le ayuda a **familiarizarse con la forma y textura de las mismas. Sabiendo lo que es "normal", le facilitará** saber lo que no lo es. El mejor momento para realizarse una autoexploración mamaria es del 5° al 10° día después del último día de la menstruación, dado que es el momento en que las mamas no están sensibles o hinchadas.

HIGIENE SEXUAL DEL HOMBRE

En el caso de los hombres el aseo correcto de la zona pélvica, así como de cualquier otra parte del cuerpo es esencial para evitar infecciones. Al orinar y defecar hay que enseñar a los niños la limpieza del meato urinario y ano. Se debe enseñar la limpieza del ano comenzando de la parte anterior del periné hacia atrás y nunca usar el mismo papel que se usó para el limpiar el ano para limpiar el meato urinario. La limpieza del meato urinario solo requiere retraer el prepucio si no se está circuncidado y secar con palmaditas o una ligera presión la zona del glande sin necesidad de frotar.



No se recomienda la depilación total del vello púbico, éste tiene la función de mantener la temperatura y humedad adecuada de la zona pélvica, evitar que los órganos sexuales externos se "ensucien" y sirven para la dispersión de feromonas.

Para limpiar el esmegma durante el baño diario, hay que retraer el prepucio del glande, también hacerlo con agua y jabón neutro y enjuagar perfectamente. Cualquier secreción extraña debe ser consultada con el médico. Es necesario también lavar y secar cuidadosamente debajo del pene y los testículos, ya que ahí se forman importantes pliegues de piel que pueden favorecer el desarrollo de hongos por la acumulación de sudor o humedad.



Poluciones nocturnas

Las poluciones nocturnas son emisiones de semen que empiezan a producirse entre los 13 o 14 años y tiene lugar durante el sueño. El esperma que se ha ido produciendo tiene la necesidad de salir, se presenta una erección producida por un sueño especialmente agradable que genera una sensación placentera y el semen es expulsado generando que se moje la pijama y la ropa de cama. El chico no está despierto para recordarlo o disfrutarlo. Durante las poluciones nocturnas puede o no presentarse una respuesta orgásmica, pues hay que recordar que la eyaculación y el orgasmo, son dos respuestas fisiológicas distintas. Las poluciones nocturnas no se pueden controlar, si no se quiere manchar la cama, pueden usarse tapetes absorbentes parecidos a los pañales para adultos, debajo de las sábanas.

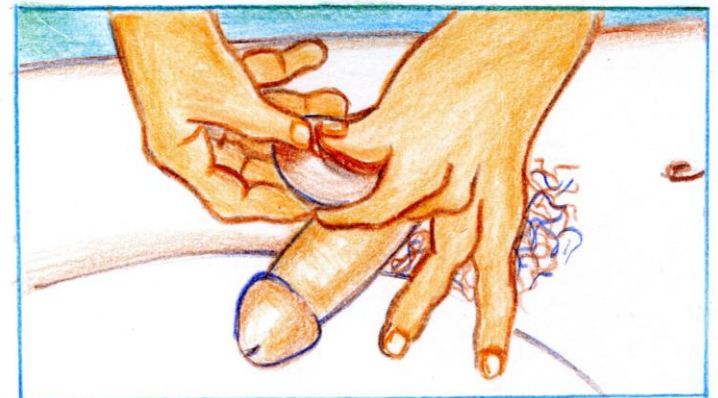
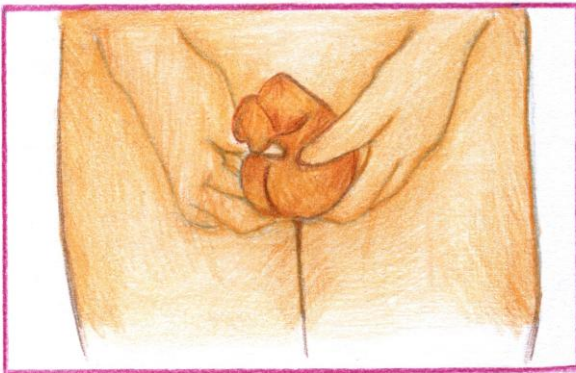


Exploración testicular

Todos los hombres deben examinarse los testículos una vez al mes al iniciar la pubertad. Es recomendable seleccionar un día que sea fácil de recordar, por ejemplo, el primer día del mes, el momento del baño es una oportunidad para explorar los órganos sexuales, esto provoca que la piel del escroto se relaje, haciendo más fácil la exploración y, verificar la integridad de sus partes, la presencia de ambos testículos en el escroto y la retracción adecuada del prepucio. Si se detecta cualquier posible cambio hay que acudir oportunamente a revisión médica, para identificar estos cambios es importante familiarizarse con la constitución anatómica de estos órganos y con la de los propios en forma particular.

¿Cómo realizar la exploración testicular?

- **Utilizar ambas manos para revisar los testículos uno por uno.** Colocar los dedos índice y medio en la parte posterior del escroto y el pulgar por encima del mismo, para enrollar cada testículo, moviendo la piel con suavidad y palpando toda la superficie.
- **Suavemente presionar uno a uno los testículos de arriba hacia abajo y viceversa** en busca de cualquier cambio de textura, consistencia, tamaño y peso; así como la presencia de algún bulto. Posteriormente revisar el segundo testículo de igual forma, durante la exploración reconocerá el epidídimo, estructura ubicada encima del testículo, la cual no se debe confundir con un bulto anormal.
- **Observar frente a un espejo los testículos, reconocer su forma y color y buscar cualquier posible hinchazón o inflamación.**



¿Qué se debe buscar?

- **Bolita o bulto en los testículos**
- Cambio en la forma y tamaño del testículo.
- **Retención de líquido en el escroto que provoque hinchazón.**
- **Sensación de pesadez en el escroto.**
- **Dolor o molestia.**

En caso de detectar cualquier alteración se debe acudir al médico.

Factores de riesgo a considerar

- Testículos sin descender. Un bajo porcentaje de hombres nace con los testículos sin descender de la cavidad abdominal. Esta es una condición de alto riesgo para el cáncer testicular.
- Herencia. Los hombres con antecedentes de cáncer en el padre o los hermanos pueden tener estar en alto riesgo de contraerlo.
- Los hombres que han tenido cáncer en un testículo pueden estar en mayor riesgo de desarrollar cáncer en el otro testículo.

La revisión de la próstata en hombres mayores de 35 años, debe ser una medida de rutina en el examen médico periódico, lo que ayudara a disminuir el riesgo de cáncer prostático.

Al igual que en los casos de cáncer mamario y cérvico uterino, a pesar de que se han identificado una serie de factores que incrementan el riesgo de contraer cáncer de testículo, a la fecha no se sabe exactamente qué es lo que lo genera. La manera más efectiva para prevenirlo y combatirlo es su detección temprana.

El cáncer testicular es el más frecuente entre los jóvenes de 15 a 35 años; sin embargo, este es altamente curable cuando se detecta y se da tratamiento de manera oportuna.

La palabra auto imagen se refiere al conjunto estructurado de valoraciones acerca de uno mismo, es decir a la imagen que cada uno de los humanos tenemos de nosotros mismos no nada más se refiere a la imagen externa, por ejemplo, cuerpo, cara, estatura, complexión, sino a la imagen que tenemos de nuestro mundo interno (capacidades, modo de ser, habilidades, entre otras). La autoimagen hace que nos desempeñemos en la vida real tal como creemos que somos, de tal modo que acabamos experimentando eso mismo que creemos de nosotros, hasta sentir que eso, es la verdad indiscutible de nosotros.



Hay varios factores que influyen en la formación de la autoimagen:

- **El cuidado y aprecio corporal** recibido en la infancia/adolescencia. La censura, la crítica, las comparaciones, la falta de protección, la ausencia de caricias tanto físicas como verbales han hecho y hacen mucho daño en las personas.
- **El papel de la cultura** y los medios de comunicación. La cultura prescribe o determina lo que es bello o feo, por contrapartida, esto es mediatizado o transmitido por los mensajes de los medios masivos de comunicación y las personas son bombardeadas constantemente con ello.
- **Objetivos desmedidos.** Las personas se trazan metas desproporcionadas para sí mismas con base a exigencias que aprendieron de otros o que creen que deben lograr: "Tengo que estar bien delgada", "esta nariz debiera ser así".

Parte importante de nuestra autoestima es la imagen corporal y, la higiene sexual forma parte del cuidado de la imagen corporal, de ahí su importancia en toda etapa de la vida y particularmente en la pubertad y adolescencia. En la medida en que estemos satisfechos con nuestro propio cuerpo y sepamos cuidar de él, vamos a lograr despertar sentimientos de agrado y de aprecio en los demás y en nosotros mismos.

Bibliografía

- 1) Center Against Family Violence. (2008). Apuntes del Taller de Desarrollo Profesional en Salud. El Paso, Texas: CAFV.
- 2) CONAPO (1994). Antología de la sexualidad humana tomo II. México: CONAPO.
- 3) CONEVYT-INEA, (2001). Ser joven, Educación para la vida. México: INEA.
- 4) Cornerstone Consulting Group. (2000). Manual Cambios: El plan de Estudios del Programa de Alcance a los Adolescentes. Cambridge: MA: CCG Inc.
- 5) DIF. (1999). Manual del Programa para la prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes. México: DIF.
- 6) **Emberley, M., Harris, Robie. (2006). Sexo... ¿Qué es? Desarrollo, cambios corporales, sexo y salud sexual.** Barcelona: Serres.
- 7) Herant, A., Katchadourian, D., Lunde, T. (1988). Las bases de la Sexualidad Humana. México: CECSA.
- 8) OMS, USAID, OPS, (2000). Lo esencial de la Tecnología Anticonceptiva. Manual para personal Clínico. Baltimore: Population Reports.
- 9) Population Council. (1999). Mensajes sobre Salud Sexual y Reproductiva, Tomo 1. Washington DC: PC, Oficina Regional para América Latina y el Caribe.
- 10) Secretaría de Seguridad Pública, (2008). ABC de género. México: INMUJERES.
- 11) UNICEF, (1999). Programa para la prevención y atención integral del embarazo en adolescentes-propuesta metodológica. México: UNICEF
- 12) Urbiola, O., (2006). Gran Enciclopedia del Sexo. México: Integral.

Guadalupe Ávila García

Para la Organización Mundial de la Salud (OPS) la *salud sexual* de las y los adolescentes es un objetivo del desarrollo humano y los resultados de ella están relacionados con factores como la cultura, la familia y el ambiente social, político y económico en el que viven los y las adolescentes. Estudios recientes y evaluaciones de programas pasados indican que la sexualidad y la salud del adolescente se deben tratar desde una perspectiva de desarrollo mas amplia. *La sexualidad del adolescente no se debe ver como un problema, sino que se debe abordar desde una perspectiva de promoción y protección de la salud* (Shutt-Aine, Maddaleno, 2003).

De acuerdo a Organización Mundial de la Salud la adolescencia es la etapa que abarca toda la década de la vida de los 10 a los 19 años. Sin embargo definir la adolescencia con precisión es problemático por varias razones: Primero, se sabe que la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, dependen de la manera en que cada individuo experimenta este período de vida. Hacer referencia al comienzo de la pubertad, que podría considerarse una línea de diferenciación entre la infancia y la adolescencia, no resuelve el problema.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) clasifica a la adolescencia en dos períodos: la adolescencia temprana comprendida en el período que se extiende entre los 10 y los 14 años, etapa en la que por lo general comienzan a manifestarse los cambios físicos que usualmente empiezan con un crecimiento general acelerado y repentino, seguido por el crecimiento de los órganos sexuales y la aparición de las características sexuales secundarias; y la adolescencia tardía que abarca de los 15 a los 19 años, para entonces ya frecuentemente han tenido lugar los cambios físicos más importantes aunque el cuerpo sigue desarrollándose (UNICEF, 2011).

Autores como Stassem, K. (2004) coinciden que el aspecto biológico no es uniforme, pero se produce bastante rápido, en la mayoría antes de los 15 años, los aspectos cognitivo y psicosocial llevan más tiempo, perdurando por lo menos hasta los 18 años y a menudo hasta los 22, 25 o incluso hasta los 30 años.

El término pubertad hace referencia al *período de crecimiento físico rápido y maduración sexual que pone fin a la niñez y marca el comienzo de la adolescencia, produciendo una*

persona con el tamaño, las formas y el potencial sexual del adulto (Stassen, 2004). Es un proceso eminentemente biológico desencadenado hormonalmente.

La adolescencia se refiere al proceso de adaptación psicosocial que el individuo debe realizar como consecuencia de los cambios puberales, la adolescencia es fundamentalmente un proceso sociocultural (Redondo y García, 2008).

FACTORES INDIVIDUALES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO Y LA SALUD SEXUAL ADOLESCENTE

El desarrollo adolescente se caracteriza como un período de transición en el que los jóvenes experimentan una serie de cambios biológicos, cognitivos y psicosociales que afectarán su vida adulta. Estos cambios están influenciados no solo por el género y el nivel de madurez física, psicosocial y cognitiva del individuo, sino también por el ambiente social, cultural, político y económico en el que vive. Es crucial entender los procesos por los que atraviesan en esta etapa de la vida en el desarrollo sexual los adolescentes y su influencia en la conducta. Estos procesos son interdependientes, así los procesos biológicos estimulan el desarrollo cognitivo y el desarrollo cognitivo está estrechamente relacionado con los procesos psicosociales y emocionales del desarrollo humano, incluyendo el desarrollo sexual.

Factores biológicos

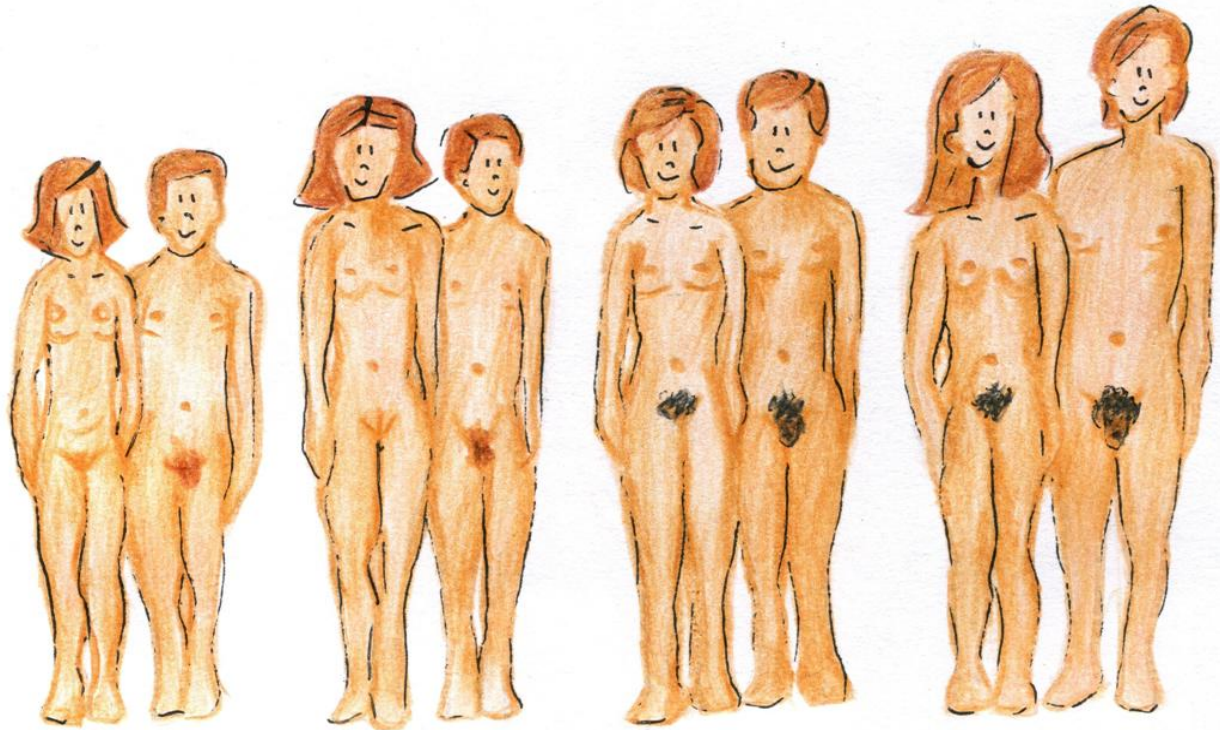
El crecimiento y desarrollo de los adolescentes comienza en la pubertad, cuando ocurren los cambios biológicos, cognitivos y psicológicos. Exceptuando el período prenatal y postnatal los años de la pubertad se caracterizan por ser la etapa más rápida del crecimiento humano, ésta es diferente en hombres y mujeres; en las mujeres se inicia a una edad más temprana y tiene una duración menor que en los hombres.

En promedio, la menarquia que es la primera menstruación, ocurre entre los 9 y 11 años de edad y el tiempo promedio para que la pubertad se complete es de cuatro años. En los hombres la espermarquia o primera emisión de esperma ocurre entre los 11 y los 15 años de edad y la pubertad en los jóvenes puede durar hasta los 20 o 21 años.

La menarquia (primera menstruación) y la espermarquia o semenarquia (primera eyaculación) son los hitos del desarrollo puberal y que marcan el comienzo de la capacidad reproductiva de los jóvenes, en ambos sexos, la pubertad trae como consecuencia una mayor conciencia de la sexualidad, de los sentimientos sexuales, el erotismo y la atracción sexual (Shutt-Aine y Maddaleno, 2003).

La pubertad es una etapa en el proceso de crecimiento y desarrollo durante la cual se producen importantes cambios en las gónadas que inducen la aparición de los caracteres

sexuales secundarios y adquisición de la capacidad reproductora; el fenotipo con el crecimiento rápido, los cambios morfológicos y finalización del mismo; y la maduración psíquica con la adquisición del razonamiento abstracto y la modificación de las relaciones interpersonales (Redondo, Galdó, García, 2008).



Crecimiento y cambios morfológicos de la pubertad.

Existen agentes biológicos que se ven involucrados en el desarrollo y momento en que se presenta la pubertad, estos son:

- El sexo. Las niñas tienden a comenzar la pubertad antes que los niños en promedio dos años, sin embargo no hay que prestar sólo atención a los cambios corporales para evaluar el proceso. Así en un grupo escolar el chico de baja estatura puede tener niveles de testosterona propios del desarrollo puberal circulando en su torrente sanguíneo y su pene puede tener casi el tamaño del pene adulto. Además el desarrollo de las mamas es claramente visible en el pecho de las niñas, pero el primer signo de desarrollo sexual tanto en niñas como en los niños, es el crecimiento de las gónadas (ovarios y testículos). En los últimos años la edad en la que se ha estado presentando la pubertad ha disminuido más para los niños que para las niñas (Stassen, 2004). Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. La UNICEF (2011) explica:

... en una reciente investigación neurocientífica se muestra que en los años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se organizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental.

El desarrollo físico y sexual en las niñas se refleja en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante esta etapa. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los niños, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera crítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los hombres.

- Los genes: En la bibliografía se expone que las influencias genéticas son mas evidentes en las niñas que en los niños, sobre todo porque la menarquia es más fácil de precisar que la semenarquia. Por lo general la menarquia ocurre entre los nueve y los quince años de edad, con un promedio de 12 años, de acuerdo a Biro y col. en 2001, referido por Stassen, (2004). Los genes son la razón más poderosa de esta variación así como los patrones familiares. La edad de la hija en cuanto a la menarquia también está relacionada con la edad de la madre respecto a ésta. Por razones genéticas el promedio de edad en la pubertad varía de un país a otro y de un grupo étnico a otro grupo.
- La grasa corporal: El comienzo de la pubertad se correlaciona con la acumulación de grasa corporal en ambos sexos, aunque es más evidente en las niñas; la menarquia no ocurre por lo general hasta que las niñas pesan unos 45-48 kg. Las mujeres que tienen poca grasa corporal, sea por una alimentación deficiente o por practicar deporte, menstrúan después y con menos regularidad que el promedio de niñas. (Stassen, 2004). Una propuesta es que un polipéptido, leptin, producido por el tejido adiposo (tejido graso) juega un rol en el metabolismo de la grasa dando señales al cerebro en el centro del apetito y al sistema endócrino. Se cree que el leptin inhibe un neuropéptido y subsecuentemente relaja la inhibición de la hormona leutinizante, mientras que otros refieren que el leptin es un factor necesario para el inicio de la pubertad (Biro y Dorn, 2005).

Algunos autores sugieren que la tendencia a que la pubertad se presente en edades mas tempranas hasta de tres años (UNICEF, 2011), se relaciona al incremento de la masa corporal debido al aumento en la ingesta de calorías por el consumo de comida rápida, al decremento en la actividad física y a un aumento en las horas que pasan las niñas y los niños en sedestación (Biro y Dorn, 2005).

- El estrés: Especialistas en bioquímica han advertido que los niveles de estrés afectan la producción de hormonas durante toda la vida. Por ejemplo los niños que viven maltrato pueden presentar niveles muy altos o muy bajos de cortisol que es una hormona que se secreta durante situaciones estresantes; aquellos niños y niñas que viven de manera constante estados de extrema tensión crecen en forma más lenta, otra posible explicación es que la hormona del crecimiento es liberada durante el sueño y si el acto de dormir está siendo afectado por factores estresantes y es insuficiente, podría impedir su liberación nocturna. Irónicamente hasta hace algunos años, cuando se observaba una correlación **entre pubertad y conflicto familiar, se creía que "las hormonas desregladas" causaban el estrés** (Stassen, 2004).
- Otros autores sugieren la exposición a disruptores endócrinos como algunos pesticidas que contienen cloruro orgánico o el uso de productos para el cuidado del cabello con contenido hormonal (Biro y Dorn, 2005).

Cambios anatómicos y fisiológicos que caracterizan la pubertad

El cerebro es el primer sitio para la modulación de múltiples factores como el estrés, signos nutricionales y el ejercicio, los cuales afectan el estado emocional y el eje reproductivo (Biro y Dorn, 2005). Hay cambios en el cerebro mas allá de aquellos involucrados con el control e inicio de la pubertad, como el crecimiento y desarrollo corporal generalizado.

La producción de muchas hormonas comienza en la base del cerebro en el hipotálamo, una señal bioquímica del hipotálamo estimula a la hipófisis también llamada pituitaria (localizada cerca del hipotálamo). La hipófisis produce hormonas que estimulan las glándulas suprarrenales (pequeñas glándulas situadas encima de los riñones). Esta ruta que se denomina eje hipotalámico-hipofisiario-suprarrenal (HHS) es seguida por la secreción de muchas clases de hormonas que sirven para regular el estrés, el crecimiento, el apetito, el sueño, la excitación sexual y otros cambios corporales. El eje HHS también desencadena los cambios en la pubertad, no sólo el crecimiento súbito corporal, sino también el crecimiento de los caracteres sexuales secundarios.

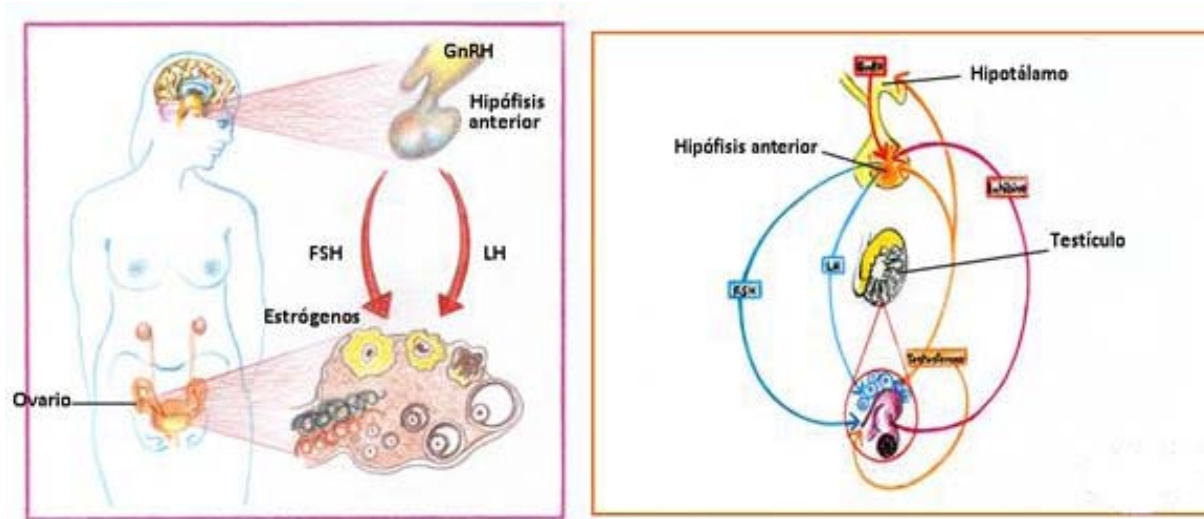
En la pubertad el sistema nervioso central recoge información sobre el proceso de maduración corporal y estimula el eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal, en el hipotálamo se encuentran las neuronas productoras de la hormona liberadora de gonadotropinas. La hipófisis activa las gónadas (los ovarios en la mujer y los testículos en el hombre). Estas son las primeras partes del cuerpo que aumentan de tamaño en la pubertad; en las mujeres los cambios en el tamaño de los ovarios son imperceptibles a simple vista y, en los hombres aunque tampoco se ve el crecimiento de los testículos, puede apreciarse aumento en el tamaño y color del escroto como consecuencia de crecimiento de éstos.

En la hipófisis también se encuentran las células productoras de dos hormonas la hormona estimulante de los folículos (FSH) y la hormona luteinizante (LH), que una vez liberadas al torrente sanguíneo, llegan hasta las gónadas para ejercer la función de estimulación para la producción de los espermatozoides y la maduración de los óvulos, y la producción de las hormonas sexuales (testosterona, estrógenos y progesterona).

La hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) provoca en las gónadas un aumento notable en la producción de hormonas sexuales, principalmente estrógenos en las mujeres y testosterona en los hombres, esto a su vez vuelve a estimular el hipotálamo y a la hipófisis provocando un aumento en la producción de la hormona del crecimiento (GH) y también de la GnRH, lo que a su vez provoca que las glándulas suprarrenales y las gónadas produzcan más hormonas sexuales.

Desde la vida intrauterina se puede detectar secreción de gonadotropinas, testosterona y estrógenos que se mantienen a niveles mínimos; a partir del octavo año de vida durante las fases del sueño comienza un aumento en la producción de gonadotropina en escasa cantidad que va generando cambios en el fenotipo (cualquier característica o rasgo observable de un organismo, como su morfología, desarrollo, propiedades bioquímicas, fisiología y comportamiento) de las niñas y los niños; su amplitud y duración va en aumento hasta que se establece a lo largo de todo el día.

En la pubertad tanto hombres como mujeres experimentan un aumento en la producción de hormonas; sin embargo el índice de aumento depende del sexo: la testosterona se incrementa en los hombres hasta 18 veces el nivel que tenían en la infancia y aumenta mucho menos en las mujeres; los estrógenos se multiplican por ocho en las mujeres pero no tanto en los hombres (Stassen, 2004, Redondo, 2008).



Acción hormonal de la hipófisis en la pubertad en la mujer y el hombre

En el siguiente cuadro se registran las hormonas y los efectos que generan.

Hormona	Mujer	Hombre
Hormona estimulante de los folículos (FSH). Se produce en la adenohipófisis por estímulo de la hormona liberadora de gonadotropinas (GhRH)	Estimula la maduración del folículo de Graaf y del ovario para la secreción de estrógenos	Estimula las células de Sertoli para la producción de andrógenos fundamentalmente en la espermatogénesis
Hormona Luteinizante (LH). Se produce en la adenohipófisis por estímulo de la hormona liberadora de gonadotropinas (GhRH)	Controla la maduración de los folículos y secreción de progesterona en la segunda mitad del ciclo menstrual	Estimula las células de Leydig para la producción de testosterona.
Testosterona Hormona androgénica esteroidea	Interviene en el deseo sexual Aumenta, la producción sebácea implicada en la aparición de acné Produce el engrosamiento laríngeo Regula la distribución del vello y provoca engrosamiento de la piel	Promueve el crecimiento del pene y el escroto Aumenta el peso y el volumen testicular Estimula la espermatogénesis en los túbulos seminíferos Estimula la maduración de los espermatozoides Interviene en el deseo sexual Aumenta la masa muscular Aumenta la producción sebácea implicada en la aparición de acné Produce el engrosamiento laríngeo Aumenta el ritmo de crecimiento de huesos largos Regula la distribución del vello y provoca engrosamiento de la piel.
Estrógenos Producidos en los ovarios en la mujer y en menor cantidad en las glándulas suprarrenales.	Estimula la secreción de moco uterino Estimula el crecimiento del endometrio Estimula al hipotálamo para la secreción de LH implicada en la ovulación Aumenta la cantidad de grasa corporal y su distribución en las caderas Aumenta el tamaño y proliferación glandular de las mamas Estimula el desarrollo del pezón y la areola mamaria Estimula el cierre del cartílago de crecimiento	Aumenta el tamaño de las mamas

Hormona	Mujer	Hombre
<p>Progesterona.</p> <p>Producida en el cuerpo lúteo ovárico durante la segunda mitad del ciclo menstrual. Aunque en menores cantidades también se sintetiza en hígado y glándulas suprarrenales.</p>	<p>Acción antiestrogénica, revierte la acción de los estrógenos en el organismo</p> <p>Acción antigonadotrópica</p> <p>Inhibe la producción de esteroides sexuales por las gónadas</p> <p>Acción progestágena, prepara al cuerpo de la mujer para la gestación</p>	

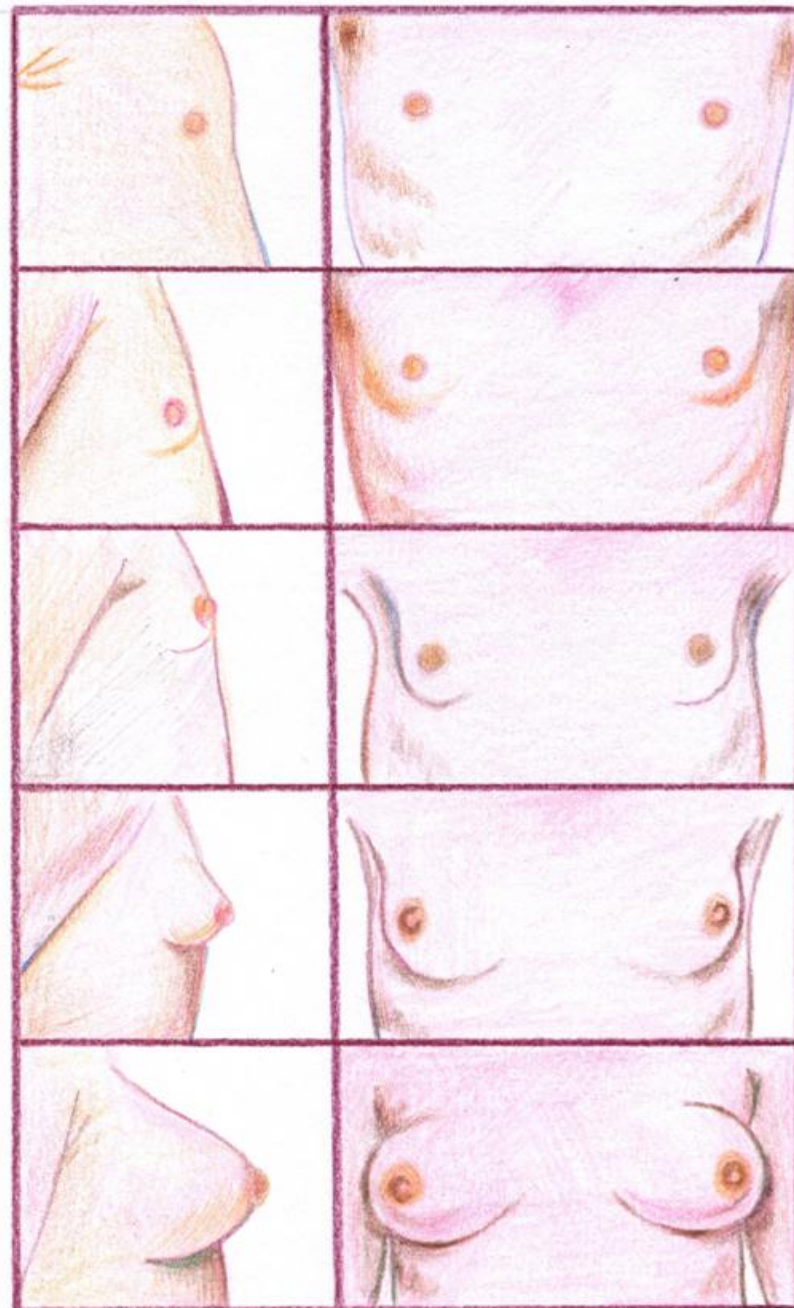
Aunque la pubertad comienza a diferentes edades, la secuencia es casi siempre la misma.

En las niñas:

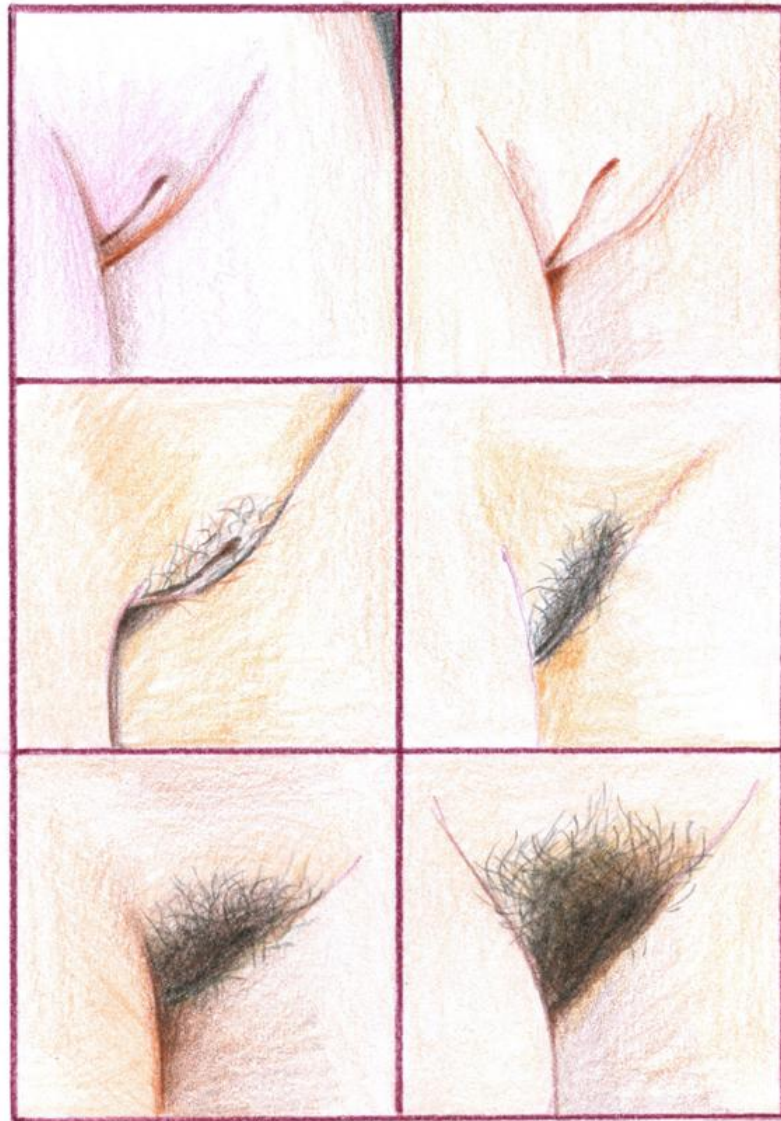
- Hay un crecimiento de los *ovarios* con el aumento en la producción de estrógenos y progesterona. Desde los tres años inician un progresivo aumento que se acentúa a partir de los 9 años para llegar a alcanzar su máximo volumen. En esta etapa el ovario incrementa su tamaño a un máximo aproximado de 30 veces su peso al nacimiento midiendo 3 cm de largo, 1.5 cm de ancho y 1 cm de espesor. Su superficie, en la infancia lisa, se va arrugando progresivamente por el desarrollo regular de los folículos ováricos; los folículos son numerosas vesículas que albergan un oocito (óvulo que se encuentra en desarrollo). En la pubertad existe un número aproximado de *100 000 a 200 000 oocitos, algunos maduran para transformarse en óvulos maduros.* (McCary, 1996).
- Las *mamas* representan una de las más notables características sexuales secundarias en la mujer, los pechos crecen en general a lo largo con el tejido subcutáneo, incrementan su tamaño y empiezan a envolverse de grasa; a la iniciación del desarrollo mamario se denomina *telarca*. Este desarrollo se registra por estadios, denominados de Marshall y Tanner y es dependiente de los estrógenos (Herriot, Laufer y Goldstein, 2000).

El estadio B1 inicia con la elevación del pezón (8-9 años) y se considera el primer signo externo de la pubertad, continuando el estadio B2 con la elevación de la mama y la papila en forma de eminencia pequeña y crecimiento del diámetro areolar (11 años), durante el estadio B3 hay un mayor crecimiento de la mama y la areola sin separación de sus contornos dando una forma cónica a la mama (11-12 años); en el estadio B4 se presenta un mayor crecimiento con proyección de la areola y la papila hasta formar una eminencia secundaria por arriba del nivel de la mama (12 años) y en el estadio B5 la glándula adulta es de forma redondeada (13 años en adelante). Marshall y Tanner refieren que el intervalo promedio que transcurre del estadio B2 al B5 es de 4.2 años. Estos cambios pueden tener variaciones ya que los mismos autores reportan que en niñas de raza negra los cambios se presentan con mayor rapidez que en las niñas de raza blanca.

- El *monte de Venus* aumenta de grosor por acúmulo de grasa.
- La *vulva* bajo la progresiva influencia de la secreción ovular estrogénica y cortico suprarrenal se modifica orientándose poco a poco hacia abajo y agrandándose en todos los sentidos, los *labios mayores* forman rodetes que engrosan, aparece el *vello púbico* escaso en un inicio, delgado y lacio que irá multiplicándose, rizando, engrosando y oscureciendo hasta cubrir el pubis y alcanzar la raíz de los muslos en un área triangular de base superior y cúspide vulvar en un período de dos o tres años. El desarrollo de la pilosidad está regido por las secreciones suprarrenales.



Etapas del desarrollo de los pechos.



Etapas del desarrollo del vello púbico en las mujeres.

- Los *labios menores* aumentan en anchura hasta alcanzar de 2 a 4 cm. mientras que en longitud se prolongan hacia atrás hasta unirse en la horquilla.
- Al llegar la pubertad la membrana del *himen* se engrosa así como su orificio, cuyo diámetro alcanza 18-20 mm, no se abre espontáneamente y adopta la forma de una corola cuyos bordes se adhieren y forman una saliente ligeramente abombada.
- En dirección anal desembocan los orificios de las glándulas vestibulares mayores o *Glándulas de Bartholino*, inician su funcionamiento en la pubertad segregando un líquido que puede ayudar a la lubricación durante la excitación sexual; se ubican en el tercio posterior de los labios mayores a la altura del introito vaginal, entre los labios menores y la pared vaginal en ambos lados. (Torices y Ávila, 2006, Provenzano, Lange y Tatti, 2006, Sersiron, 1985).

- El *clitoris* presenta abundantes terminaciones nerviosas sensoriales que al estimularse puede agrandarse hasta duplicar su tamaño. *En la pubertad el capuchón del clitoris y el mismo clitoris aumentan, pero proporcionalmente menos que la vulva en su conjunto* (Sersiron, 1985). El glande (la parte visible) del clitoris de una mujer de 11 a 15 años mide 3x3 mm y de los 15 a los 19 años mide de 4 a 5 mm (Greydanus y Shearin, 1990).
- La vagina crece en longitud haciéndose su mucosa mas húmeda, gruesa y mate, llegando a alcanzar de 8-10 cm en la edad adulta. La mucosa vaginal de la pre púber es delgada y roja a diferencia de la mucosa estrogenizada húmeda y rosa de la púber. En la pubertad se presenta una secreción vaginal fisiológica llamada leucorrea que corresponde a la descamación de células epiteliales y moco de la mucosa estrogenizada, no es un signo de infección; el cambio en la flora bacterial ocasiona que el PH se torne ácido (Herriot, Laufer y Goldstein, 2000).
- El *útero* aumenta de tamaño de manera notable, se desarrolla el endometrio, se modifica su morfología y posición, crece a la par que todo el cuerpo y se establecen los ciclos menstruales (Lockhart, Hamilton y Fife, 1965). Con relación al cérvix se invierte y termina siendo tres veces más grande cuando el cuerpo comienza a crecer con gran rapidez (Prieto, 1998, IMSS, 1998). Como la vejiga desciende dentro de la pelvis, el útero se inclina hacia adelante tomando esta postura en la edad adulta (Sinclair, 1975) con forma de pera invertida de adelante hacia atrás, cuya base está orientada hacia arriba y cuyo vértice truncado encaja en la parte superior de la parte anterior de la vagina de unos 6 a 8 cm de largo, 4 cm de ancho, 3 cm de espesor y de 45 a 70 g de peso.
- Lateralmente desde los cuernos uterinos se encuentran las *Trompas de Falopio* delante del ovario, éstas a partir de la pubertad transportan los ovocitos del ovario y el esperma (en caso de eyaculación por actividad sexual) desde el útero hacia el lugar donde ocurre la fecundación: la ampolla de la trompa uterina. La trompa también transporta, por medio de movimientos peristálticos, al óvulo fecundado en la fase de división hasta la cavidad uterina.
- El *máximo estirón del crecimiento* en altura ocurre aproximadamente en la mitad de la pubertad de una niña. El crecimiento procede de las extremidades hacia el centro, los dedos de las manos y los de los pies se alargan antes que las manos y los pies; las manos y los pies se alargan antes que los brazos y las piernas y los brazos y las piernas se alargan antes que el torso.
- Comienza un incremento de peso, las mujeres ganan más grasa global, de modo que finalmente alrededor de un cuarto de su peso corporal es grasa casi el doble de la ganancia promedio de los hombres. Las diferencias sexuales en la grasa corporal son especialmente notables en las piernas y en las caderas.

- Junto con el desarrollo de las mamas, los órganos sexuales y las características sexuales secundarias aparece la *menarca*. Los primeros períodos menstruales son generalmente anovulatorios aunque hay que considerar que la generalidad no asegura que durante estos primeros períodos menstruales o antes de la menarquía pueda presentarse alguna o varias ovulaciones. El ciclo menstrual, puede dividirse de acuerdo a McCary y col. (1996) y a Redondo y Galdó (2008) en tres fases: hemorrágica o menstrual también llamada destructiva, proliferativa o folicular y secretoria o leutínica, teniendo una duración media de 28 días con una variabilidad entre 21 a 35 días.

La progesterona que ha preparado y mantenido las paredes uterinas para la implantación del óvulo en caso de que haya sido fecundado, deja de producirse cuando el cuerpo amarillo se atrofia. Esta suspensión o, inclusive, la disminución de la concentración de la hormona, provocan que el endometrio se desintegre, se gangrene y se desprenda del cuerpo bajo la forma de sangrado. La *fase menstrual o destructiva* dura por lo general de 3 a 7 días con un promedio general de 4 a 5. *El día que comienza el sangrado menstrual se considera el día uno del ciclo, a partir del día cuatro comienza la fase proliferativa o folicular, que durará hasta la ovulación* (Redondo y Galdó, 2008).

Después que cesa el flujo menstrual, la pared uterina se encuentra muy delgada. Bajo el estímulo de los estrógenos que secretan los folículos ubicados en los ovarios, la mucosa uterina comienza un proceso de desarrollo que dura alrededor de nueve días. Muchos folículos contienen óvulos en desarrollo, la mayoría de los cuales dejan de crecer. Solo uno por lo general, alcanza la madurez en un solo ciclo, el folículo de Graaf. Hacia el décimo cuarto día del ciclo menstrual, ocurre la *ovulación*, después de la liberación del óvulo, el folículo de Graaf se llena con el cuerpo amarillo y se sella con la ayuda de las hormonas luteinizante y estimulante del folículo que secreta la glándula hipófisis. Durante la *fase folicular* aumenta de modo gradual la secreción de estrógenos. La concentración de estrógenos en la sangre se encuentra en su máximo en el momento de la ovulación.

Después de la ovulación se presenta la *fase luteínica*, en ésta el cuerpo amarillo comienza a secretar progesterona, la concentración de estrógenos disminuye a medida que la progesterona empieza a preparar el útero para el óvulo fertilizado; el endometrio se engrosa y **se vuelve más vascular, en tanto que pequeños "lagos" de sangre, llamados "lagunas" se forman dentro del endometrio estas lagunas proporcionan nutrición para el óvulo si se implanta en la mucosa uterina.** Durante la *fase luteínica* la luteotropina y las hormonas ováricas provocan que aumente la cantidad de líquido en las mamas, lo cual aumenta su tamaño y sensibilidad.

La congestión premenstrual y la hinchazón de las mucosas provoca en ocasiones la retención de líquido y una ganancia temporal consecuente de peso hasta de 2.5 kg. Algunas mujeres manifiestan disminución del deseo sexual durante esta fase lo cual muchos consideran que se

debe a los efectos inhibitorios de la progesterona. Si no ocurre la fecundación, durante el ciclo menstrual el cuerpo amarillo degenera y disminuye en gran medida la concentración de estrógenos y progesterona. Esta disminución brusca en la cantidad de ambas hormonas origina la *fase destructiva* de la menstruación y todo el proceso cíclico y vuelve a empezar de nuevo.

Durante la primera parte del ciclo (fase folicular) se produce un aumento lento y progresivo de estrógenos, mientras que la progesterona permanece en niveles muy bajos. Veinticuatro horas antes de la ovulación **se produce un "pico" en la liberación de la hormona leutinizante (LH)**, la folículo estimulante (FSH) y estradiol para, en la segunda mitad del ciclo (fase luteínica), aumentar los niveles de progesterona hasta 8-10 días tras la ovulación. Posteriormente desciende en forma progresiva (Redondo y Galdó, 2008).

La sangre menstrual es predominantemente arterial con sólo un 26% de sangre de origen venoso. Contiene desechos tisulares, prostaglandinas y cantidades relativamente grandes de fibrinolisisina (produce lisis de los coágulos por lo que la sangre menstrual casi no contiene coágulos a menos que sea flujo excesivo) del tejido endometrial. La duración del flujo menstrual es variable, de 1 a 8 días. La cantidad de sangre que se pierde puede variar desde un manchado leve hasta 80 ml, la cantidad promedio es de 30 ml. La pérdida de más de 80 ml es anormal, la cantidad de flujo puede ser afectada por varios factores que incluye el espesor del endometrio, medicamentos y enfermedades que afectan el mecanismo de la coagulación. Después de la menstruación se regenera un nuevo endometrio a partir del estrato basal. En algunos casos no se produce ovulación durante el ciclo menstrual. Estos ciclos anovulatorios son comunes durante los primeros doce a dieciocho meses posteriores a la menarquía (Gagnon, 1996).

- La voz cambia a un tono más bajo por el crecimiento de la laringe.
- El vello púbico adquiere su distribución definitiva.
- Se dan cambios en las glándulas sudoríparas, sebáceas y secretoras del olor de la piel, se hacen mucho más activas; también hay presencia de vello en las axilas.

En los hombres:

- Hay crecimiento de los *testículos*, aumenta la producción de testosterona poco después de que la hipófisis ha empezado a actuar sobre ellos; las estructuras testiculares que producen esta hormona se encuentran entre los túbulos seminíferos y se conocen como células intersticiales o células de Leydig, de los órganos sexuales pélvicos del hombre, los testículos son de los elementos más importantes, es en la pubertad cuando empiezan a producirse los espermatozoides. Las arterias de los testículos aportan la irrigación para su oxigenación y nutrición, en este momento empieza una maduración acelerada de los túbulos seminíferos e inicia la espermatogénesis, la testosterona aparece en la orina como evidencia de la producción de esta hormona en los testículos.

Existen alrededor de 1000 *túbulos seminíferos* en cada testículo, están revestidos de dos clases de células: las células de Sertoli y las células espermatogénicas las cuales son más numerosas y constantemente elaboran nuevos espermatozoides por el proceso de mitosis, éstos forman de 4 a 8 capas entre la capa externa delgada del túbulo y la cavidad o luz.

La función de reproducción está encomendada a las células germinales de los túbulos seminíferos los cuales se disponen en varias capas donde las más superficiales, es decir, las más próximas a la luz de los conductillos seminíferos, son de mayor madurez; así van de espermatogonias, espermatocitos primarios, espermatocitos secundarios, espermátides, hasta llegar a los espermatozoides. A partir de los 4 años, los túbulos empiezan a crecer progresiva pero lentamente hasta la pubertad que aumenta su tortuosidad y se componen de 2 a 4 capas irregulares de células aún indiferenciadas con escasas espermatogonias.

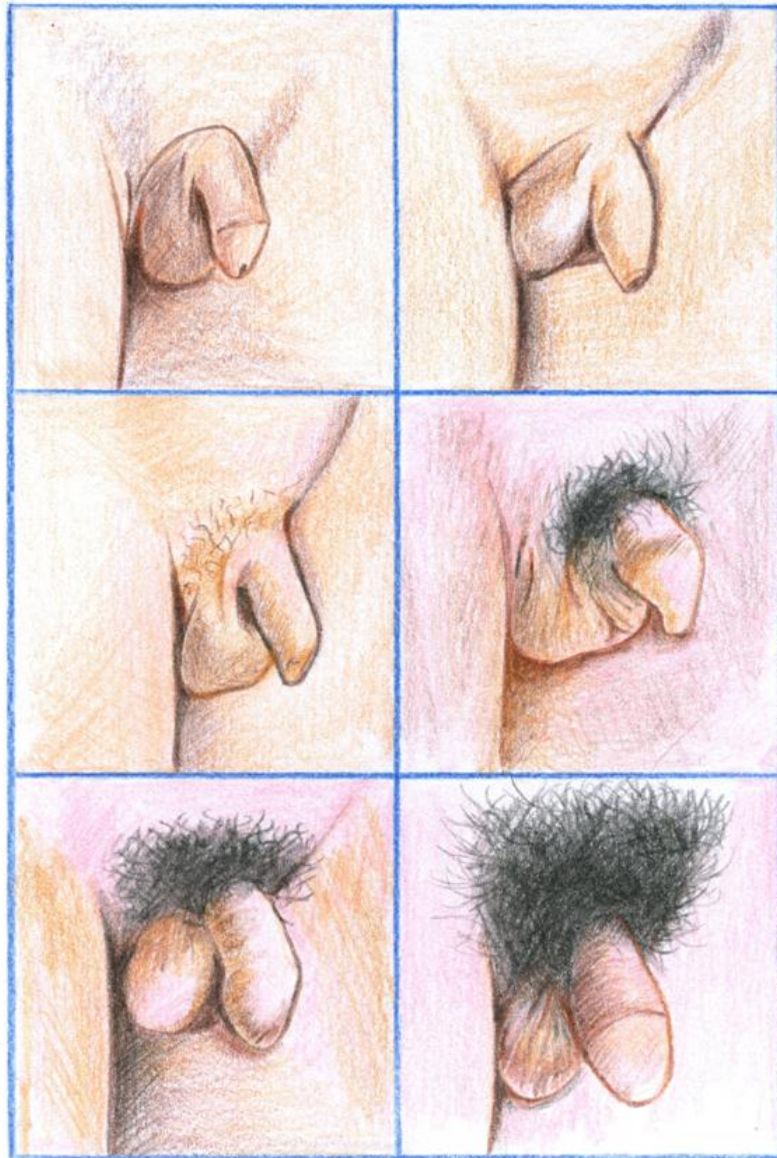
Al ocurrir la madurez sexual, la mayoría de las células espermatogénicas se dividen por meiosis y pueden observarse a la vez todas las fases de la formación de espermatozoides; estas células son cada vez más maduras cuanto más se acercan a la cavidad, por lo que a la postre pueden observarse espermatozoides maduros en el borde de la cavidad, con sus colas que sobresalen hacia la luz; los espermatozoides, recién madurados, al parecer están unidos por filamentos de protoplasma a las células de Sertoli para sostener y nutrir a los espermatozoides.

- Comienza el crecimiento del *pene* en consecuencia a la producción de hormonas de los testículos y las glándulas suprarrenales, el pene incrementa su tamaño en longitud y circunferencia alrededor de un año después del crecimiento de los testículos. El momento de crecimiento súbito del pene está sujeto a múltiples variables relacionadas incluso con el incremento de la talla y varía de persona a persona. Ni en la adolescencia ni en la madurez **hay un tamaño que "deba tener el pene"**. Aproximadamente a los dieciséis años alcanza su tamaño total. Álvarez-Gayou, J.L. y Millán, P. (2004) refieren que en algunas investigaciones en las que se midieron penes erectos pocos tienen penes menores a 9.5 cm o mayores a los 19 cm. La mayor parte de los hombres tienen penes que en erección miden entre 12.5 y 16.5 cm.

El glande (que se encuentra en el extremo distal del cuerpo del pene) incrementa su tamaño, la capa fibro-elástica del glande empieza a transformarse en un verdadero tejido eréctil, incrementa su sensibilidad por la cantidad de terminaciones sensitivas que posee y el incremento de la vascularidad en el tejido esponjoso que lo conforma.

- El *vello púbico* puede aparecer en la base del pene antes de que inicie el incremento en la talla aunque generalmente inicia más tarde, los vellos son rectos o levemente rizados,

gradualmente se va haciendo más grueso, más rizado y se extiende para cubrir la zona entre las piernas.



Desarrollo del vello púbico de los hombres.

- El *epidídimo* es un abultamiento insertado en cada testículo, dentro de un tubo enrollado de alrededor de 6 m de longitud (MacCary, 1996); en el epidídimo maduran los espermatozoides permaneciendo ahí hasta por seis semanas, tiempo durante el cual los nutre su epitelio.
- Los espermatozoides se transportan por movimientos ciliares dentro del epidídimo al *conducto deferente*, éste es un minúsculo conducto colector de alrededor de 46 cm de longitud que se origina en el extremo terminal del epidídimo y asciende hacia la cavidad abdominal, hasta la vesícula seminal; su trayecto es paralelo al epidídimo, se incorpora al cordón espermático se dirige hacia la vesícula seminal y forma el comienzo del conducto

eyaculador; es poco vascularizado pero posee una inervación rica que asegura su peristaltismo para el traslado de los espermatozoides sirviendo como un pasaje del esperma hacia la vesícula seminal. En la pubertad la estructura del epidídimo y los conductos deferentes por acción hormonal empieza a acercarse más a la del adulto, Para que la maduración de estas estructuras sea completa aun deben transcurrir entre 4 y 7 años a partir de los primeros signos de inicio de la pubertad.

- De las *vesículas seminales* sale el llamado *conducto eyaculador*, como continuación del conducto deferente, que atraviesa la próstata y desemboca en la uretra prostática. En el púber, bajo el impacto de los andrógenos particularmente la producción de testosterona de los testículos, se empiezan a tornar anchas y tortuosas y se inician las *poluciones o eyaculaciones nocturnas* de manera esporádica. La actividad excretora de las vesículas seminales depende de las concentraciones adecuadas de testosterona por lo que un descenso en la producción de esta hormona afectaría el funcionamiento adecuado de estas estructuras.
- La *Próstata* completa su desarrollo en la pubertad (Latarjet, 1991) y a partir de este momento permanece en continuo estado de actividad, parte de su secreción se vierte en la orina. La secreción prostática descargada en el momento de la eyaculación es un líquido alcalino, lechoso, contiene proteínas, calcio, ácido cítrico, colesterol y numerosas enzimas y ácidos; es poco espeso, se elimina hacia la uretra prostática por contracción del músculo liso de la próstata, éste junto con el contenido de las vesículas seminales forman el líquido seminal o semen (McCary, 1996).
- También comienza el funcionamiento de las *Glándulas de Cowper* secretando un líquido alcalino antes de la eyaculación el cual lubrica y neutraliza la acidez de la uretra para el paso de los espermatozoides que salen por la uretra.
- A partir de la semenarquia empieza el incremento de peso corporal, el crecimiento de la masa muscular, los hombros se tornan más anchos en forma evidente, la voz cambia a un tono más bajo y aparece el vello en la cara sobre el labio superior dirigiéndose hacia el mentón.
- El vello púbico adquiere su distribución definitiva siendo abundante, largo, rizado y se extiende al monte de Venus, el ombligo y la zona entre las piernas.
- El *estirón del crecimiento*, al igual que en las niñas procede de las extremidades hacia el centro, los dedos de las manos y los de los pies se alargan antes que las manos y los pies; las manos y los pies se alargan antes que los brazos y las piernas, y los brazos y las piernas se alargan antes que el torso, y en muchos suele ser más evidente.

El ajuste a los cambios biológicos en la adolescencia temprana es una tarea del desarrollo para la cual las y los adolescentes necesitan estar preparados. La salud sexual incluye la habilidad de apreciar su cuerpo y aceptar los cambios como un proceso natural. El logro de estas tareas depende de la orientación y el apoyo que se les ofrezca a las y los adolescentes ante estos cambios con antelación por parte de los padres, docentes y otros adultos responsables de su educación.

Factores cognitivos

El proceso del desarrollo cognitivo, según la teoría cognitiva de Piaget y lo que refieren Juszcak, Sadler (1999) y Haffner, (1995) (citado en Shutt-Aine y Maddaleno, 2003), va asociado con el desarrollo del pensamiento operacional formal que incluye un aumento en la capacidad de razonamiento abstracto, pensamiento hipotético y lógica formal. Esto tiene como consecuencia que las y los adolescentes tengan una mayor capacidad de razonar de forma abstracta, que entiendan comportamientos relacionados con el contexto social, piensen en las alternativas y en las consecuencias que conlleva la toma de decisiones, evalúen la credibilidad de la información, consideren las implicaciones futuras de las acciones y controlen sus impulsos. Estas habilidades cognitivas evolucionan con el tiempo y no aparecen en un momento predeterminado. Los cambios cognitivos que se dan durante la pubertad hacen que las y los jóvenes puedan pasar del pensamiento concreto a pensamientos y conductas más abstractas. Durante esta etapa de pensamiento concreto se preocupan de sí mismos y manifiestan una conducta egocéntrica, tienden a creer que son siempre el centro de atención **y tienen una "audiencia imaginaria"**.

Las y los jóvenes tienden a soñar despiertos o a fantasear y establecen metas no realistas sobre su futuro, el interés en sí mismos y la conducta introspectiva son comunes por lo que tienden a pasar más tiempo solos; con frecuencia creen que sus problemas son únicos y que no tienen solución y por lo tanto nadie puede comprenderlos. Durante este periodo, las personas jóvenes experimentan roles y fantasías con el fin de desarrollar su identidad, la cual incluye su propio concepto sobre sexualidad, identidad de género y orientación sexual.

A medida que las y los adolescentes tienden a pensar de forma más abstracta, están más capacitados para tomar decisiones que puedan contribuir a conductas saludables; para desarrollar habilidades cognitivas y de razonamiento sólido necesitan práctica y experiencia para manejar sus nuevas experiencias y situaciones, y los adultos deben promover estas prácticas. Para poder promover estas prácticas es necesario explorar la influencia que tienen en la percepción de lo que les es valioso, importante y fundamental, así como hacer una revisión de sus actitudes y su conducta para promover un desarrollo de habilidades para resistir presiones, negociar en sus interacciones interpersonales con sus pares y personas adultas con éxito y, comportarse de acuerdo con sus valores y creencias personales.

¿Por qué algunos adolescentes son más desafiantes, temperamentales o “difíciles” que otros?

Breinbaver y Maddaleno (2008) refieren que una de las diferencias individuales importantes descritas por los estudios sobre el temperamento (aspecto básico del elemento psicológico de la función conductual) es la tendencia a acercarse o alejarse al enfrentarse a un nuevo estímulo. Señalan de acuerdo a Zuckerman (1994) este enfoque que supone tres rasgos individuales distintivos: el primer rasgo es la *búsqueda de sensaciones* que representa la tendencia optimista a acercarse a un nuevo estímulo y explorar el entorno; es un rasgo que describe la tendencia a buscar experiencias nuevas, variadas, complejas e intensas y la disposición a enfrentar riesgos solamente por satisfacción.

La necesidad de complejidad en el estímulo de percepción y de desafíos cognitivos es un rasgo sobresaliente de la búsqueda de sensaciones, en las situaciones que implican riesgos las **personas que tienden a buscar sensaciones “fuertes” consideran que las sensaciones o experiencias merecen que se corra el riesgo**, mientras que personas que tienden a buscar **sensaciones “débiles” o menos arriesgadas pueden** creer que no vale la pena arriesgarse a vivir la experiencia.

El segundo rasgo es la *impulsividad* que es un estilo de toma rápida de decisiones al encontrarse con un estímulo dado y el tercero es la *sociabilidad* como la tendencia a acercarse a otras personas, conocidas o extrañas, en situaciones sociales con o sin reservas o por el contrario; las personas con poca sociabilidad tienden a alejarse en circunstancias en las que los estímulos son demasiado novedosos o el desenlace es demasiado incierto. *Estos tres elementos a saber, la búsqueda de sensaciones, la impulsividad y la sociabilidad, tienen una base genética que da cuenta de 40% a 60% de la variación en el rasgo de acercamiento. A través de este modelo se indica que detrás de estos rasgos, en el nivel biológico, están los neurotransmisores de monoaminas y las hormonas gonadales* (Breinbaver y Maddaleno, 2008).

La meta final en la búsqueda de sensaciones es intensificar la estimulación proveniente de los estímulos que emanan de los distintos sentidos: la vista, el olfato, el gusto, el tacto, la audición y el movimiento en el espacio. Algunas personas reaccionan menos a este tipo de estimulación y prefieren disfrutarla a menor intensidad, mientras que otras reaccionan mejor a una mayor intensidad; con esta teoría podemos entender los gustos de algunos adolescentes que pasan horas enteras viendo revistas con temas de su interés, en videojuegos, trayendo de manera casi permanente audífonos para escuchar su música preferida, comiendo golosinas condimentadas **o pasando gran parte del día en parques de diversiones en juegos “extremos”**. Entre los 9 y los 12 años de edad, las y los adolescentes suelen quejarse de aburrimiento, la razón para ello es que la necesidad de buscar sensaciones intensas aumenta en este período, al tiempo que crecen las habilidades de desarrollo cognitivo, verbal, motor y social; mientras la

falta de independencia por parte de sus padres, docentes y otros adultos limita la capacidad de las y los adolescentes para reaccionar ante estos estímulos sensoriales de una manera tan plena como ellos quisieran.

Una constante en la experiencia de trabajo con adolescentes al preguntarles sobre sus **expectativas en los talleres sobre Educación de la Sexualidad es, la solicitud, de que “no sean aburridos”, lo mismo refieren cuando se indaga sobre las dinámicas que se presentan con sus docentes en las escuelas de Educación Secundaria, demandan que las clases “sean menos aburridas”, además de que se cumplan las normas para mantener la disciplina dentro de las escuelas.**

*La búsqueda de sensaciones es un rasgo normal de la personalidad... Las personas que buscan sensaciones tienden a ser originales e innovadoras cuando resuelven problemas... sin embargo particularmente en el caso de los adolescentes cuando el nivel de búsqueda de sensaciones es alto y se combina con otros rasgos o experiencias afectivas de carácter negativo (como involucrarse en bandas delictivas) la situación puede derivar en un estilo de vida que **compromete gravemente la salud... y el desarrollo del adolescente** (Breinbaver y Maddaleno, 2008). Investigaciones de la teoría de la “búsqueda de sensaciones” reportan, que entre los 9 y 14 años ésta aumenta alcanzando su punto máximo entre los 15 y 16 años y tiende a disminuir alrededor de los 20 años.*

Por lo anterior la OPS recomienda que al diseñar y planificar cualquier tipo de intervención en materia de promoción de la salud y prevención hay que considerar esto que refieren las y los adolescentes que está fundamentado en la teoría de las sensaciones; y que quien formule las intervenciones sea sumamente creativo y joven de espíritu y comprenda la intensa necesidad de novedad que experimentan las y los adolescentes, analizando con ellos las razones en que se basan sus preferencias e inquietudes.

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS Y SOCIALES DE LA PUBERTAD Y LA ADOLESCENCIA

El desarrollo psicológico está relacionado con la percepción que cada uno tiene de sí mismo en relación al medio social y ambiental que le rodea; los cambios cognitivos también se manifiestan a través de ciertas conductas psicosociales, ésta varía de acuerdo al nivel de capacidad física, psicológica y social del individuo. Las influencias más importantes en el desarrollo psicológico y social de acuerdo a Breinbaver y Maddaleno (2008), retomando a Juszczak y Sadler (1999), Haffner (1995), Silber y cols. (1992), Neinstein (1996), Kohlberg (1987) y García (1998) incluyen el desarrollo de la identidad sexual, moral, ética y espiritual del individuo y la lucha por la independencia/dependencia entre sus pares y la influencia de sus padres.

Identidad sexual y desarrollo

Durante la etapa inicial de la adolescencia (de 10 a 13 años) e intermedia (de 14 a 17 años), se solidifica la identidad de género, observando los roles de género en los adultos de su entorno. De acuerdo a Kohlberg desarrollan imágenes personales y los ideales de masculinidad o feminidad basados en estereotipos sociales según el sexo; la mayoría de las personas tienen un firme sentido de su identidad sexual antes de la adolescencia y reconocen las funciones que caracterizan a hombres y mujeres, pero es durante la adolescencia cuando las y los jóvenes se identifican más fuertemente con los roles adultos del género.

Durante la adolescencia las personas jóvenes son más conscientes de su atracción sexual, interés amoroso y se da significado al erotismo; las y los jóvenes empiezan a desarrollar conciencia de su preferencia sexual hacia hombres, mujeres o ambos sexos. Aun cuando muchas personas adultas de preferencia homosexual recuerdan su adolescencia como un periodo de confusión acerca de su preferencia sexual, la mayoría no identificaba su preferencia antes de la adolescencia; esto puede estar relacionado con los valores sociales y los tabúes asociados con la homosexualidad y la bisexualidad.

Las luchas por la independencia-dependencia

Aunque esta fase puede *comenzar* durante la etapa inicial de la adolescencia, conforme transcurre, los adolescentes tienden a reafirmar su independencia separándose de sus padres y otros adultos. Durante este periodo, se muestran reticentes a aceptar el consejo o las críticas de sus padres y tienden a desarrollar un fuerte lazo con su grupo de pares, ante sensaciones **de ser "invencibles" les urge probar su independencia y autonomía.**

Las influencias sociales y ambientales determinan si esta conducta se convierte en constructiva o destructiva para la salud y bienestar del adolescente; las conductas constructivas se reflejan cuando luchan por su independencia y tratan de involucrarse en un estilo de vida responsable. Las y los adolescentes cuya conducta pone en riesgo (a corto y largo plazo) su bienestar y su salud, refleja involucrarse en actividades que tienden a correr riesgos tales como la actividad sexual en edad temprana y sin protección, acciones delictivas y el consumo de drogas ilícitas.

Estas conductas tienden a ser más comunes entre jóvenes que no cuentan con el apoyo de los padres ni con un ambiente sano que promueva su crecimiento y desarrollo cognitivo y psicosocial; en estas circunstancias pueden sentirse alienados de la sociedad y sus comunidades y pueden, por lo tanto, comprometerse con estilos de vida poco convencionales y a menudo destructivos.

Entre los 18 y 21 años las y los jóvenes comienzan a desarrollar su necesidad de intimidad y luchan entre la intimidad o el aislamiento en sus relaciones interpersonales, en esta etapa más avanzada de su desarrollo, el grupo de pares pierde mucho de su significado anterior y tiende a buscar relaciones más individuales y emocionales. La cercanía física, el afecto y el deseo sexual pueden significar parte del cariño, la empatía y el compartir sentimientos privados con

otra persona, un ideal es que la unión entre parejas debe incluir un viable balance entre el afecto, la empatía, la amistad y el respeto. Sin embargo, la falta de experiencia en la búsqueda del amor, la intimidad y el compromiso por parte de los jóvenes puede llevarles a uniones y comportamientos poco saludables.

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000) citada por González, Rojas, Hernández, y Olaiz (2005), realizada en México de septiembre de 1999 a marzo del 2000, cuyo objetivo fue describir las características del comportamiento sexual de las y los adolescentes mexicanos, identificar su grado de conocimiento sobre anti fecundación, las variables que se relacionan con la utilización de anti fecundativos en la primera relación sexual y las que se asocian con el embarazo; y que incluyó una muestra de 15,241 adolescentes de entre 12 y 19 años, 48.6 % hombres y 51.4% mujeres; se encontró que: en cuanto al patrón de inicio de la vida sexual en los y las adolescentes mexicanos el 16.4% ya había tenido relaciones sexuales; adicionalmente, se observó un incremento sostenido en la proporción de actividad sexual en jóvenes de 12 a 17 años de ambos sexos, sin embargo en el grupo de 18 a 19 años el porcentaje de actividad sexual es mayor en los hombres que en las mujeres.

Por otro lado, el promedio de la edad en la primera relación no sigue el mismo comportamiento observado en encuestas previas que indican que los hombres inician su actividad sexual a edades más tempranas que las mujeres, los resultados de esta encuesta muestran que la edad promedio de la primera relación sexual fue a los 15.7 años y no se observa diferencia significativa entre los hombres y las mujeres (15.7 años y 15.8 años, respectivamente). También muestra que el porcentaje de adolescentes que han iniciado su vida sexual es mayor en aquellos con menor nivel de escolaridad, los que no tienen acceso a servicios médicos y quienes viven en poblaciones urbanas.

Sólo 36.8% de jóvenes que han tenido actividad sexual utilizaron algún método anti fecundativo en la primera relación sexual siendo el condón el que se reporta con mayor frecuencia (87.7%), le siguen en importancia los hormonales orales (6.9%), el coito interrumpido (3.4%) y el método del ritmo (2.5%).

Por otra parte, este estudio permite caracterizar que quien usa algún método anti fecundativo en su primera relación sexual cuenta con alta escolaridad, posee información sobre anti fecundación e inicia su vida sexual a una mayor edad. Además se reporta que sólo 54.2% de los adolescentes de entre 12 a 14 años de edad mencionaron conocer al menos un método anti fecundativo, en los adolescentes de 15 a 19 años de edad el porcentaje de conocimiento se incrementó a 78.8%, estos datos difieren de otras encuestas demográficas que en cuestión de fecundidad se dirigen únicamente a la población de mujeres; otro hallazgo de importancia fue que 55.7% de las adolescentes con actividad sexual dijeron haberse embarazado al menos una vez.

En este estudio se confirmó la asociación estadística entre el antecedente de embarazo y baja escolaridad que han descrito otros autores; del mismo modo se identificó que el embarazo en la adolescencia está estrechamente relacionado con el inicio de actividad sexual antes de los 16 años de edad. En resumen, la brecha existente entre el conocimiento y el uso de métodos anti fecundativos en la primera relación sexual es muy significativa con las condiciones de mayor riesgo.

Bienestar emocional

Los cambios físicos y hormonales que ocurren durante la pubertad influyen en el modo en que las y los adolescentes se perciben a sí mismos y son percibidos por los demás; estos cambios durante la adolescencia dan lugar a sentimientos de autoconciencia y preocupación en relación con la imagen del cuerpo y el atractivo físico. La imagen corporal se relaciona con la actitud y la percepción, por eso las percepciones que tienen de sí mismas y sí mismos y, de compañeras y compañeros son muy significativas, incluso más que las de sus madres y padres.

La autoestima es determinante para el bienestar emocional y se considera un factor protector que ayuda a las personas jóvenes a superar situaciones difíciles. Una evaluación de rechazo de sí mismo tendrá gran impacto en la autoestima; aunque el concepto de sí mismo está influido por los éxitos en diversas actividades como la práctica deportiva, los logros académicos, las amistades y otras áreas, la valoración de la apariencia personal de un adolescente es uno de los determinantes más importantes de su autoestima (Stassen, 2004).

Los sistemas de apoyo social, particularmente las relaciones con madres, padres y pares contribuyen a aumentar la autoestima de las y los adolescentes; un buen nivel de autoestima y bienestar emocional les permite desarrollar una serie de habilidades personales y facilita la toma de decisiones que llevan a una vida sexual más saludable. Por el contrario, la baja autoestima se ve implicada en problemas de salud tales como depresión, suicidio, anorexia nerviosa, bulimia, delincuencia, conductas sexuales de riesgo y otros problemas de ajuste psicosocial.

Cuando hay dificultad en la auto aceptación de los cambios físicos de la pubertad puede afectar la autoestima sobre todo si está relacionado con las exigencias sociales, por ejemplo la **connotación que se le da a la menstruación "ahora sí te tienes que cuidar", "pobrecita iya dejaste de ser una niña!" o la aparición** del vello en la cara y extremidades utilizando productos cosméticos o rastrillos para retirarlo; tener el cuerpo y el aspecto correcto, la vestimenta, el peinado puede ser más importante que las matemáticas.

El aumento de la motivación y las inquietudes sexuales acerca de la apariencia física es una oportunidad para estimular a los jóvenes a que adopten y mantengan estilos de vida saludables que puedan influir en su atractivo físico, es una oportunidad para informar a los

jóvenes por ejemplo sobre los efectos negativos del tabaco en la cavidad oral, la piel y en el funcionamiento de los órganos sexuales (destrucción de los vasos sanguíneos responsables de la erección del pene y predisposición al cáncer de cérvix uterino), o los beneficios del ejercicio y la nutrición.

Las preocupaciones de las y los adolescentes acerca de su apariencia, en algunas y algunos puede llevarlos a controlar su dieta a niveles extremos, aumentando así la posibilidad de no cumplir con los requisitos nutricionales para su sano desarrollo físico, teniendo como consecuencia trastornos de la conducta alimentaria. La creciente preocupación sobre el atractivo da a los programas de educación básica una oportunidad para promover conductas alimenticias saludables así como sensibilizar sobre el impacto en la salud ante el consumo de cigarrillos y drogas (Shutt-Aine, y Maddaleno, 2003).

Implicaciones de género y desarrollo psicosocial

Los patrones de conducta de las personas jóvenes están influidos por el contexto y la cultura en donde se desarrollan. En América Latina, la identidad y los roles de género tradicionales ejercen una gran influencia y ponen presión sobre adolescentes de ambos sexos; para las mujeres, la menstruación es un proceso fisiológico que se considera como un rito de iniciación hacia la edad adulta.

Estos roles aún juegan un papel importante en el desarrollo de la identidad en la medida que a los hombres se les socializa para ser autosuficientes e independientes, ocultar emociones como la tristeza y el miedo y, no preocuparse o quejarse de su salud física ni buscar ayuda para resolver situaciones emocionales y de otra índole; más aún, esta socialización promueve probar su masculinidad a través del número de parejas sexuales, esto, varía según el país y no ocurre en todos los países de América Latina, ya que en la cotidianidad se observa como hombres jóvenes se involucran en el cuidado y atención de las hijas e hijos, así como en la toma de decisiones relacionadas con la paternidad y la salud reproductiva, sin embargo aún prevalecen ideas que les limitan a hacerlo. Por otro lado sigue prevaleciendo la limitación para que las mujeres cuiden su forma de vestir para atraer a la pareja y mantener una imagen **"pura"**. Shut-Aine y Maddaleno, M. (2003) refieren que las mujeres en las que la pubertad se presenta a una edad temprana y que los hombres se presenta a una edad tardía están en mayor riesgo de tener problemas de ajuste durante su adolescencia pues el estrés puede aumentar el riesgo de depresión y trastornos de la alimentación, tener pocas habilidades para enfrentar situaciones difíciles, una mayor probabilidad de iniciar su actividad sexual y de consumir drogas; estos dos últimos problemas aparecen porque la apariencia física de mayor edad favorece que estas adolescentes se relacionen con grupos de jóvenes mayores.

Investigaciones sobre el desarrollo emocional indican que los hombres tienen un mayor riesgo psicológico que las mujeres durante la infancia y, que las mujeres tienen un mayor riesgo de

depresión o suicidio durante la adolescencia de acuerdo a Gilligan, 1996, referido por Shut-Aine y Maddaleno (2003); también refieren según Juszczak y Sadler (1992), que para los hombres en los que se presenta la pubertad a menor edad se considera una ventaja, porque el aumento de la estatura física y la masa corporal los coloca en una mejor posición atlética y social. Los estudios realizados sobre adolescentes y masculinidad en Latinoamérica indican que la mayoría de ellos creen que la masculinidad es instintiva, incontrolable y a veces agresiva; los jóvenes afirman que ser hombre significa ser proveedor, sexualmente activo, fuerte, alguien que asume riesgos y que tiene hijos, además creen que su función de ser hombres incluye dominar a las mujeres, tratarlas como objetos sexuales y asumir riesgos.

Un estudio realizado por Stern, Fuentes, Lozano y Reynoso (2003) en la ciudad de México en **una zona "marginal" (caracterizada por una gran ausencia de servicios públicos como agua potable, líneas telefónicas, pavimento, etcétera, por viviendas construidas con materiales precarios, por ocupaciones inestables para los jefes de familia y, en general, por una gran pobreza) y otra "popular" (estratos urbanos que cuentan con un mayor número de servicios, viviendas construidas con materiales durables, mayores oportunidades de empleo para los jefes de familia, etcétera, sin llegar a tener las comodidades de los sectores medios)** (INEGI, 1992), con hombres adolescentes y jóvenes de edades entre 10 y 24 años, concluyó que el modelo tradicional de masculinidad que predomina en ambos sectores sociales tiene como resultado, por una parte, que se hable poco sobre sexualidad en las relaciones de pareja y, que consecuentemente el uso de medidas de protección durante la actividad sexual se dé en muy raras ocasiones, exponiéndose al contagio de Infecciones de Transmisión Sexual y al riesgo de transformarse en padres sin ser aún adultos. Por otra parte, las condiciones económicas en que viven dificultan que lleven a la práctica elementos centrales de su propio concepto de masculinidad, como el ser trabajador, proveedor y responsable, lo que pudiera traducirse en frustración, agresividad y violencia familiar.

Sin embargo, existen otros conceptos de masculinidad según los cuales, los hombres jóvenes afirman tener conocimientos sobre sexualidad, expresar sensaciones y sentimientos de temor, frustración, y miedo durante su primera experiencia sexual, admiten con frecuencia una falta de comunicación con sus padres y, en muchos casos, cuando existe comunicación, los mensajes promueven comportamientos sexuales no responsables que alientan la actividad sexual temprana y refuerzan los conceptos de machismo.

Este es un período en que las decisiones y elecciones dan forma a sus perspectivas de vida futura por lo que deben hacerse esfuerzos dirigidos a realizar programas en donde la práctica reflexiva aborde el tema sobre las relaciones de género, proporcionarles consejería, apoyo y habilidades para poner a las y los adolescentes en contextos que favorezcan el desarrollo de su sexualidad de manera sana.

Para Barragán (2005), *la Educación Sentimental significa potenciar la toma de conciencia de nuestra riqueza expresiva y el uso de nuestros sentimientos en las relaciones*

interpersonales y con nosotros mismos sin que sean establecidas en el contexto de las relaciones de poder ilegítimas. La Educación Sentimental puede mejorar nuestra autoestima, eliminar nuestros conflictos afectivos y hacernos vivir de forma sosegada o apasionada nuestros sentimientos.

Desarrollo moral, ético y espiritual

Una consecuencia importante del crecimiento y el desarrollo cognitivo es el desarrollo moral, que incluye el juicio y la conducta moral; el juicio moral es la habilidad intelectual o de razonamiento que tiene un individuo para evaluar lo **"bueno" y lo "malo" (desde su marco de referencia de acuerdo a su contexto y cultura)** de una acción en una situación hipotética. La conducta moral se refiere a la habilidad del individuo en una situación de la vida para ayudar a otros, resistir la tentación de ir en contra de las normas sociales establecidas en un contexto, **como robar, hacer trampa, mentir o cometer otros actos "inmorales"**.

De acuerdo a la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget, durante la pubertad los jóvenes evolucionan de una fase en la cual la niña y el niño obedecen de forma ciega a la autoridad a una donde la joven y el joven consideran alternativas y adquieren la capacidad emocional de empatizar con otros, comprenden que las reglas las han creado los adultos y consideran las intenciones y consecuencias de sus actos; a medida que avanzan hacia la fase de razonamiento, en la que piensan de forma más abstracta, desarrollan un sentido de responsabilidad ética, moral y a menudo espiritual.

La espiritualidad juega un papel importante en muchas sociedades, particularmente en el desarrollo de reglas y expectativas de conducta, dicta lo que se considera como un **comportamiento "aceptable"**. El sentido de moralidad de una persona joven depende en gran medida de los valores culturales, sociales y familiares. La cultura juega un papel importante en lo que la gente juzga como correcto o incorrecto y esto, obviamente, se extiende a un sin número de expresiones comportamentales de la sexualidad que han sido reprimidas y castigadas, tal es el caso de la masturbación.

La perspectiva teórica que resalta la importancia de la autorregulación, la cual se alcanza entre los 16 y 18 años, en la que las conceptualizaciones de la autorregulación giran en torno a la manera en que las personas pueden corregir sus patrones de conducta por cuenta propia; considera elementos básicos como: identificar y registrar un tipo específico de conducta, definir objetivos aceptables (que no dañen a la persona ni a terceros, así como tampoco transgredan las normas sociales y las leyes), evaluar la respuesta y cambiar la conducta previa de acuerdo con la evaluación de la respuesta o reforzar la respuesta si se cumple la norma.

La autorregulación se logra cuando las personas son capaces de supervisar su propia conducta por medio de las indicaciones y opiniones del mundo exterior, así como también por medio de las evaluaciones cognitivas y procesos afectivos internos, aunque la capacidad de

autorregulación aumenta con la edad, el funcionamiento real siempre está determinado por consideraciones biológicas como el estado de desarrollo de los lóbulos pre frontales del cerebro, estímulos externos y consecuencias socio ambientales (Breinbaver y Maddaleno, 2008) (Shutt-Aine y Maddaleno, 2003); así por ejemplo se puede autorregular la masturbación, identificando que física y psicológicamente se presentan estas sensaciones placenteras y reconociendo que socialmente no es aceptado estimularse en público, por lo que la autorregulación consistirá en identificar la sensación y para su satisfacción buscar el momento y lugar indicado; esto difiere de la prohibición o la represión en donde se prohíbe y castiga sin llegar a hacer un análisis de la conducta.

INFLUENCIAS SOCIALES Y AMBIENTALES SOBRE LA SALUD SEXUAL Y EL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

Los cambios biológicos, cognitivos y psicosociales no explican por sí mismos los resultados en la salud sexual del adolescente y en sus conductas; las características sociales, culturales, políticas y ambientales como la situación socioeconómica, las relaciones familiares y con los pares, los medios de comunicación y las políticas son influencias importantes sobre la salud sexual y el desarrollo de los adolescentes. Los países que reciben apoyo político y compromiso del gobierno para tratar temas como el VIH y la prevención de embarazo, entre otros, son más exitosos a la hora de alcanzar metas y objetivos nacionales en esta materia. Shutt-Aine y Maddaleno (2003) revisan estas influencias:

Familia y pares

En el contexto latinoamericano y del Caribe, es probable que la familia, incluyendo la familia extensa, sea el factor más importante en la salud y el desarrollo del adolescente. Las relaciones familiares pueden nutrir, apoyar y ayudar a los jóvenes, fijan límites y desafían ciertos supuestos y creencias prevalentes en una cultura. Las relaciones significativas con adultos y amigos y las experiencias escolares positivas constituyen aspectos importantes en un ambiente que apoya a los adolescentes. Es a través de estas relaciones que los jóvenes desarrollan resiliencia para desafiar las prácticas sociales y culturales que pueden ser dañinas para su desarrollo y salud sexual.

Investigaciones demuestran que un estilo "autoritario-democrático" caracterizado por un control firme, sin dejar de lado el cariño, en el que se establecen límites y se presta atención a las habilidades sociales y cognitivas de sus hijos tiende a producir en el adolescente la confianza en sí mismo, el autocontrol y las habilidades para enfrentar la vida. Por otro lado, los padres autocráticos, especialmente aquellos que son sumamente críticos, protectores o ansiosos, tienden a disminuir en sus hijos el sentido de valor propio y de auto-eficacia, limitando su desarrollo y sus habilidades para enfrentar los desafíos de la vida.

La familia nuclear, la familia extensa y otros adultos que representen una figura de autoridad, pueden ser un factor de protección al percibir la cercanía con al menos uno de los padres o una figura adulta en la vida de las y los adolescentes. La evidencia muestra que la gente

joven que se encuentra permanentemente en situaciones estresantes, tales como la pobreza, la muerte de uno de los padres o hermanos, pueden resistir tales dificultades de forma más efectiva cuando tienen por lo menos una relación y positiva con un adulto así mismo la investigación ha demostrado que la mayor parte de los jóvenes comparten valores intrínsecos a los de sus padres.

Mientras los adolescentes buscan un balance entre su autonomía y la dependencia de sus padres, tienden a identificarse mucho con sus pares. La aceptación por parte de los pares juega un papel muy importante en la definición de su identidad y autoestima. Aunque no siempre se da esta influencia. Algunos adolescentes buscan en sus pares el refuerzo de conductas y creencias, y muy a menudo adoptan y conforman su conducta a la de ellos. Otros son inconformistas y no permiten que sus pares les dicten su conducta. Varios estudios indican el poder que tienen los grupos de pares sobre los hombres adolescentes, que suelen pasar más tiempo en la calle con sus grupos de iguales que las mujeres. Los grupos de pares pueden cumplir varias funciones importantes, como dar un sentido de pertenencia mientras se busca la independencia. Los padres, maestros y otros adultos pueden ayudar a los adolescentes a manejar la presión de sus pares por medio de una mayor comunicación y participación en las vidas de las y los jóvenes y en su red social. Por todo ello, los padres deben asumir un papel más activo al discutir temas de sexualidad con sus hijos, como la violencia sexual de forma que los adolescentes sean conscientes de ello, reconozcan las señales cuando ocurra una conducta abusiva y desarrollen estrategias para poner límites y denunciar los hechos.

Díaz (2006) documenta en un estudio realizado en el Estado de México, que en las relaciones de intimidad, aún tratándose de jóvenes poco expresivos, la madre tiene un papel fundamental porque para las y los adolescentes es la persona a la que más se acercan, en la que más confían y a la que más admiran y quieren, en un contexto donde predomina el **"código masculino" expresado en actitudes distantes y poco** comunicativas del padre, la madre cobra mayor importancia como la figura de apoyo, cariño y confianza.

El trato y la amistad con sus pares encierran una importancia vital para las y los adolescentes, la amistad y el apoyo que reciben de los amigos representa una fuerza que impulsa y acompaña, puede llenar el vacío que en muchos de ellos dejan sus padres o sus hermanos.

En general, el grupo de amigos es un espacio necesario para la construcción de la identidad de los adolescentes, en sus pares encuentran las posibilidades de desplazamiento de la necesidad de empatía con los padres y la seguridad de emprender juntos acciones y aventuras que fortalecen su autovaloración, autonomía y, por ende, su identidad.

Educación y escuelas

El nivel de educación es la variable que más influye en la mayoría de los resultados deseables o las consecuencias en la salud. Un mayor número de oportunidades educativas lleva al

incremento de oportunidades económicas y laborales y, de las habilidades de los jóvenes para asegurar su autonomía y su futuro económico; cuando los jóvenes no reciben una educación adecuada, el costo para la sociedad es sustancial.

De acuerdo a la OPS, (1998) y a la CEPAL, (1997) mencionan Shutt-Aine y Maddaleno (2003):

...el precio que se paga por una población de jóvenes sin educación ni habilidades, es casi siempre mayor que el costo de programas de promoción y prevención diseñados para ayudar a los jóvenes a alcanzar estas metas. Es importante que los gobiernos reconozcan el valor de invertir en la educación de adolescentes y jóvenes. El nivel educativo está relacionado con resultados positivos de salud sexual y reproductiva, especialmente para las mujeres. El impacto de invertir en educación se daría en incrementar la posibilidad de que las mujeres retrasen la edad del matrimonio o la condición de vivir en pareja y la maternidad, así como tener un menor número de hijos a largo plazo. El contar con un mayor nivel educativo está relacionado con la iniciación tardía de la actividad sexual tanto en mujeres como en hombres. Las y los adolescentes que asisten a la escuela secundaria pasan la mayor parte del tiempo en la institución que puede jugar un papel importante en promover conductas saludables.

Estudios realizados en Estados Unidos muestran que los estudiantes que tienen una buena relación de apego, o **"connectedness"**, con sus escuelas (profesores, pares y ambiente escolar) tienen menos probabilidades de usar sustancias, ser violentos o iniciar la actividad sexual a una edad temprana; así como contar con un ambiente estimulante en el aula y un manejo adecuado de la clase (normas escolares justas y bien establecidas, y expectativas claras para los estudiantes). A pesar de su importancia, existen barreras culturales con respecto a la educación. En muchos países, dar una educación a los niños y las niñas choca con estilos de vida tradicionales e interfiere con la necesidad de lograr que los niños generen ingresos para la familia. El costo de los gastos escolares, libros y otros artículos a menudo sobrepasan los beneficios percibidos de la escolaridad en familias de limitados recursos económicos. Esta percepción debe ser cambiada para demostrar los beneficios a largo plazo de las habilidades adquiridas por el entrenamiento y la escolaridad como posible fuente de ingresos para la familia, la comunidad y la economía en general. Es importante asegurar que los jóvenes obtengan las competencias y habilidades necesarias para asegurarse un futuro saludable. Estas habilidades que enriquecen el desarrollo cognitivo de las personas jóvenes incluyen las habilidades para tomar decisiones y resolver problemas, el pensamiento creativo y crítico, la comunicación y las relaciones interpersonales; la conciencia de sí mismos, la auto-eficacia y el manejo de emociones y causas de estrés. La educación y las habilidades sociales conllevan un aumento en el poder y control de sus vidas, lo que permite a los jóvenes tomar decisiones que generan resultados más saludables.

Por lo anterior se torna en una necesidad imperiosa, trabajar los contenidos relacionados con la educación de la sexualidad establecidos en los planes y programas de Educación Secundaria para promover en las y los adolescentes comportamientos sexualmente responsables.

Sociedad y cultura

Los valores culturales relacionados con la sexualidad y los roles de género ejercen una poderosa influencia en la toma de decisiones de las y los adolescentes con relación a la actividad y el comportamiento sexual; la sociedad y la cultura moldean la manera en que los individuos aprenden y expresan su sexualidad y dictan las normas y los tabúes relacionados con los roles de género y la conducta sexual; algunas normas sociales y prácticas culturales pueden implicar valores, actitudes y prácticas que pueden ser perjudiciales para las y los adolescentes o pueden limitar la expresión de su sexualidad, por ejemplo, la creencia de que las adolescentes no necesitan ir a la escuela es una actitud perjudicial con serias consecuencias para la salud.

Los padres y la familia también influyen en los roles de género permitiendo a los hombres una **mayor independencia que a las mujeres, así como las preocupaciones por la "fragilidad" física** y sexual de las mujeres hacen que los padres vigilen más su comportamiento y se aseguren que estén siempre acompañadas; como consecuencia, los jóvenes suelen pasar más tiempo en la calle o fuera de la casa sin supervisión que las jóvenes.

Las luchas por la independencia-dependencia son más evidentes en los hombres que en las mujeres, quienes tienden a estar confinadas en la casa; los muchachos tienen más presión social y familiar para cumplir con los estándares de masculinidad que dicta la sociedad, esta a menudo empuja a los hombres prematuramente hacia la autonomía e independencia y reprime las expresiones de emoción y vulnerabilidad. Los hombres jóvenes tienden a ver la iniciación sexual como una competencia que les ayuda a afirmar su identidad masculina y les da estatus en el grupo de pares de hombres, la experiencia sexual es vista como un rito de iniciación a la adultez y como un logro, más que como una oportunidad para la intimidad (Shutt-Aine y Maddaleno, 2003).

Retomando el estudio realizado por Díaz (2006), éste evidencia aspectos diversos de la vida de los estudiantes de secundaria, como son gustos, expectativas, proyectos de vida y carrera, valores, procesos de construcción de intimidad y manifestaciones de su sexualidad, todos ellos como elementos constitutivos de la construcción de la identidad. En general, los adolescentes viven una fuerte tensión entre los cambios que van experimentando y que socialmente les implica ser más grandes, autónomos, responsables y, la nostalgia por la niñez y la permisividad que ésta representaba. El hecho de crecer y adoptar las características físicas de los adultos, psicológicamente supone para el adolescente y sus padres, ocupar un lugar en el mundo de aquéllos, el joven deja fuera muchos aspectos y actitudes del niño que fue y asume y fortalece valores y proyectos que orientan su futuro.

Hombres y mujeres viven de manera distinta los cambios emocionales y sexuales durante la pubertad y adolescencia y para ambos la relación entre hombres y mujeres tiene una

influencia en la construcción de su identidad, en la afirmación de su masculinidad, su feminidad, las formas en cómo se manifiesta la afectividad y se nutre su autoestima. Con todo ello la identidad de las y los adolescentes, conlleva conflictos y enfrentarse a situaciones de intimidad e impulsos profundos que generan una etapa potenciadora y creativa, cimiento de la personalidad adulta.

Por otro lado, las condiciones socioeconómicas y culturales del contexto y los significados que desde ahí se construyen, impactan fuertemente la conformación de los imaginarios de las y los jóvenes y su propia forma de ser, pensar y actuar; la cultura internalizada, permeada por condiciones y procesos históricos, influye en sus procesos de construcción de identidad y en sus expectativas.

Es importante analizar los dobles estándares de las culturas, pero a la vez reconocer que en un mismo país existen múltiples subculturas dentro de las comunidades y aun dentro de las generaciones y en ellas están inmersos los y las adolescentes.

Situación socioeconómica y equidad

Existe una fuerte relación entre el nivel socioeconómico, la equidad y los resultados en la salud; las poblaciones indígenas y refugiados, las personas con preferencia distinta a la heterosexual y las personas con discapacidad tienden a ser marginados por la población y a menudo se les deja fuera del proceso de desarrollo económico. También tienden a vivir en lugares menos accesibles y es más probable que sean pobres y tengan acceso limitado a los servicios. Es bien sabido que la pobreza y la inequidad social van asociadas con resultados poco saludables para las y los adolescentes, incluyendo su salud sexual, estos resultados incluyen una nutrición deficiente, atención de salud inadecuada (incluyendo cuidados prenatales y de salud reproductiva) y bajo rendimiento escolar; las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser pobres que las mujeres que ejercen la maternidad en edad adulta.

La pobreza, las políticas y la legislación pueden causar problemas de acceso en las personas jóvenes para su atención en los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo orientación y consejería para la elección en el uso de métodos anti fecundativos y, como ejemplo de esto están los comentarios de docentes orientadores de Educación Secundaria en **escuelas públicas que refieren las “quejas” de alumnos y alumnas quienes mencionan que al asistir a los servicios de salud para conseguir preservativos en dichos centros se les niegan, solo les proporcionan uno, les cuestionan “para qué los quieren” o les solicitan la presencia de un adulto para proporcionarlos**, todos estos factores suponen barreras a la salud sexual y al desarrollo pleno de las y los jóvenes. Si el estrés causado por la pobreza se aliviara y la atención de salud en general y la salud sexual en particular fuese accesible, las y los jóvenes correrían menos riesgo.

Por otro lado la falta de independencia económica limita la capacidad de las adolescentes y jóvenes para abandonar relaciones de riesgo y/o violentas, que las predispone a intercambiar relaciones sexuales por beneficios económicos. En 1997 de acuerdo a Tsui y cols., referido por Shutt-Aine y Maddaleno (2003), los estudios demuestran que el comercio sexual es el resultado de las dificultades económicas de las mujeres y las escasas oportunidades para encontrar trabajo. La mayoría de las madres jóvenes tienen poca educación, provienen de familias pobres y gastan todas sus ganancias en mantener a sus familias; además, las mujeres más jóvenes son buscadas para el comercio sexual porque tienen menos probabilidades de presentar Infecciones de Transmisión Sexual o el Virus de Inmunodeficiencia Humana y, por lo tanto, los hombres que las "contratan" las consideran más confiables.

Los derechos humanos de las y los adolescentes no son conocidos ampliamente ni tampoco protegidos, especialmente en relación con su salud sexual y opciones reproductivas. La capacidad de las adolescentes para elegir de forma libre e informada acerca de su sexualidad y las opciones de matrimonio puede verse disminuida por su posición social, familias y sus parejas; el ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, puede mejorar la vida de las adolescentes y a su vez produce una mejoría en su salud y en la de sus hijos; reduce la fertilidad y aumenta la productividad económica en general.

Derechos, empoderamiento y ambiente político

El ambiente político, incluyendo la disponibilidad o restricción de derechos a nivel macro, también está relacionado con el desarrollo sexual de las y los adolescentes, la prevención de problemas de salud y la provisión de servicios; la participación juvenil en los procesos políticos y legislativos es un mecanismo fundamental para asegurar que el ambiente político contribuya al desarrollo de las y los adolescentes. Las personas jóvenes tienen un potencial enorme para contribuir al desarrollo de sus países; sin embargo, se les excluye social y políticamente y, por lo general, carecen de las habilidades o experiencia necesarias para realizar cambios sin el apoyo y la orientación de los adultos y sin un ambiente político partidario hacia ellas y ellos. La participación activa les permite acumular experiencia en dinámicas de organización y liderazgo y, les ayuda a desarrollar la confianza en sí mismos y a elevar su autoestima, al tiempo que se crean redes para conocer de propia voz sus necesidades y así dar el apoyo.

Medios de comunicación

Durante los últimos años, pocos desarrollos sociales han tenido más influencia sobre los adolescentes que los medios de comunicación, las normas sociales y culturales se expresan a través de estos medios que sirven para consolidar ciertas normas, prejuicios y tabúes con respecto a la sexualidad. Los medios de comunicación tienen un efecto profundo sobre la información, los valores y la conducta sexual y, ofrecen oportunidades para dar mensajes

positivos a las y los jóvenes; sin embargo gran parte de la información valores y conductas descritas por los medios de comunicación no contribuyen al desarrollo saludable.

La violencia, los comportamientos sexuales, los estereotipos de género y étnicos prevalecen en la mayor parte de la programación de dichos medios; las imágenes poco realistas de conducta sexual que presentan, pueden contribuir a que las y los jóvenes se sientan confundidos respecto a su sexualidad. Un análisis de contenido de la televisión americana encontró que el 75% de la programación de mayor audiencia de las principales cadenas presentaba contenido sexual, pero solo el 10% incluía alguna mención sobre los riesgos o responsabilidades de la actividad sexual o la necesidad del uso de metodología anti fecundativa y métodos de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y, si gran parte de esa programación también se reproduce en México es fácil concluir que ésto también impacta en las conductas sexuales de las y los adolescentes mexicanos.

Un aspecto que se considera positivo en el análisis es que por este medio se enseñó sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana, los estudios han documentado la capacidad de la televisión para transmitir información, definir actitudes e influir en la conducta social y en las normas culturales, situación que tanto padres como docentes podrían aprovechar para que junto con las y los adolescentes realicen análisis críticos sobre cómo la información vertida en cualquier medio de información llámese televisión, radio, internet, medios impresos, etc., repercute en beneficios o riesgos al asumir dichas conductas y cómo influye en su salud sexual; independientemente de que los medios tienen un papel que cumplir en promover imágenes positivas e información precisa para las y los adolescentes y la población en general, pueden ser un instrumento poderoso con efectos positivos en el desarrollo y la salud sexual de los adolescentes.

Obtener retroalimentación de las y los jóvenes por medio de programas de radio, cartas a los editores de periódicos o revistas con preguntas sobre educación sexual y programas televisivos de entrevistas a adolescentes, son todos ejemplos del papel de los medios de comunicación y su contribución en mejorar el desarrollo sexual sano de las y los adolescentes.

La inversión que merece una educación de calidad dirigida a las niñas, los niños, las y los adolescentes es fundamental para crear mejores condiciones y elevar la calidad de vida que merece cualquier ser humano. Para proporcionar una educación formal de la sexualidad a las y los estudiantes adolescentes que asisten a escuelas de educación básica, las y los docentes deberán contar con las competencias necesarias en materia de educación de la sexualidad a fin de poder proporcionar una educación libre de mitos y prejuicios, para esto es fundamental que conozcan y entiendan el momento y las características del desarrollo por el cual atraviesan sus alumnas y alumnos; al diseñar la planeación de trabajo en el aula es básico considerar además de la etapa de desarrollo, el nivel cognitivo, los contextos socioeconómicos y culturales en donde han crecido.

Las y los docentes son figuras clave para transformar la educación, hay que hacer a un lado la idea de que si *se les enseñan temas de sexualidad en las aulas se corre el riesgo de que los padres demanden que no se haga*. La experiencia de trabajo en la Dirección General de Servicios Educativos Iztapalapa, y de más de 20 años de realizar intervenciones educativas con población adolescente, sus madres, padres y docentes ha demostrado que cuando esta educación tiene una planeación cimentada en la investigación de necesidades, información científica y respetando los valores individuales y familiares, la educación de la sexualidad se aprueba y reconocen por la importancia y significado que tiene para las y los jóvenes beneficiarios de la misma.

No se debe dejar de mencionar el hecho de que entre a más temprana edad se implementen programas de educación de la sexualidad en los centros escolares, al llegar a la adolescencia las y los jóvenes contarán con mayores habilidades para hacer frente a los retos de esta etapa como de la vida adulta.

Bibliografía

- 1) Álvarez-Gayou, J.L., Millán, P. (2004). Sexualidad: los jóvenes preguntan. México: Paidós.
- 2) Biro, F., Dorn, L. (2005). Puberty and Adolescent Sexuality. *Pediatric Annals*. 34:10.
- 3) Breinbaver, C., Madaleno M. (2008). Jóvenes: opiniones y cambios. Conductas saludables en los adolescentes Washington D.C.: Valher.
- 4) Díaz, J. (2006). Identidad, adolescencia y cultura. Jóvenes secundarios en un contexto regional. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, abril-junio, año/vol. 11, número 029. Extraída el 5 octubre de 2011 de:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/140/14002906/14002906.html>
- 5) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (2011). Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia una época de oportunidades. EUA: UNICEF.
- 6) Gagnon, W.F. (1996). Fisiología médica. México: Manual Moderno.
- 7) González, C., Rojas, R., Hernández. M., Olaiz, G. (2005) Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000. *Salud pública de México / Vol.47, no.3, mayo-junio*.
- 8) Greydanus, D.E., Shearin R.B. (1990). *Adolescent Sexuality and Gynecology*. Philadelphia: Lea & Febiger.
- 9) Herriot, S.L., Laufer, M., Goldstein D.P. (2000). *Ginecología en Pediatría y la Adolescente*. México: Mc Graw-Hill-Interamericana.
- 10) Instituto Mexicano del Seguro Social (1998). *Ginecología-Obstetricia*. México: Méndez Editores.
- 11) Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (1992) *Estratificación socioeconómica de la zona metropolitana de Guadalajara*. México: INEGI.
- 12) Latarjet, M., Ruiz, A. (1991). *Anatomía Humana*. México: Panamericana.
- 13) Lockhart, R.D., Hamilton, G.F., Fife, F.W. (1995). *Anatomía Humana*. México: Interamericana.
- 14) McCary, L., McCary, S., Álvarez-Gayou, J. L., del Río, C., Suárez, J. L. (1996). *Sexualidad Humana de McCary*. México: Manual Moderno.
- 15) Prieto, M.I. (1998). *Sexualidad Infantil*. México: Ducere.
- 16) Provenzano, S., Lange, D., Tatti, S. (2006). *Manual de Ginecología*. Argentina: Corpus.
- 17) Redondo, C., Galdó, G. (2008). *Atención al adolescente*. España: Universidad de Cantabria.
- 18) Sersiron, D. (1985). *Manual de Ginecología Pediátrica*. México: Masson.
- 19) Sinclair, D. (1975) *Human Growth after Birth*. New York: Oxford University Press
- 20) Stassen, K. (2004). *Psicología del desarrollo infancia y adolescencia*. España: Panamericana.
- 21) Stern, C., Fuentes, C., Lozano, L.R., Reynoso, F. (2003). Masculinidad y Salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. *Salud pública de México / vol.45, suplemento 1*.
- 22) Torices, I. (2006). *Tu sexualidad sin tanto rollo*. México: GEISHAD AC
- 23) Torices, I. Ávila, G. (2006). *Orientación y Consejería en Sexualidad para Personas con Discapacidad*. México: Trillas.

CAPÍTULO 5

RESPUESTA SEXUAL HUMANA

Irene Torices Rodarte

La conducta sexual humana es el producto de factores biológicos, psicológicos y sociales (el ser humano interactuando consigo mismo y con su ambiente); el profesionalista que trabaja directamente con población adolescente debería comprender todos estos aspectos y estar en condiciones de intervenir en cualquiera de estas dimensiones conjuntamente, para favorecer un desarrollo más integral de la persona.

La respuesta sexual puede iniciarse por estimulación psicológica o física a diversas partes del cuerpo, incluyendo los órganos sexuales pélvicos, habitualmente se da por una combinación de todas estas tanto en hombres como en mujeres. Ante esta respuesta, se generan en el organismo una serie de cambios físicos y emocionales que llevan a los individuos a alcanzar sensaciones altamente placenteras.

Los métodos y las técnicas utilizadas en la actividad sexual son múltiples como las personas y generan grados variables de placer. El tipo de estimulación puede considerarse adecuado si es satisfactoria y cumple la finalidad que busca la persona; es importante considerar que lo que puede ser satisfactorio para una persona, puede no serlo para otra. Sin embargo, con independencia del tipo de estimulación empleada o de lo intenso que sea el placer generado, lo habitual, aunque no lo único, como meta de la actividad sexual es el erotismo, es decir la experimentación de los fenómenos físicos y subjetivos de la respuesta sexual humana.

MODELOS DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA

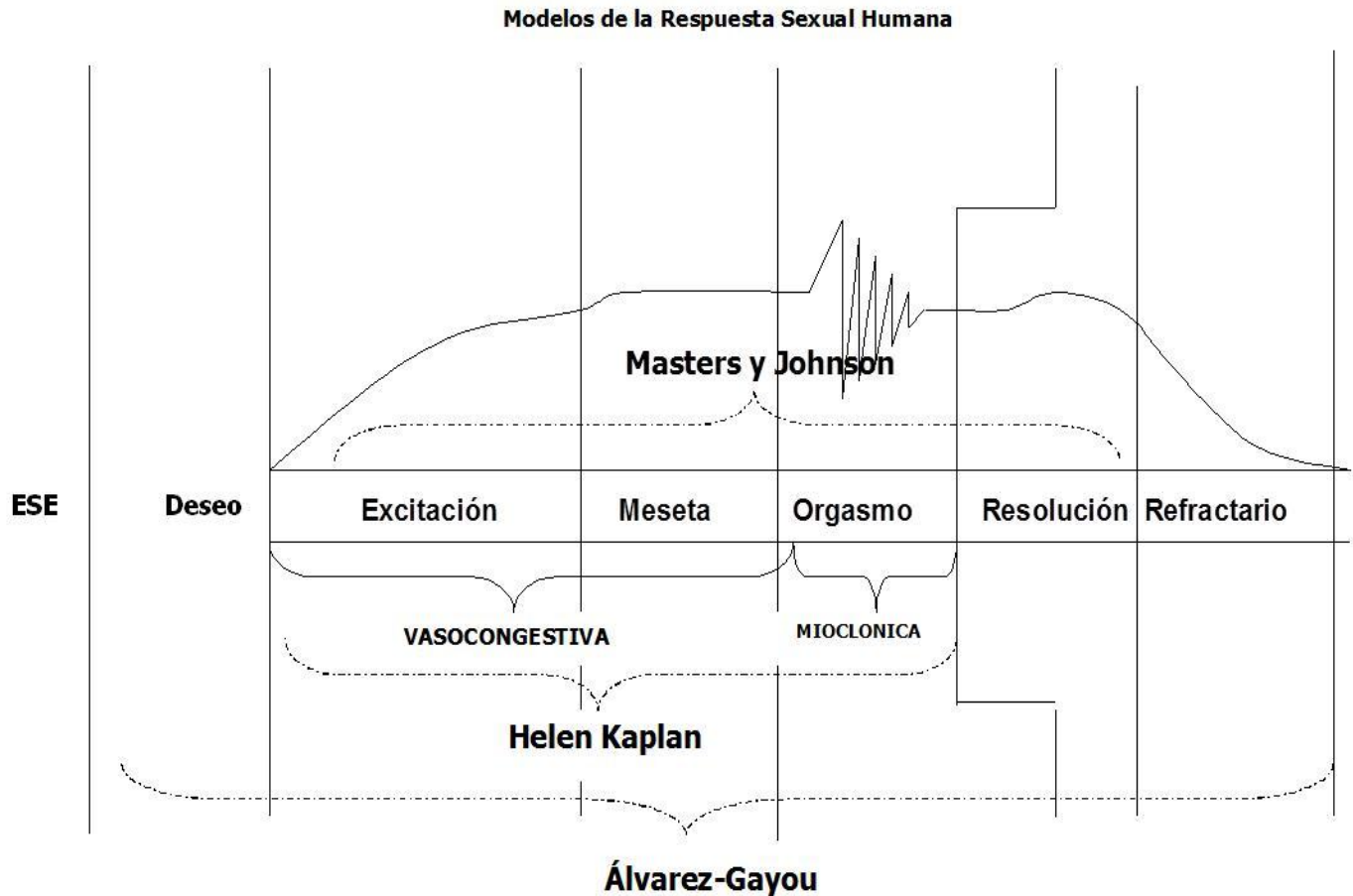
William H. Masters y Virginia E. Johnson, han sido los dos investigadores en el campo de la sexualidad que han estudiado con precisión científica la *respuesta sexual humana* (RSH) en el laboratorio y debemos muchos de los conocimientos de esta área a estos estudios, ya que hasta ahora nadie ha tratado de repetir las investigaciones de ellos y la validez científica de sus hallazgos fisiológicos es reconocida ampliamente; este conjunto de conocimientos son asociados a la respuesta sexual humana (RSH) en sí y al tratamiento de las disfunciones sexuales, pero también, a otros campos de la sexología.

Lo que se sabe de la RSH es producto de la investigación realizada en miles de individuos, de donde surgieron numerosas respuestas a las interrogantes respecto a la actividad sexual en los años 60. La respuesta sexual se ha definido como *la capacidad y forma para responder a los estímulos eróticos*, comprendiendo todos los cambios fisiológicos complejos que se producen por este tipo de acercamiento entre los individuos. Suárez, propone una definición

más completa al referir que la respuesta sexual son “los cambios anatómicos, fisiológicos, senso perceptuales y emocionales que ocurren ante un estímulo sexual efectivo” (Suárez, J.L., 02/2010, comunicación personal).

A partir del estudio de Masters y Johnson sobre la RSH, integrado por cuatro fases: Excitación, Meseta, Orgasmo y Resolución, diversos estudiosos de la sexualidad humana han propuesto otros modelos; Kaplan (1984) propone un modelo de dos fases en el que se refiere a los cambios físico generados por la estimulación sexual, la vaso congestión pélvica a partir de la excitación y la respuesta mioclónica durante la fase de orgasmo, Kaplan incorpora posteriormente una fase previa a la fase vaso congestiva a la que denomina fase de deseo.

Álvarez-Gayou (1990) propone, primordialmente por su utilidad para el estudio y clasificación de las disfunciones sexuales, un modelo de RSH que consta de las siguientes fases: estímulo sexual efectivo, excitación, meseta, orgasmo, resolución y período refractario.



Fases de la respuesta sexual humana, de acuerdo a Masters y Johnson, Kaplan y Álvarez-Gayou.

Todas estas fases se presentan en las diferentes etapas de la vida y terminan con la muerte.

CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA

Durante la actividad sexual y usando como referencia el modelo de la RSH de Álvarez-Gayou, las personas incorporan experiencias previas y aprendizajes que facilitan vivenciar cada una de éstas en forma significativa.

El *Estímulo Sexual Efectivo* (ESE) puede definirse como lo que motiva a una persona a buscar una experiencia erótica; no hay estímulos sexuales específicos o establecidos (aun cuando se quieran condicionar), existen tantos estímulos sexuales efectivos como personas hay en este mundo, lo que puede funcionar en un individuo no sirve para otros. Los ESE pueden ser psíquicos y reflexogénicos, es decir que pueden originarse dentro del propio organismo o en el exterior; los primeros son percibidos a través de los sentidos, por ejemplo: la vista, el mirar a una persona físicamente atractiva puede desencadenar el deseo sexual. Los estímulos reflexogénicos pueden ser exteroceptivos, como lo es la estimulación directa de los órganos sexuales pélvicos externos e interoceptivos, como la estimulación provocada por la vejiga llena. En la figura 2, se muestra cómo se relacionan los estímulos sexuales con los centros nerviosos; por todo esto se dice que quizás el cerebro sea la parte más sensual de nuestro cuerpo. Tanto los órganos sexuales pélvicos como los centros denominados sexuales (Kaplan, 1984), envían y reciben impulsos desde todos los centros y circuitos neuronales, aun cuando la respuesta sexual provenga de fuentes numerosas que la favorecen, como el amor y la fantasía o que la inhiben como el temor y el odio.

Si el ESE es adecuado a la persona en el momento que se presenta y, existiendo las condiciones propicias para dar continuidad a la actividad sexual, este estímulo favorece el *Deseo Sexual* esta fase hace referencia a un impulso de carácter instintivo y/o psicológico que **incita a la persona a iniciar la actividad sexual, comienza "de una manera intrincada y recíproca por todos los niveles del cerebro" (Kaplan, 1984), está relacionado con el equilibrio hormonal de andrógenos en el hombre y estrógenos en la mujer.**

Ante el incremento del deseo la *Excitación Sexual* es la respuesta más evidente, fisiológicamente se refiere a la vaso congestión pélvica derivada de la estimulación sexual que psicológicamente motiva a dar continuidad a la actividad sexual hasta liberar la tensión sexual. La excitación sexual varía de minutos a horas. La duración depende de la eficacia del estímulo, intensidad y continuidad del mismo, así como de la ausencia de estímulos físicos o psicológicos que interfieran con esta fase. Generalmente, entre más larga sea esta fase, más lo será la de resolución. Éstas son las dos fases más prolongadas del ciclo de la respuesta sexual, los cambios principales se originan por la vaso congestión pélvica, durante ésta y las otras fases habrá también cambios en diversos órganos. A nivel subjetivo, hay un aumento de tensión placentera que incrementa la excitación y el deseo también de incrementar los estímulos tanto en mujeres como en hombres (Álvarez Gayou, 1986).

La *Meseta* es una fase de excitación intensa y de corta duración a partir de la cual de continuar una estimulación sexual efectiva se concluye con el orgasmo. Desde este punto, la continuidad de la estimulación sexual, intensificará la excitación a menos que surjan eventos inhibitorios que impidan proseguir a la siguiente fase y liberar la tensión sexual acumulada.

El *Orgasmo* se ha definido como un placer intenso y subjetivo, en el que se da una especie de fuga de la conciencia que puede durar desde 3 hasta 15 segundos (en ocasiones un poco más en las mujeres). Es la fase de liberación de toda la tensión sexual por medio de contracciones mioclónicas rítmicas que se producen en la musculatura pélvica, órganos y músculos circundantes, presentándose también contracciones involuntarias de la musculatura facial y otros segmentos corporales.

Investigadores como Masters y Johnson y, Kinsey y colaboradores, los primeros durante investigación en laboratorio y los segundos a través de las entrevistas realizadas a hombres y mujeres, hacen referencia a dos tipos de orgasmo principalmente referido por mujeres: el orgasmo prolongado o status orgásmico que constituye una respuesta orgásmica que se retarda y dura de 20 segundos hasta un minuto o más. El mecanismo fisiológico que lo provoca es desconocido, pero no se considera el mismo que provoca el orgasmo múltiple el cual consiste en la capacidad de experimentar más de un orgasmo durante cada actividad sexual sin que finalice la fase de resolución. La capacidad de experimentar orgasmos prolongados o múltiples se ha atribuido principalmente a la creatividad en la actividad sexual, el aprendizaje sobre el propio cuerpo y la modificación de actitudes ante la sexualidad propia y la de otros/as.

En la percepción subjetiva del orgasmo, pueden influir varios factores como: pareja, ambiente, hora y muchos otros; es importante señalar que en cada una de las etapas de la RSH, tanto el hombre como la mujer tienen una responsabilidad individual.

La fase de *Resolución* constituye el regreso paulatino de los órganos sexuales pélvicos y el resto del cuerpo a su estado basal, después de la liberación de toda la tensión sexual. La duración de esta fase es directamente proporcional a la duración de la fase de excitación, esta reversión puede durar de 10 a 15 minutos. En la fase de resolución, por lo general, la pareja comparte la ternura de su relación y sus sentimientos, haciendo más agradable este momento si la experiencia vivida es igualmente satisfactoria.

El *Periodo Refractario* se considera como una resistencia temporal a la excitación, un estímulo que en otro momento podría ser sexualmente efectivo en este momento puede incluso ser desagradable y no cumplir su objetivo. La duración de esta etapa es muy variable y va desde minutos, horas o días, alargándose conforme aumenta la edad del individuo. Por lo general la fase de periodo refractario es más corta en las mujeres que en los hombres, lo cual hace posible la capacidad de regresar a fases previas de la RSH si el estímulo sexual efectivo se repite o continúa.

RESPUESTA SEXUAL DE LA MUJER

La respuesta sexual en la mujer dependerá tanto de factores psicológicos como físicos diversos, incluyendo la estimulación de los órganos sexuales pélvicos. Aún en nuestra cultura existen restricciones para que la mujer desarrolle su erotismo sin prejuicios así que dependerá de la educación y actitud de la mujer para buscar los estímulos sexuales que le resulten más efectivos y disfrutar de su erotismo.

El deseo sexual va cambiando durante el mes, lo cual está relacionado con los cambios hormonales propios del ciclo menstrual, alcanza un pico alrededor de la ovulación, esto se debe al incremento de los niveles de estrógenos periovulatorios (Guyton, 1997), aunque no es la única manera en que el deseo sexual se presenta de forma incrementada, también depende de estímulos ambientales que favorecen o inhiben el deseo incluso en la etapa preovulatoria.

Cuando la estimulación se da por tocamientos o caricias directas en la vulva, la vagina o el **periné, los estímulos "se transmiten a los segmentos sacros de la médula espinal a través del nervio pudendo y del plexo sacro.** Una vez que estas señales han penetrado en la médula espinal **son transmitidas al cerebro" (Guyton, 1997).** Cerca del introito vaginal y en dirección al clítoris existe tejido eréctil sumamente parecido al del pene, lo cual permite que rápidamente se llene de sangre y el introito vaginal se tense, sobre todo ante la percepción de tocamiento y la penetración de cualquier objeto; esto afecta también a las glándulas de Bartholin, para secretar un fluido que lubrica el introito vaginal, la respuesta más evidente a la estimulación sexual efectiva en las mujeres es la lubricación vaginal.

Si la estimulación sexual efectiva continua, cuando llega a su máxima intensidad, se inician movimientos involuntarios que facilitan el orgasmo, durante éste, los músculos perineales se contraen rítmicamente como resultado de la integridad de la médula espinal; estas respuestas reflejas aumentan la contracción repetida de los músculos del útero y de las tubas uterinas durante el orgasmo, lo que podría ayudar, en una relación heterosexual en donde hubo penetración del pene, al transporte de los espermatozoides a través del útero hacia el ovario, por dilatación del conducto cervical hasta por 30 minutos, aunque sobre esto no existe aún investigación científica suficiente para darlo como un hecho.

Las intensas sensaciones que se producen en el orgasmo se dirigen al cerebro para provocar una tensión muscular en todo el cuerpo (Guyton, 1997) como respuesta a esta tensión muscular generalizada se presenta el denominado *reflejo carpo pedal* que se observa al flexionar las extremidades superiores y extender las inferiores, toda esta tensión muscular se libera al presentarse las contracciones mioclónicas durante el orgasmo, estas suceden a intervalos de 0.8 segundos.

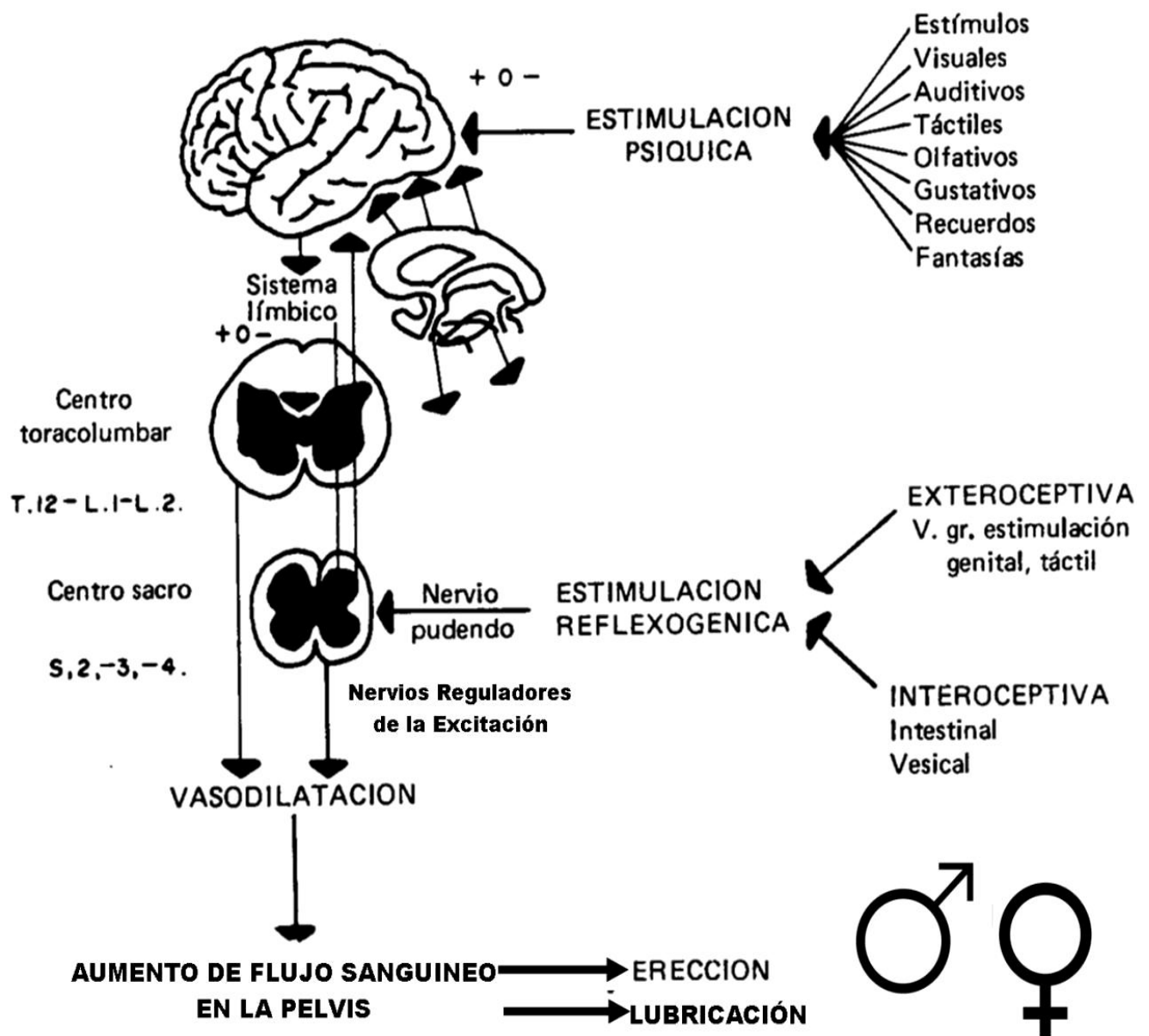
RESPUESTA SEXUAL DEL HOMBRE

Desde un punto de vista fisiológico, la fuente física de estímulos más sensible para que se genere la respuesta sexual del hombre es el glande del pene, es un órgano especialmente sensible, contiene terminaciones nerviosas altamente organizadas que transmiten lo que se ha **denominado "sensaciones sexuales"**, éstas provocan la respuesta sexual. Los tocamientos sobre el glande, el escroto, ano y estructuras perineales en general; provocan directamente la respuesta sexual. Estas sensaciones pueden originarse también en órganos internos por irritación, inflamación o producción de secreciones como las causadas por infecciones en la uretra, vejiga, próstata, vesículas seminales, testículos o conducto deferente; pudiendo presentarse una respuesta eréctil refleja de manera continua a causa de dichos estímulos.

Los estímulos psicológicos (que varían en cada persona) pueden favorecer la respuesta sexual sin tocamiento directo a los órganos sexuales: pensamientos, sueños, fantasías, recuerdos de experiencias, inclusive el ver a alguna persona que le parezca atractiva, puede llegar a provocar orgasmos. Estos factores psicológicos desempeñan un papel importante en la respuesta sexual para propiciarla o inhibirla.

Cuando el estímulo sexual es sumamente intenso se inicia la emisión, prelude de la eyaculación, para expulsar los espermatozoides hacia la uretra como consecuencia del peristaltismo reflejo de los conductos deferentes, de las vesículas seminales y la contracción del músculo liso de la próstata, al mismo tiempo se expelen el líquido prostático y seminal, estos líquidos se mezclan en la uretra interna con el moco secretado por las glándulas bulbo uretrales para formar el semen.

La expulsión del semen, llamada eyaculación, ocurre tras el llenado de la uretra interna estimulando la contracción rítmica de los órganos sexuales pélvicos internos causando la contracción de los músculos isquiocavernosos y bulbo cavernosos que comprimen las bases del tejido eréctil del pene. La eyaculación, la mayoría de las veces, se acompaña de sensaciones subjetivas placenteras, por lo que para muchos es sinónimo de orgasmo; es importante aclarar que no todas las veces el orgasmo se acompaña de la eyaculación o la eyaculación se acompaña del orgasmo.

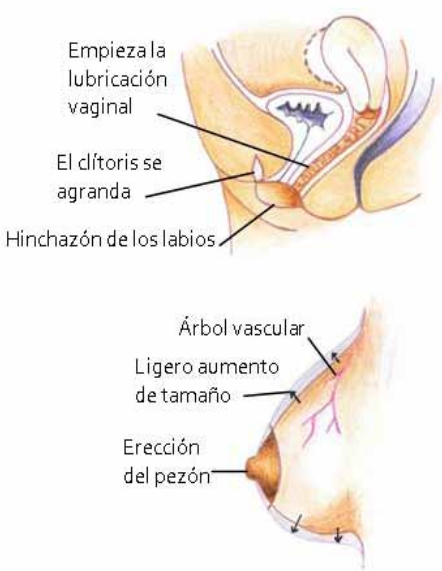
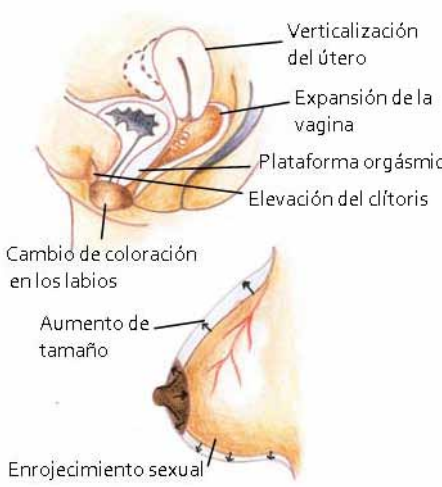


Mecanismos neurofisiológicos de la respuesta sexual humana

CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS DE LOS ÓRGANOS SEXUALES PÉLVICOS DURANTE LAS DIFERENTES FASES DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA.

Si bien la fisiología de la respuesta sexual en hombres y mujeres es básicamente la misma, la respuesta principalmente en los órganos sexuales pélvicos difiere en razón de su constitución anatómica, para facilitar la comprensión de los cambios a los que se hace referencia se presentan las tablas en las que se describe e ilustra en la primera, los cambios durante las diferentes fases de la respuesta sexual en las mujeres y en la segunda de los hombres.

Cambios anatómicos y fisiológicos de los órganos sexuales pélvicos de la mujer durante las diferentes fases de la respuesta sexual humana.

FASE	CAMBIOS EN LOS ÓRGANOS SEXUALES PÉLVICOS	
ESE	Se motiva la búsqueda de la experiencia erótica.	
Deseo	Se genera un impulso de carácter instintivo y/o psicológico que incita a la persona a iniciar la actividad sexual.	
Excitación	<p>Lubricación del conducto vaginal. Dilatación y alargamiento de los 2/3 internos de la vagina. Abombamiento del fondo vaginal. Cambio de coloración de la vagina a púrpura intenso. Aparición de piel sexual. Aumento del tamaño del útero, inicio de la verticalización del mismo. Adelgazamiento, aplanamiento y elevación de los labios mayores. Separación de los labios mayores por incremento de su tamaño para exponer el orificio vaginal. Incremento de tamaño de los labios menores, dilatación de los mismos al doble o triple de su espesor habitual. Incremento del tamaño del clítoris. Erección de los pezones y aumento de tamaño de los pechos. Tumefacción de las areolas. Aparición del "árbol vascular" en los pechos.</p>	
Meseta	<p>Reducción del diámetro vaginal. Congestión del tercio externo de la vagina: "plataforma orgásmica". Abombamiento máximo del fondo de vagina. Verticalización máxima del útero. Intensificación de los cambios en los labios mayores y menores. Cambio de coloración de labios menores a rojo escarlata. Retracción del cuerpo del clítoris y el glande dentro del capuchón clitorideo. Aparente reducción de la longitud del clítoris. Los pechos y las areolas aumentan su tamaño al máximo.</p>	

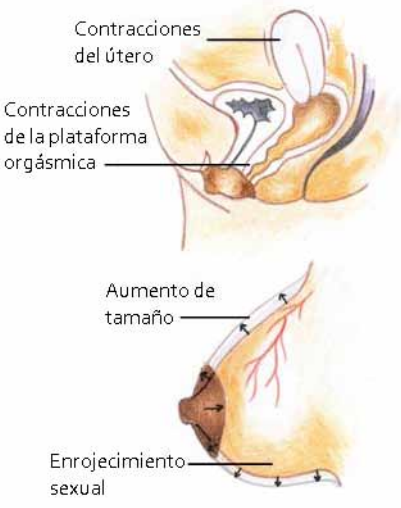
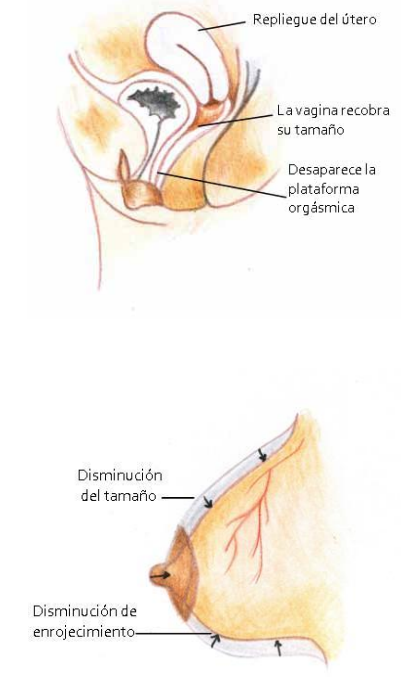
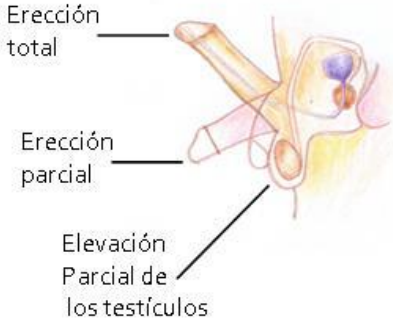
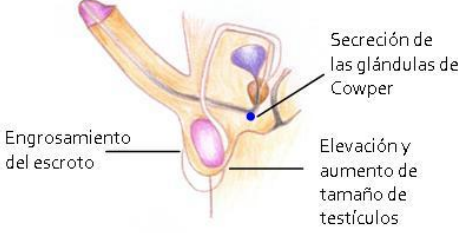
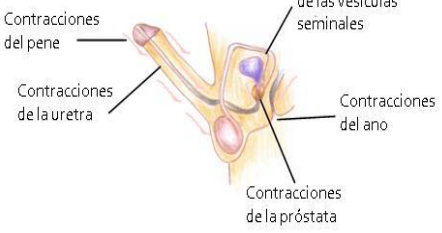
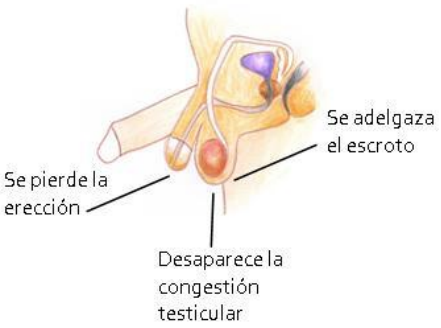
FASE	CAMBIOS EN LOS ÓRGANOS SEXUALES PÉLVICOS	
Orgasmo	<p>Contracción intensa de la plataforma orgásmica.</p> <p>Contracciones uterinas que inician después de las primeras sensaciones de orgasmo y se extienden del fondo de útero al cérvix.</p> <p>Retracción persistente del clítoris.</p> <p>Contracciones involuntarias de la zona perineal a intervalos de 0.8 segundos que se concentran en la vulva, recto y parte baja del abdomen.</p>	 <p>Contracciones del útero</p> <p>Contracciones de la plataforma orgásmica</p> <p>Aumento de tamaño</p> <p>Enrojecimiento sexual</p>
Resolución	<p>Desaparición de la plataforma orgásmica.</p> <p>Disminución lenta del abombamiento del fondo vaginal.</p> <p>Regreso del útero a su posición y tamaño habitual.</p> <p>Disminución del tamaño de labios mayores y menores hasta cubrir el introito vaginal.</p> <p>Retorno de la coloración de labios mayores y menores a su tono habitual.</p> <p>Regreso del clítoris a su tamaño y posición inicial.</p> <p>Pérdida de erección de los pezones.</p> <p>Disminución gradual del tamaño de los pechos.</p> <p>Desaparición del rubor sexual en sentido inverso a su aparición (espalda, abdomen, pechos, cuello y cara).</p> <p>Aparición de sudoración ligera sobre el pecho, espalda, muslos y tobillos.</p>	 <p>Repliegue del útero</p> <p>La vagina recobra su tamaño</p> <p>Desaparece la plataforma orgásmica</p> <p>Disminución del tamaño</p> <p>Disminución de enrojecimiento</p>
Refractario	Se considera como una resistencia temporal a la excitación, un estímulo que en otro momento podría ser sexualmente efectivo en este momento puede incluso ser desagradable y no cumplir su objetivo.	

Tabla 2: Cambios anatómicos y fisiológicos de los órganos sexuales pélvicos del hombre durante las diferentes fases de la respuesta sexual humana.

FASE	CAMBIOS EN LOS ÓRGANOS SEXUALES PÉLVICOS	
ESE	Se motiva la búsqueda de la experiencia erótica.	
Deseo	Se genera un impulso de carácter instintivo y/o psicológico que incita a la persona a iniciar la actividad sexual.	
Excitación	<p>Erección del pene por llenado de los cuerpos cavernosos.</p> <p>Ensanchamiento de la uretra.</p> <p>Elevación de los testículos hacia el periné.</p> <p>Piel sexual que inicia en el abdomen, pecho, cuello y cara.</p> <p>Erección de los pezones.</p>	 <p>Erección total</p> <p>Erección parcial</p> <p>Elevación Parcial de los testículos</p>
Meseta	<p>La corona del glande se pone turgente y aumenta la coloración debajo de ella.</p> <p>La base de la uretra aumenta hasta el triple de su tamaño.</p> <p>Elevación máxima de los testículos hacia el periné.</p> <p>Incremento del tamaño de los testículos hasta un 50% en relación al tamaño habitual.</p> <p>Secreción de líquido mucoide de las glándulas de Cowper</p>	 <p>Secreción de las glándulas de Cowper</p> <p>Engrosamiento del escroto</p> <p>Elevación y aumento de tamaño de testículos</p>
Orgasmo	<p>Contracción cada 0.8 segundos de los conductos eferentes, epidídimo, conductos deferentes, vesículas seminales, conductos eyaculatorios y porción muscular de la próstata para expulsar el semen a través de la uretra.</p> <p>Distensión rápida de la base de la uretra, señal de orgasmo inminente.</p> <p>Incremento del rubor sexual paralelo a la intensidad del orgasmo.</p> <p>Contracción del esfínter rectal.</p>	 <p>Contracciones del pene</p> <p>Contracciones de la uretra</p> <p>Contracciones de las vesículas seminales</p> <p>Contracciones de la próstata</p> <p>Contracciones del ano</p>

FASE	CAMBIOS EN LOS ÓRGANOS SEXUALES PÉLVICOS	
Resolución	<p>Pérdida de la erección del pene en dos etapas, la primaria al inicio de la fase y la secundaria al inicio del periodo refractario.</p> <p>Distensión lenta del escroto y disminución del tamaño de los testículos.</p> <p>Reversión rápida de los cambios en los tejidos y en los órganos sexuales pélvicos.</p> <p>Desaparición del rubor sexual en forma inversa a su aparición.</p> <p>Reacción transpiratoria inmediatamente después de la eyaculación.</p>	
Refractario	<p>Se considera como una resistencia temporal a la excitación, un estímulo que en otro momento podría ser sexualmente efectivo en este momento puede incluso ser desagradable y no cumplir su objetivo.</p>	

Además de los cambios en los órganos sexuales pélvicos de la mujer y del hombre, durante la respuesta sexual humana ocurren cambios en otros aparatos y sistemas que son comunes a ambos sexos como se refiere a continuación:

Función corporal	Fase de excitación	Fase de meseta	Fase de orgasmo	Fase de resolución
Frecuencia respiratoria	No hay cambios.	Incremento de la frecuencia al final de la fase.	La frecuencia respiratoria alcanza 40 respiraciones por minuto. La intensidad y duración dependen del grado de tensión sexual.	Desaparece mientras transcurre la fase y hasta el inicio del período refractario.
Frecuencia cardíaca	Aumenta de modo paralelo a la tensión sexual.	Se registran frecuencias de 100 a 175 latidos por minuto.	Los registros son de 110 a 180 latidos por minuto.	Retorno al estado basal.
Presión arterial	Elevación paralela a la tensión sexual sin relación con la técnica de estimulación.	Elevación de la presión sistólica de 20-80 mm Hg, la diastólica de 10-40 mm Hg.	Elevación de la presión sistólica de 40-100 mm Hg, la diastólica de 20-50 mm Hg.	Retorno al estado basal.
Transpiración	No se observa.	No se observa.	No se observa.	Aparición de una fina capa de sudor relacionada con intensidad de la actividad sexual.
Cambios en la pigmentación de la piel (rubor sexual)	No se observa.	Enrojecimiento que empieza en el epigastrio y se expande en el pecho, cuello, cara, frente y a veces en hombros y brazos.	Enrojecimiento bien desarrollado cuya intensidad es paralela a la del orgasmo.	Rápida desaparición del enrojecimiento en sentido inverso a su aparición.

Función corporal	Fase de excitación	Fase de meseta	Fase de orgasmo	Fase de resolución
Tono muscular	Tensión muscular voluntaria, evidencia de actividad involuntaria (tensión de la musculatura abdominal e intercostal).	Nuevo aumento de la tensión voluntaria e involuntaria, contracción semiespástica de musculatura facial, abdominal e intercostal.	Pérdida del control voluntario, contracciones involuntarias y espasmos de diversos grupos musculares. Se presenta el reflejo carpo-pedal.	Rara vez se prolonga más de 5 min., pero no desaparece con tanta rapidez como la vasodilatación.

Aun cuando los cambios físicos en los órganos sexuales pélvicos no sean evidentes, no hay razón para pensar que la percepción subjetiva de placer y el resto de las manifestaciones que acompañan a la experiencia erótica puedan estar ausentes.

Es importante una vez más destacar que los factores emocionales de las relaciones humanas influyen en los aspectos físicos y en el grado de satisfacción que puede obtenerse en la actividad sexual.

Bibliografía

- 1) Álvarez-Gayou, J. L. (1986). Sexoterapia integral. México: Manual Moderno.
- 2) Álvarez-Gayou, J. L. (1990). Elementos de Sexología. México: McGraw Hill.
- 3) Carpenter, M. B. (1980). Fundamentos de Neuroanatomía. Argentina: El Ateneo.
- 4) DeGroot, J., & Chusid, J. (1989). Neuroanatomía Correlativa. México: El Manual Moderno.
- 5) Guyton, A. C. (1989). Anatomía y Fisiología del Sistema Nervioso. Argentina: Panamericana.
- 6) Guyton, A., & Hall, J. (1997). Tratado de Fisiología Médica. México: Interamericana McGraw-Hill.
- 7) Kaplan, S. H. (1984). La Nueva Terapia Sexual. España: Grijalbo.
- 8) Kiernan, J. (1998). El Sistema Nervioso Humano. México: McGraw-Hill Interamericana.
- 9) Latarjet, M., & Ruiz, A. (1991). Anatomía Humana. México: Panamericana
- 10) Masters, W. H., Johnson, V. E. (1978). Respuesta Sexual Humana. Argentina: Intermédica.
- 11) Moore, K. (1995). Anatomía con Orientación Clínica. Argentina: Panamericana.
- 12) Valadez, J. (1998). Neuroanatomía Funcional. México: Laboratorio Universitario de Neuroanatomía Funcional.

Irene Torices Rodarte

Todos los días, casi un millón de personas contraen una infección de transmisión sexual (ITS), como la causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); esas infecciones dan lugar a síntomas agudos, infecciones crónicas y graves consecuencias al cabo de cierto tiempo, como infertilidad, embarazo ectópico, cáncer cervicouterino y defunciones prematuras de lactantes y adultos. La presencia de otras ITS como sífilis, chancro o infección por virus del herpes, aumenta enormemente el riesgo de contraer o transmitir el VIH. Nuevas investigaciones parecen indicar que se da una interacción muy importante entre la infección muy temprana por VIH y otras ITS.

Esa interacción podría explicar un 40% o más de los casos de transmisión del VIH. A pesar de la evidencia acumulada, los esfuerzos para controlar la propagación de las ITS han perdido impulso en los últimos años pues los esfuerzos se han reorientado hacia las terapias contra el VIH.

Cada año se registran en todo el mundo más de 340 millones de casos nuevos de infecciones bacterianas y protozoarias de transmisión sexual. Entre las mujeres, las infecciones gonocócicas y clamidianas no tratadas pueden dar lugar a enfermedad pélvica inflamatoria hasta en un 40% de los casos, uno de cada cuatro de esos casos provoca infertilidad.

En el embarazo, la sífilis temprana no tratada puede provocar una tasa de mortinatalidad del 25% y un 14% de las muertes neonatales, lo que significa aproximadamente un 40% de la mortalidad perinatal global.

El desarrollo de nuevas vacunas contra la infección por papilomavirus humano podría evitar la muerte prematura de aproximadamente 240,000 mujeres por cáncer cervicouterino cada año en los entornos con pocos recursos.

A nivel mundial, hasta 4000 recién nacidos quedan ciegos cada año como consecuencia de infecciones oculares atribuibles a infecciones gonocócicas y clamidianas maternas no tratadas (OMS, 2007).

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son aquellas que se propagan por contacto sexual, son causadas por las prácticas sexuales sin protección; estas infecciones van en aumento cada año, lo cual constituye un problema de salud pública en todo el mundo.

FACTORES DE RIESGO PARA CONTRAER INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Pese a los progresos en el diagnóstico y tratamiento de las ITS, su incidencia ha aumentado, entre los factores responsables de este paradójico incremento destacan: los cambios en el comportamiento sexual de las personas –particularmente de las y los adolescentes- la existencia de prácticas mucho más variadas, la aparición de cepas de microorganismos menos sensibles a la acción de los antibióticos, el carácter altamente móvil y viajero de la población mundial actual, el incremento en el nivel de actividad sexual, la ignorancia de la realidad actual en relación a las ITS por parte del personal de salud y del público en general y, la reticencia de muchas personas a buscar tratamientos cuando sospechan la infección.

El control de las ITS depende de varios factores: disponer de los medios adecuados para poder realizar el diagnóstico y el tratamiento, buscar y tratar a todos los contactos sexuales de las personas infectadas, mantener en observación a las personas en tratamiento, practicar una educación de la sexualidad formal con médicos, enfermeras y población en general, realizar acciones de consejería dirigidas a las personas infectadas para promover los comportamientos sexuales responsables e investigar y desarrollar métodos para conseguir una inmunidad artificial contra las infecciones.

Medios de transmisión (Carrera, 1982).

- Coito vaginal y/o anal.
- Contacto de la boca con los órganos sexuales o el ano.
- Contacto boca a boca.
- Contacto de la boca o los órganos sexuales con otras zonas infectadas

Grupos de riesgo

Las infecciones transmitidas sexualmente pueden afectar a cualquier parte del cuerpo; sus efectos no se limitan a los órganos sexuales, casi todas las personas sexualmente activas y que tienen más de una pareja pueden contraer ITS si no utilizan ningún método de barrera para evitarlas.

El grupo de edad que está en mayor riesgo es el de los 15 a los 24 años, las adolescentes en especial son más vulnerables que los hombres por motivos biológicos, sociales y económicos.

Las ITS afectan sobre todo a poblaciones marginadas que tienen problemas especiales para acceder a los servicios de atención de salud, garantizar el nivel de apoyo necesario para alcanzar a esos grupos con intervenciones eficaces constituye un arduo reto, pero los beneficios para la salud pública son sustanciales (OMS, 2007).

Mitos sobre las infecciones de transmisión sexual

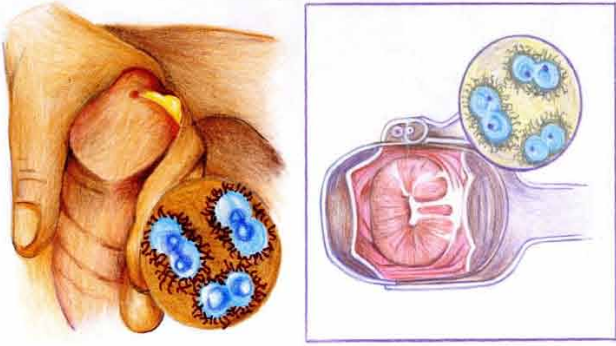
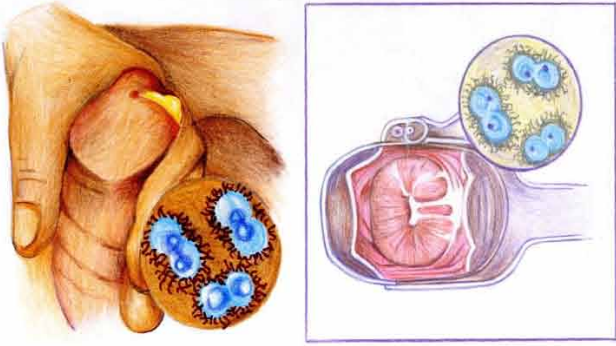
De acuerdo con Carrera (1982), son innumerables los mitos que hay alrededor de las infecciones de transmisión sexual, veamos algunos:


- La masturbación causa ITS.
- Tomar la píldora, llevar un DIU, proporciona alguna protección contra las ITS.
- Los hombres que eyaculan prematuramente son menos propensos a contraer una ITS.
- Una inyección de penicilina de vez en cuando evita las ITS.
- Los spray y desodorantes vaginales proporcionan alguna protección contra las ITS.
- Lavarse con jabón y agua caliente puede curar las ladillas.
- Los hombres que adquirieron gonorrea, tienen siempre síntomas.
- Una vez curada una ITS, no se puede contraer nuevamente.
- Las pruebas para detectar las ITS son complicadas y dolorosas.
- Las ITS se dan sólo entre la gente pobre e inculta.
- Si tienes relaciones sexuales con alguien que padece una ITS, no te contagias automáticamente.
- No puede saberse si alguien tiene una ITS examinando sus órganos sexuales.
- Puede saberse si una persona tiene una ITS con sólo mirarla.
- Las ITS pueden curarse con remedios caseros y hierbas especiales.
- No se contrae una ITS, si no se realiza el coito.
- Las personas se pueden curar a sí mismas de las ITS.
- La manera más fácil de contraer ITS es en los baños y las albercas.


La información sobre las infecciones de transmisión sexual suele no ser suficiente para erradicar los mitos alrededor de estas y, en consecuencia disminuir su incidencia. La educación formal de la sexualidad constituye la herramienta más útil para su detección y atención.

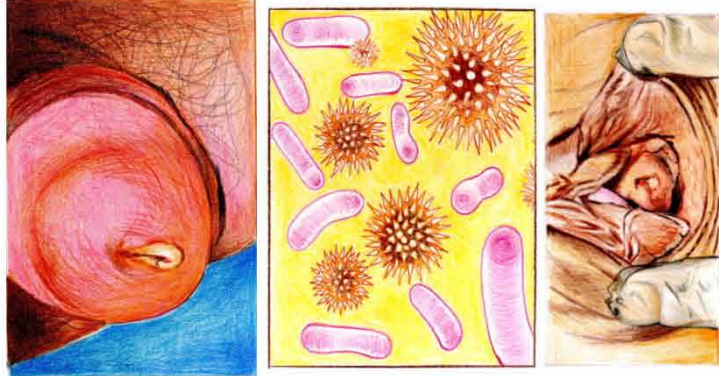
Las infecciones de transmisión sexual imponen a las personas y a las naciones en su conjunto una pesada carga económica y una considerable pérdida de productividad. Los costos - médicos o de otra índole- asociados a ellas pueden ser directos: imputables al pago de servicios y de material o indirectos: achacables al tiempo que una persona infectada pasa sin poder desempeñar una actividad productiva (desplazándose a otro lugar para recibir tratamiento, esperando atención en el centro de salud o sometiéndose a diversos procedimientos de diagnóstico y tratamiento). La magnitud de la carga mundial de infecciones causadas por agentes patógenos de transmisión sexual distintos del VIH es tal, que dichas infecciones son ya por sí mismas un problema de salud pública y deben ser sometidas al control pertinente.

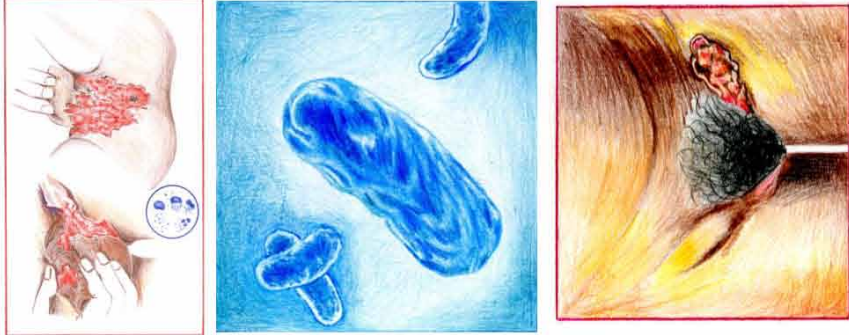
CUADRO DESCRIPTIVO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

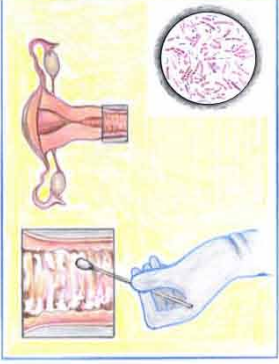
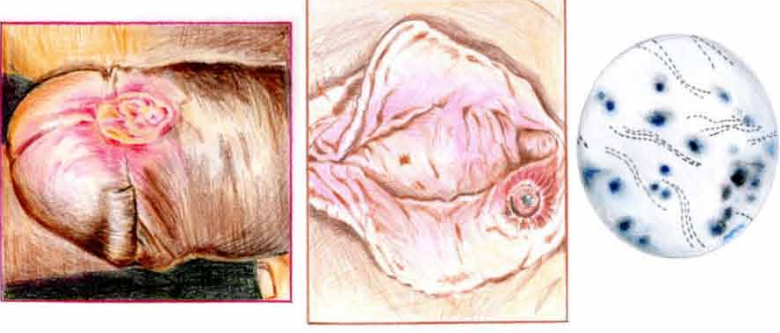
Denominación médica y nombre popular	Agente causal	Síntomas	Vías de transmisión	
Gonorrea <i>Purgación,</i> <i>Blenorragia</i>	Bacteria Neisseria gonorrhoeae	<p>La infección puede ocurrir en el recto, el pene, el cuello uterino o en la garganta.</p> <p>Hombres y mujeres pueden no tener síntomas y, a veces los síntomas pueden parecerse a los de una infección del tracto urinario o de la vejiga. Las personas infectadas que no muestran síntomas visibles pueden transmitir la infección.</p> <p>En cuanto a los síntomas visibles, por lo general pueden aparecer dentro de dos a siete días después de la infección, pero puede tardar hasta 30 días para manifestarse. Las infecciones de la garganta pueden causar dolor, aunque esos síntomas son poco comunes.</p> <p>Síntomas en las mujeres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una sensación de ardor durante la micción • flujo sanguinolento, picazón o dolor en el recto • dolor y/o sangrado vaginal • flujo vaginal amarillento <p>Algunos hombres pueden mostrar síntomas leves o ninguno en absoluto.</p> <p>Síntomas en los hombres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • secreción del pene • sensación de ardor durante la micción • dolor o hinchazón en los testículos <p>Síntomas de infección rectal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • secreción, picazón o sangrado anal • dolor con la defecación <p>Complicaciones: Si no se trata, la gonorrea puede causar enfermedad inflamatoria pélvica en las mujeres que pueden causar dolor pélvico crónico, infertilidad y embarazo ectópico.</p> <p>La madre puede infectar a su bebé durante el parto, causando una grave infección ocular o ceguera. En los hombres, la infección puede producir una prostatitis (inflamación de la próstata), así como epididimitis (inflamación del epidídimo) que puede causar infertilidad. La gonorrea aumenta el riesgo de transmisión del VIH.</p> <p>Tanto en hombres como en mujeres, la gonorrea puede afectar a las articulaciones, la piel, el corazón y el cerebro y causar un daño permanente.</p>	<p>La gonorrea se transmite a través de relaciones sexuales orales, anales y vaginales con una persona infectada. Una madre infectada también puede transmitir la infección a su bebé durante el parto.</p>	

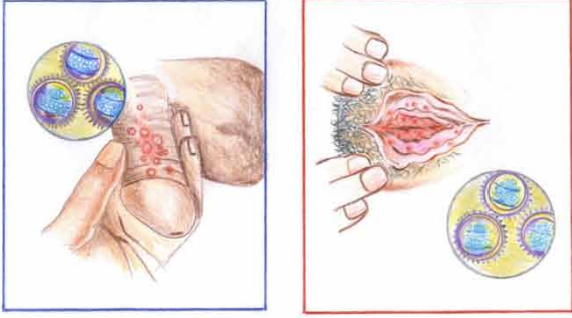
Denominación médica y nombre popular	Agente causal	Síntomas	Vías de transmisión	
Clamidia	Bacteria Chlamydia trachomatis	<p>La clamidia puede infectar el cérvix, el recto o la uretra. A veces puede infectar la garganta después de realizar el sexo oral. La infección también puede propagarse de una zona infectada a los ojos, estas infecciones en los ojos pueden ser muy graves y causar ceguera.</p> <p>La mayoría de las personas infectadas con clamidia no presenta síntomas. Los síntomas suelen aparecer dentro de un rango de dos días a dos semanas después de que la infección fue adquirida, pero puede tardar más en manifestarse. La clamidia es normalmente más grave en mujeres que en hombres, pero las mujeres son más propensas que los hombres a tener síntomas.</p> <p>Síntomas de las mujeres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sensación de ardor al orinar, • flujo vaginal o un cambio en el flujo normal, • sangrado intermenstrual, • sangrado durante o después de la penetración, • dolor abdominal durante la menstruación o la actividad sexual, • dolor abdominal o lumbar persistente, • fiebre y escalofríos ocasionales. <p>Síntomas en los hombres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • picazón en el pene, • dolor al orinar, • flujo del pene, • dolor o hinchazón en los testículos en algunos casos, • aproximadamente el 50% de los hombres no tienen síntomas y algunos tienen síntomas leves. <p>Síntomas de infección rectal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pérdida de heces, • enrojecimiento, • dolor con las deposiciones, • picazón. <p>Complicaciones: En las mujeres, la clamidia puede causar enfermedad inflamatoria pélvica, lo que significa que la infección se ha diseminado a los órganos sexuales internos. Esto puede causar infertilidad, dolor pélvico crónico y embarazo ectópico. Los síntomas de la enfermedad inflamatoria pélvica pueden incluir una secreción vaginal de mal olor, fiebre o dolores musculares. La clamidia también puede causar dificultades para que una mujer se embarace, durante el embarazo, propiciar el aborto espontáneo; partos prematuros y bajo peso en el recién nacido. A veces la madre puede transmitir la infección al neonato durante el paso por el canal de parto, lo que resulta en una infección ocular, pulmonar o incluso neumonía.</p> <p>En los hombres, la clamidia puede causar a veces la inflamación en la próstata y de la uretra y el epidídimo. En raras ocasiones, puede causar infertilidad o síndrome de Reiter, que causa síntomas tales como erupciones, ampollas y dolor de las articulaciones similares a la artritis. La clamidia también aumenta el riesgo de transmisión del VIH.</p>	<p>La clamidia puede transmitirse a través del sexo oral, anal o vaginal sin protección.</p>	

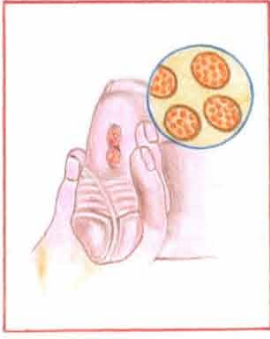
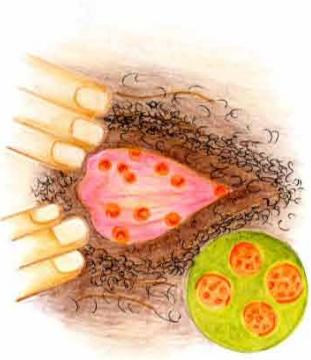
Denominación médica y nombre popular	Agente causal	Síntomas	Vías de transmisión	
<p>Sífilis <i>Lúes Napolitano</i></p>	<p>Bacteria <i>Treponema pallidum</i></p>	<p>La sífilis no tratada puede pasar por cuatro etapas: primaria, secundaria, latente y terciaria. Es más infecciosa en las dos primeras etapas y hace mayor daño durante las etapas latente y terciaria. La sífilis produce una amplia gama de síntomas que imitan a otras enfermedades. Por esta razón, se le apoda "el gran imitador" y es a menudo muy difícil de diagnosticar. La sífilis tiene síntomas diferentes en cada etapa de la infección, sin embargo, algunas personas podrían no reconocer los síntomas en absoluto durante algunas etapas. Las personas con pocos o ningún síntoma pueden contagiar a otras y la sífilis puede progresar a etapas más avanzadas, a lo largo de la progresión de la infección de una etapa a otra, los síntomas pueden desaparecer sin tratamiento, esto no significa que la infección haya desaparecido. Se podría pensar que la infección se ha curado después de que los síntomas desaparecen, pero persisten a largo plazo y pueden causar daño grave y permanente al corazón, cerebro, huesos o vasos sanguíneos.</p> <p>Etapas primaria: El principal síntoma es sólo un chancro abierto en el sitio de la infección, principalmente en los órganos sexuales pélvicos externos, el ano o la garganta, esta lesión aparece principalmente entre los 10 y 90 días después de la exposición a la infección (promedio 21 días), se cura espontáneamente en un plazo de tres a ocho semanas; debido a que el chancro no es doloroso y desaparece, algunas personas no son tratadas e incluso pueden olvidarse de la úlcera por completo después de algún tiempo, si la úlcera crece, es muy importante recibir tratamiento.</p> <p>Etapas secundaria: Por lo general se produce tres meses después de haberse infectado, los síntomas son similares a los de la gripe y pueden incluir la pérdida del cabello (incluyendo cejas y pestañas), dolor muscular y articular, erupciones cutáneas (especialmente en las palmas y las plantas de los pies), fiebre e inflamación de las glándulas. Las personas con sífilis en la etapa secundaria pueden no sentirse bien y perder peso. Estos síntomas también desaparecen por sí solos, por lo general duran entre tres y doce semanas, pero puede persistir durante años hasta que la infección pasa a la etapa latente. En la fase latente, la persona puede tener recurrencia de los síntomas de la sífilis secundaria.</p> <p>Fase latente: Es un período caracterizado por ser asintomático; sin embargo, aún puede transmitirse la infección, la bacteria que causa la sífilis puede continuar multiplicándose e infectando el cuerpo. Una persona en la fase latente puede, en ocasiones, volver a presentar los síntomas de la etapa secundaria, esta fase puede durar entre uno y treinta años.</p> <p>Etapas terciarias: La etapa terciaria se produce en el 40% de las personas infectadas no tratadas; esta etapa es muy destructiva, a largo plazo da lugar a diversas complicaciones de salud importantes; estas complicaciones pueden incluir daños importantes internos o externos como, los trastornos cardiovasculares, mentales (demencias) y graves daños a otros órganos como ojos y oídos; en algunos casos, pueden causar la muerte.</p>	<p>La sífilis es una infección de transmisión sexual a través del contacto sexual anal, vaginal u oral. Una mujer embarazada infectada puede transmitir la infección al feto.</p>	

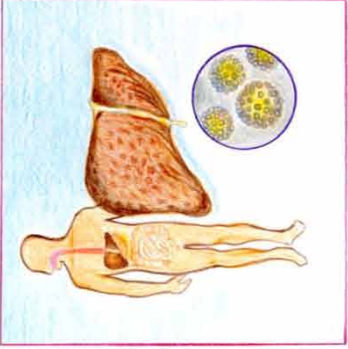
<p>Denominación médica y nombre popular Uretritis inespecífica o no gonocócica</p>	<p>Agente causal Bacteria Ureaplasma urealyticum</p>	<p>Síntomas Síntomas en los hombres: Leve disuria y malestar en la uretra con exudado mucopurulento, sobre todo por la mañana cuando los bordes del meato urinario están pegados por las secreciones secas. Síntomas en las mujeres: La mayoría son asintomáticas aunque pueden presentar disuria, poliaquiuria, dolor pélvico, dispareunia y exudado mucopurulento amarillento. Complicaciones: Epididimitis, proctitis, estenosis uretrales, bartholinitis, faringitis, cervicitis, endometritis, salpingitis. Síndrome de Reiter (uretritis, artritis y conjuntivitis o uveítis), oftalmia clamidiásica del recién nacido.</p>	<p>Vías de transmisión Pueden adquirirse como colonización al momento del parto. Menos del 10% de pre-púberes están colonizados con Ureaplasmas. Los Ureaplasmas se encuentran en cultivos vaginales del 50% de las pacientes atendidas en el sector privado y 80% de las mujeres atendidas en el sector público de salud. Puede adquirirse también por contacto sexual.</p>	
---	---	--	--	--


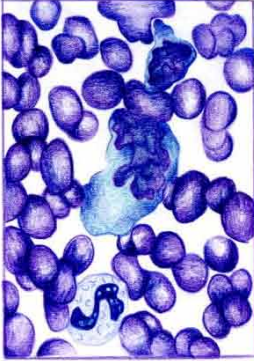

<p>Denominación médica y nombre popular Linfogranuloma inguinal <i>Donovanosis</i></p>	<p>Agente causal Bacteria Klebsiella granulomatis</p>	<p>Síntomas</p> <p>La lesión inicial es un nódulo eritematoso, de color rojizo e indoloro, lentamente se va a transformar en una masa granulomatosa redonda, elevada y aterciopelada. Ya presente la primo infección, ésta se irradia por continuidad y por auto inoculación.</p> <p>La infección se caracteriza por úlceras en órganos sexuales pélvicos indoloras que puede confundirse con sífilis, conforme progresa la infección hay destrucción de tejidos internos y externos con secreción mucosa sanguinolenta. La naturaleza destructiva de esta bacteria incrementa el riesgo de infección por otros organismos patógenos, es una reacción inflamatoria nodular e inguinal focalizada en la región inguinal, que comúnmente se afecta con esta infección. Los pequeños nódulos indoloros aparecen después de diez a cuarenta días del contacto con la bacteria, más tarde los nódulos revientan, originando lesiones extensas abiertas y mutilantes del tejido infectado; la infección continuará destruyendo el tejido hasta que se dé el tratamiento adecuado. Las lesiones ocurren en la región de contacto, suelen encontrarse en el cuerpo del pene, la vulva o la región perianal, rara vez las paredes vaginales o cuello uterino son afectados por la infección.</p> <p>Coexiste con fiebre, cefalea, artralgias, anorexia, vómitos, dorsalgias, y malestar general.</p> <p>Complicaciones: La inflamación crónica de los vasos linfáticos provoca la aparición de edema, úlceras y fistulas y puede terminar con elefantiasis, anemia, caquexia, diseminación hematológica a huesos, articulaciones e hígado.</p>	<p>Vías de transmisión</p> <p>Se propaga de un huésped a otro través del contacto con las úlceras abiertas. El contacto oral, vaginal o anal son de alto riesgo al tener actividad sexual con alguien que está infectado.</p>	
--	---	---	--	--

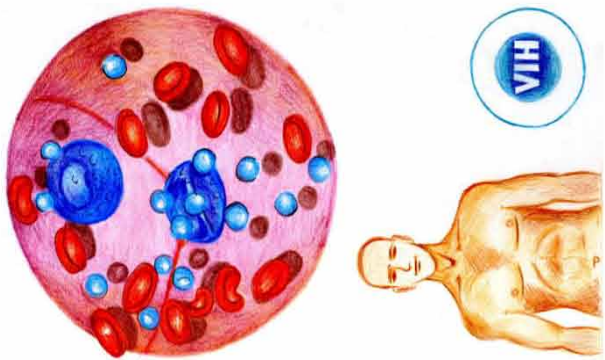
Denominación médica y nombre popular	Agente causal	Síntomas	Vías de transmisión	
Vaginosis bacteriana (VB)	Bacteria Gardnerella vaginalis	Las señales de aparición de la vaginosis bacteriana podrían incluir un mal olor como el de pescado y también la descarga de un flujo claro, lechoso o plomizo, la descarga del flujo puede ser regular o abundante. El olor puede empeorar sobre todo antes de que se produzca la menstruación o luego de tener relaciones sexuales sin protección, cuando el semen se mezcla con las secreciones vaginales, el olor se intensifica. Se puede producir también escozor o ardor en la vagina, sin embargo, muchas mujeres que tienen vaginosis bacteriana pueden no presentar estos síntomas. La vaginosis bacteriana puede incrementar las posibilidades de contraer una enfermedad inflamatoria pélvica o una infección luego de haberse realizado una cirugía vaginal o uterina. También puede incrementar la posibilidad de tener problemas durante el embarazo, recién nacidos con poco peso al nacer o parto prematuro; es importante realizar el tratamiento especialmente en mujeres embarazadas que ya han tenido partos prematuros en el pasado.	Se desconoce por qué se produce incremento de la bacteria. La VB es común en mujeres con diferentes parejas sexuales y ocurre luego de actividad sexual con una nueva pareja. Mujeres que no son sexualmente activas pueden tener VB.	
Chancro blando <i>Chancroide</i>	Bacteria Haemophilus ducreyi	Se presenta una lesión tipo inflamatoria a nivel de órganos sexuales pélvicos que luego forman una "llaga" llamada úlcera de aspecto sucio, puede medir entre 3 y 50 mm, es dolorosa, de bordes irregulares y bordes mellados, tiene una base cubierta con una masa gris amarillenta y puede sangrar si la persona se "rasca" o raspa por el dolor que presenta. Conjuntamente con las lesiones a nivel de órganos sexuales pélvicos aparecen adenopatías inguinales, esto es ganglios inflamados en la zona de la ingle; los hombres pueden presentar mayormente una úlcera, mientras que las mujeres presentan cuatro o más úlceras con menos sintomatología.	El chancro es una infección que se trasmite por contacto sexual con una persona infectada. Los hombres incircuncisos tienen mayor riesgo de contraer el chancro de una pareja infectada. Es un factor de riesgo para contraer el virus del VIH.	

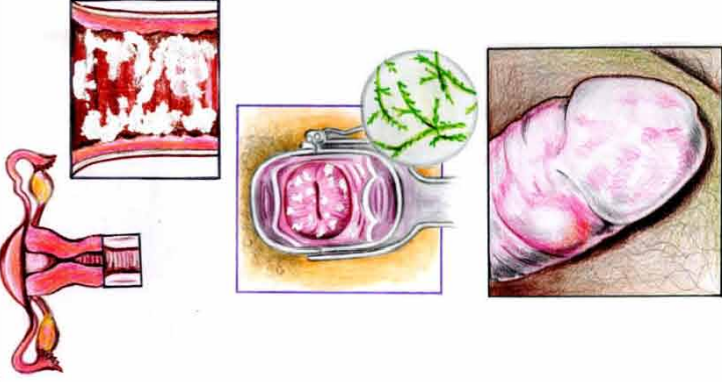
Denominación médica y nombre popular Herpes genital	Agente causal	Síntomas	Vías de transmisión	
	<p>Virus Herpes Simple tipo 2 (VHS)</p>	<p>Muchas personas infectadas con el virus del herpes simple pueden no tener síntomas o sólo síntomas leves, para aquellos con síntomas de una infección por herpes genital activo podría ser visible y muy vergonzoso.</p> <p>Síntomas en hombres y mujeres:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● comezón en los órganos sexuales pélvicos, ● pequeñas ampollas en la vagina, la vulva o el cuello uterino, en el pene, testículos o alrededor de, sobre o alrededor del ano o en los muslos o las nalgas, ● bultos dolorosos en la ingle (especialmente en el momento de la primera aparición) ● la primera aparición puede estar acompañada de fiebre o dolor de cabeza, ● vesículas que a menudo se rompen, dejando úlceras dolorosas, estas "lagas" pueden secarse y dejar una costra que se puede despegar. ● dolor al orinar, ● un ligero hormigueo o ardor puede indicar que una erupción está a punto de ocurrir. <p>Los síntomas ocurren principalmente en el intervalo de dos a veinte días después de la infección, para las personas con los síntomas, las erupciones pueden ocurrir con frecuencia durante los primeros años después de la infección, con el tiempo, estas erupciones tienden a ser menos frecuentes. La infección como resultado del sexo oral puede causar ampollas en la boca o en los labios del hombre y la mujer, aunque es de una ocurrencia común en la boca o en los órganos sexuales pélvicos, el virus del herpes simple a veces puede causar erupciones o ampollas en la piel en cualquier parte del cuerpo.</p> <p>Complicaciones a largo plazo:</p> <p>No existe un tratamiento contra el herpes, pero la frecuencia y la severidad de las infecciones pueden ser parcialmente controladas por la medicación. En sí, el VHS-1 y VHS-2 generalmente no se consideran un peligro para la salud, sin embargo, en casos muy raros puede causar enfermedades graves. Las mujeres embarazadas infectadas pueden transmitir el virus al neonato durante el parto, causando daños e infecciones potencialmente peligrosas para el sistema nervioso central. En raros casos, los virus del herpes simple puede causar meningitis o encefalitis (inflamación del cerebro) y la infección ocular por herpes puede causar ulceración de la córnea e incluso ceguera.</p> <p>El herpes puede causar úlceras en el pene o en el interior de la vagina, lo que aumenta el riesgo de transmisión del VIH.</p>	<p>El herpes genital se transmite por contacto con la piel de una zona infectada, principalmente durante el sexo oral, anal o vaginal. En casos raros, el herpes puede transmitirse de madre a hijo durante el parto. La infección activa por VHS-1 también puede transmitirse por un beso. Durante el sexo oral, el herpes se puede transmitir desde la boca hasta el área genital y viceversa.</p>	

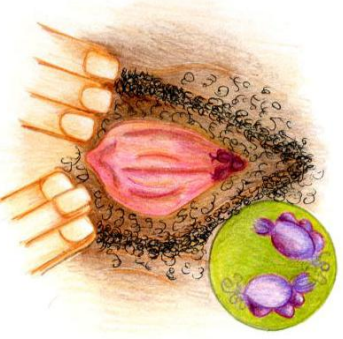


Denominación médica y nombre popular	Agente causal	Síntomas	Vías de transmisión	
<p>Condiloma acuminado, Verruga genital <i>Crestas</i></p>	<p>Virus Papiloma Humano tipos 1, 2, 6, 11, 16 y 18 (VPH).</p>	<p>La mayoría de las personas infectadas con el VPH no presentan signos ni síntomas y puede transmitir el virus incluso sin saberlo, el VPH no está relacionado con el VIH, pero debido a un sistema inmunológico debilitado, las personas con VIH son más susceptibles a la infección por otros patógenos, como uno o más tipos de VPH. Hay muchos tipos de VPH, se ha identificado de forma fiable más de 80 tipos, pero los investigadores creen que habría más de 200. Algunos tipos causan verrugas comunes o verrugas plantares; por otro lado, más de 30 tipos de VPH causan las infecciones del tracto ano genital. Los tipos de VPH que causan las infecciones en órganos sexuales pélvicos son los tipos 16 y 18, que pueden causar lesiones precancerosas, el cáncer de cuello uterino y otros cánceres en órganos sexuales pélvicos, se les llama tipos cancerígenos o "VPH de alto riesgo". Otros tipos, tales como los tipos 6 y 11 pueden causar verrugas en órganos sexuales pélvicos, se les llama "VPH de bajo riesgo" porque rara vez causan cáncer.</p> <p>Las verrugas genitales (también conocidas como condilomas acuminados) son causadas por el VPH tipos 6 y 11, en las mujeres, las verrugas genitales pueden aparecer en la vulva, uretra, cuello uterino, ano y muslos; en los hombres, pueden aparecer en el pene, escroto, ano y muslos. Pueden ocasionar sensación de ardor o irritación y sangrado leve después de actividad sexual anal o en la defecación. Los crecimientos en forma de coliflor pequeña son vergonzosos y se asocian con una alta incidencia de depresión, disfunción sexual y problemas de pareja de largo plazo. El desarrollo de una infección por VPH varía con el tiempo y entre las personas, las verrugas genitales pueden desarrollarse rápidamente dentro o fuera de la vagina, por lo general un plazo de tres meses después del contacto.</p> <p>Las verrugas genitales pueden causar problemas durante el embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● el tamaño de la verruga puede aumentar, lo que hace difícil la micción, ● pueden hacer que la vagina sea menos elástica y puede causar obstrucción durante el parto, ● en raras ocasiones, los bebés nacidos de mujeres con verrugas genitales presentan verrugas en la garganta, una situación potencialmente peligrosa para la vida, ● las verrugas genitales persisten a veces durante años antes de desaparecer. <p>El VPH puede permanecer en el cuerpo en estado latente y manifestarse de nuevo de forma oportunista.</p> <p>En mujeres, el VPH puede infectar las células de la vagina y el cuello uterino, estas lesiones (llamadas displasias en la comunidad médica) se considera una afección precancerosa; el VPH es una de las causas más comunes de la displasia cervical, hay tres tipos de displasia cervical: leve, moderada y grave, si se deja sin tratamiento, la displasia puede progresar a cáncer de cuello uterino. Los tipos carcinogénicos son responsables de la mayoría de los cánceres de cuello uterino, en el 70% son causados por los tipos 16 y 18, lo que causa cánceres adicionales de la boca o pene; los investigadores encontraron una fuerte relación entre el cáncer anal y el VPH 16.</p>	<p>Esta es una de las infecciones de transmisión sexual (ITS) más comunes. Se transmite durante las relaciones sexuales, también por contacto piel a piel. Infecta la superficie de la piel, la mucosa de la boca, lengua, garganta, las amígdalas, la vagina, el pene, el cuello uterino y el ano.</p> <p>El VPH por lo general ataca en el momento de la primera relación sexual.</p>	 

Denominación médica y nombre popular	Agente causal	Síntomas	Vías de transmisión	
Hepatitis B	Virus Hepatitis B	<p>En muchas de las infecciones agudas y crónicas, la persona infectada no tiene síntomas, estos pueden pasar completamente inadvertidos o desapercibidos durante mucho tiempo después de que la infección fue contraída. Los síntomas de la hepatitis aguda a menudo pueden ser leves y pueden parecerse a nada tanto como la gripe, estos incluyen fatiga, dolor de articulaciones, dolor en la zona del estómago, pérdida del apetito, náuseas y una sensación general de enfermedad, en algunos casos, la hepatitis B también puede causar ictericia, que es un signo de problemas hepáticos.</p> <p>Al principio, muchas personas con hepatitis B crónica no tiene síntomas, pero la infección crónica puede causar ulceraciones graves del hígado y enfermedades hepáticas a veces mortales, como la cirrosis, cáncer e insuficiencia hepática; las personas infectadas con el virus que no muestran síntomas pueden transmitir la infección. El consumo de alcohol puede acelerar la destrucción del hígado en personas con hepatitis.</p> <p>Los síntomas de la infección, por lo general aparecen dentro de los 45 a 180 días desde el momento en que se adquirió.</p> <p>Las madres infectadas pueden transmitir el virus al recién nacido durante el parto, sin embargo, el tratamiento puede prevenir la transmisión de la madre infectada al bebé.</p> <p>Las personas cuyo sistema inmune está debilitado debido a la infección por el VIH son mucho más propensas a desarrollar hepatitis crónica.</p>	<p>La hepatitis B es una infección de transmisión sexual y se pueden propagar a través del contacto anal, vaginal u oral con una pareja infectada. Una madre infectada con hepatitis B puede contagiar a su bebé durante el parto. Esta infección también puede transmitirse por sangre o por compartir agujas para el consumo de drogas o compartir artículos personales como maquinillas de afeitarse o cepillos de dientes que entraron en contacto con sangre infectada.</p>	

Denominación médica y nombre popular	Agente causal	Síntomas	Vías de transmisión	
<p>Mononucleosis <i>Enfermedad del beso</i></p>	<p>Virus Epstein - Barr</p>	<p>La mononucleosis ocurre con mayor frecuencia entre personas de 15 a 17 años, sin embargo, se puede tener a cualquier edad. Los síntomas de mononucleosis incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Fiebre •Dolor de garganta •Ganglios linfáticos inflamados <p>Algunas veces también el bazo puede estar inflamado. Los problemas serios son poco frecuentes. La mayoría de las personas mejora en dos a cuatro semanas, sin embargo, puede sentir cansancio durante algunos meses después del cuadro.</p>	<p>El virus se disemina a través de la saliva y es por ello que a veces se la llama "enfermedad del beso."</p>	  

Denominación médica y nombre popular	Agente causal	Síntomas	Vías de transmisión	
<p>Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida <i>Sí da, Sida</i></p>	<p>Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH), tipos 1 y 2</p>	<p>Los síntomas a menudo tardan años en manifestarse en una persona infectada con el VIH, durante este período, se puede propagar el virus a otras muchas, esta es la razón por la que la infección por VIH es muy difícil de erradicar, una persona puede no saber que está infectada hasta que la infección se ha diseminado.</p> <p>Algunos de los síntomas más comunes de la infección por el VIH, son la pérdida constante de peso, fatiga, sudores nocturnos, pérdida de apetito, diarrea constante y las infecciones recurrentes por hongos, al igual que otras tantas enfermedades. La única manera de asegurarse de ser portador de la infección por el VIH es haciéndose la prueba para la detección apropiada por un profesional de la salud.</p> <p>Debido a que los síntomas del VIH a menudo no son exactos, no puede sospecharse la infección a menos que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● los síntomas no desaparezcan con el tiempo; ● otras causas posibles se hayan descartado; ● la persona tiene alto riesgo de infección por VIH debido a su comportamiento sexual en el pasado o el uso de drogas inyectables (a menudo desde hace muchos años); ● la persona recibe un diagnóstico de una enfermedad oportunista, una enfermedad que se refiere a un sistema inmunológico debilitado. <p>Consecuencias de no tratar el VIH: El VIH es una enfermedad incurable y mortal, sin embargo, el diagnóstico y tratamiento oportuno contra el VIH / SIDA asegura una mayor esperanza de vida.</p> <p>El SIDA en sí no causa la muerte, sino que debilita el sistema inmunológico para que el cuerpo de una persona no pueda defenderse contra otras enfermedades.</p> <p>Las causas de muerte para las personas con SIDA son numerosas, incluyendo las infecciones oportunistas, cáncer, neumonía, hepatitis y alteraciones pulmonares, cardiovasculares y de la función renal.</p>	<p>El VIH se transmite a través del contacto con fluidos corporales infectados, como secreciones vaginales, semen, fluido pre-eyaculatorio, leche materna y sangre.</p> <p>La infección puede transmitirse a través del contacto sexual anal, vaginal u oral. Se considera el sexo oral como una actividad de muy bajo riesgo.</p> <p>El VIH también puede transmitirse por compartir jeringas, de madre a hijo durante el parto, o por la leche materna infectada.</p> <p>El uso de agujas no esterilizadas para los piercings, tatuajes, etc. también puede ser un riesgo potencial.</p>	

Denominación médica y nombre popular	Agente causal	Síntomas	Vías de transmisión	
Candidiasis, Moniliasis <i>Algodoncillo o</i> <i>Muguet</i>	Hongo Candida albicans	<p>Síntomas en las mujeres: Irritación vulvar y flujo vaginal blancozco, la vulva se torna eritematosa y edematosa, con excoriaciones y fisuras, la pared vaginal se encuentra cubierta por un material de aspecto similar al queso.</p> <p>Síntomas en los hombres: Puede ser asintomática o producir dolor e irritación en glande y prepucio, sobre todo después del coito, el glande y el prepucio aparecen eritematosos con vesículas o erosiones, puede observarse material blancozco y caseoso adherido a la superficie del glande, en casos graves se puede provocar fimosis.</p> <p>Complicaciones: Epididimitis, proctitis, estenosis uretrales, bartholinitis, faringitis, cervicitis, endometritis, salpingitis. Síndrome de Reiter (uretritis, artritis y conjuntivitis o uveítis), oftalmia del recién nacido.</p>	Se transmite por contacto sexual. Es una infección oportunista propiciada por el uso de antibióticos, corticoides o inmuno depresión.	

Denominación médica y nombre popular	Agente causal	Síntomas	Vías de transmisión	
Tricomoniasis	Parásito Trichomona vaginalis	<p>La tricomoniasis es rara en los hombres y la mayoría no tiene síntomas, a menudo pueden convertirse en portadores, el tratamiento es necesario para asegurar la erradicación completa de la infección.</p> <p>Síntomas en los hombres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ligero flujo del pene • irritación o enrojecimiento en la punta del pene • sensación de ardor durante la micción. <p>Síntomas en las mujeres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • secreción de la vagina • mal olor vaginal • dolor durante el coito o al orinar • picazón o irritación vaginal. <p>Puede producir enfermedad inflamatoria pélvica en las mujeres, causar infertilidad, dolor pélvico crónico o embarazo ectópico, si una mujer embarazada se infecta, el parto puede ser prematuro o el recién nacido tener bajo peso. Las lesiones e inflamaciones aumentan el riesgo de infección por VIH, la detección y tratamiento oportuno reduce el riesgo.</p> <p>Dentro de tres o cuatro semanas después de la infección, una persona infectada puede experimentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • picazón intensa, especialmente por la noche o después del baño, causada por una reacción alérgica a los excrementos de los ácaros, • manchas rojas en los dedos, muñecas, axilas, cintura, los pechos o el pene, • en el caso de las recurrencias, los mismos síntomas ocurren más rápidamente en las primeras horas y días siguientes a un nuevo brote, • infecciones graves pueden presentarse en personas con sistemas inmunológicos debilitados o que viven con VIH. <p>Consecuencias si no se trata:</p> <p>La piel puede volverse escamosa o con costra, lo que requiere un tratamiento más complejo y agresivo.</p> <p>El rascado persistente de la piel irritada puede causar una infección bacteriana secundaria.</p>	<p>La tricomoniasis se transmite por contacto sexual con una persona infectada.</p>	
Sarna <i>Roña</i>	Parásito Sarcoptes scabiei (ácaros)	<p>La sarna se contagia por el contacto cercano con una persona infectada. Los ácaros pueden sobrevivir hasta tres días en la ropa, toallas y ropa de cama. Estos elementos pueden ser una fuente de transmisión, pero en menor medida que el contagio piel a piel. Cualquier persona puede contraer la sarna, aunque es más común en situaciones sexuales y en donde las personas están en contacto con el parásito.</p>	<p>Se transmiten durante el contacto sexual. Los piojos sobreviven uno o dos días en ropa de cama, toallas y prendas de vestir, dichos artículos pueden ser una fuente de transmisión.</p>	
Pediculosis púbica <i>Piojos púbicos, liendres, ladillas.</i>	Parásito Phthirus pubis	<p>Los piojos (cangrejos) y liendres son pequeñas y pueden ser difíciles de detectar.</p> <p>Las personas infectadas pueden observar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • irritación e inflamación de la piel acompañada de picazón y enrojecimiento, • pequeñas manchas azules en la piel en el sitio de la picadura del piojo, • los excrementos de los piojos (negras partículas finas) en las zonas infectadas. <p>Consecuencias si no se trata:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los cangrejos no van a desaparecer al instante ni de forma espontánea, • El rascado persistente de la piel irritada puede causar una infección bacteriana secundaria. 		

CONSECUENCIAS DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Consecuencias psicosociales

Las ITS llevan consigo un pesado estigma social. Las personas infectadas muchas veces reaccionan con rabia e incredulidad, otras se sienten avergonzadas y muchas otras niegan la infección, por lo que evitan buscar tratamiento antes de admitir que presentan una infección. Estas actitudes sólo pueden acarrear serios problemas físicos y sociales, pues siendo portadores de una infección, con su actitud exponen a sus parejas al riesgo de contagio.

El principal miedo a someterse a un examen médico es que se le dé una reprimenda, o a quedar registrados de alguna forma por presentar la infección, con respecto a este punto es indispensable decir que el personal de salud tiene la obligación legal de mantener en el más estricto secreto las confidencias que les hagan las personas que atienden. Algunos médicos siguen tratando a las personas con ITS, como si fueran alumnos de la escuela parroquial, no dudan en dar consejos "personales" que nadie les ha pedido cargados de estigma y desaprobación.

Efectos en la relación de pareja

De acuerdo con Masters, Johnson y Kolodny (1987), las infecciones de transmisión sexual pueden afectar importantemente la relación de pareja, entre los efectos identificados en sus investigaciones destacan:

- Las acusaciones acerca de cómo se contrajo la ITS y de quién contagió a quién; esto puede originar desconfianza entre la pareja,
- Las ITS de repetición causan problemas e interfieren en las actividades sexuales, provocando malestar en la pareja,
- Las ITS pueden producir problemas en el embarazo y también en la fertilidad; ésto puede repercutir en los sentimientos de adecuación y autoestima y, a veces, crea barreras entre la pareja,
- El efecto de rebote de las ITS entre las parejas crea desconfianza y frustraciones.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Estrategias de prevención y control

Deben ponerse en marcha y expandirse intervenciones encaminadas a aumentar el acceso a la atención contra las infecciones de transmisión sexual, de acuerdo con criterios definidos localmente que tengan en cuenta los valores culturales locales, para las poblaciones de alto riesgo y vulnerables, incluyendo a las y los jóvenes, trabajadores/as sexuales, hombres que

tienen relaciones sexuales con otros hombres y usuarios de drogas por vía intravenosa, entre otros.

Teniendo en cuenta los conocimientos adquiridos sobre lo que funciona mejor y permitiendo la aplicación de criterios innovadores en algunos ámbitos, se proponen las siguientes esferas prioritarias de acción:

- información sobre las infecciones de transmisión sexual e intervenciones contra las mismas que alcancen al menos, al 90% de las personas identificadas como trabajadores sexuales, hombres o mujeres y otros grupos vulnerables prioritarios que se determinen en el nivel local;
- educación sexual integral en las escuelas, adaptada a la edad de los alumnos, que incluyan el examen, elaboración y suministro de una educación sobre prevención de las infecciones por VIH y otras infecciones de transmisión sexual y que esté basada en pruebas científicas y en conocimientos prácticos;
- formulación y aplicación de intervenciones de educación, basadas en los medios de información y apropiadas para los distintos grupos de edad (por ejemplo información y educación sobre relaciones sexuales y personales, sexualidad y uso correcto y sistemático del condón) para llegar a todos/as los/as jóvenes y las comunidades (mediante, por ejemplo, foros en Internet, medios de comunicación social, anuncios, carteles, correos postales y representaciones teatrales centradas en la mejora del comportamiento sexual);
- garantía de la disponibilidad de servicios de atención sanitaria asequibles a los usuarios y apropiados para su edad, en particular para adolescentes, mediante la readaptación profesional de los proveedores de atención y la aplicación de políticas de prestación de atención sanitaria centradas en el usuario;
- Respaldo y apoyo de los esfuerzos encaminados a combatir las enfermedades bacterianas que provocan úlceras genitales y eliminación de la sífilis congénita mediante la aplicación de una estrategia integrada de lucha, teniendo presente:
 - que la eliminación de la sífilis congénita es cada vez más fácil de lograr,
 - que la prevalencia del chancroide ya está disminuyendo en muchos países, pero se necesitan más datos y esfuerzos en las zonas donde esta enfermedad sigue siendo endémica,
 - que la reducción de la prevalencia de las enfermedades que cursan con úlceras genitales requiere muchas de las intervenciones que son importantes para combatir la transmisión del VIH.
- Educación sanitaria y asesoramiento específicos para evitar que se sigan propagando el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, con inclusión de:
 - asesoramiento para los pacientes infectados por el VIH y pruebas voluntarias del VIH para los pacientes que presenten otras infecciones de transmisión sexual;

- vinculación de los programas sobre transmisión del VIH de la madre al hijo con los de detección de la sífilis y de detección de otras infecciones de transmisión sexual cuando sea viable, para garantizar la determinación del potencial de sífilis congénita y la administración de tratamiento junto con la atención de las infecciones por VIH, a fin de reducir la mortalidad infantil (Objetivo de Desarrollo del Milenio 4, meta 5);
- facilitación, apoyo y promoción de la vacunación universal contra la hepatitis B, especialmente entre las personas con infecciones de transmisión sexual y las personas de alto riesgo y, elaboración de estrategias para las vacunas de próxima aparición, como las dirigidas contra las infecciones causadas por el papilomavirus humano y el virus del herpes simple de tipo 2;
- establecimiento de alianzas para aplicar esta estrategia y ejecución de intervenciones horizontales en los servicios de atención contra las infecciones de transmisión sexual y el VIH, de salud sexual y reproductiva y otros servicios de atención primaria, con inclusión de la elaboración de marcos normativos y operacionales;
- búsqueda de más asistencia técnica y financiera de organizaciones internacionales y nacionales, a fin de alcanzar las metas y mantener la calidad de la atención.

En resumen, de acuerdo con la OMS, las estrategias de prevención y control son:

- 1) Promover el comportamiento sexual responsable,
- 2) Facilitar el acceso gratuito a los condones y otros métodos de barrera,
- 3) Incluir en los servicios básicos de salud el tratamiento de las ITS,
- 4) Dar tratamiento apropiado de las ITS, incluyendo el uso correcto de los medicamentos,
- 5) Dar tratamiento a parejas sexuales,
- 6) Dar educación y consejería en sexualidad para la prevención de situaciones de riesgo de infección,
- 7) Promover los recursos tempranos a los servicios de salud a personas que presenten ITS y a sus parejas,
- 8) Hacer investigación sobre personas clínicamente asintomáticas.

También para Masters, Johnson y Kolodny (1987), es muy importante:

- 1) Permanecer informado/a: La información amplia, descriptiva, científica y no valorativa de las infecciones de transmisión sexual, permiten tener más cuidado en la actividad sexual y acudir más tempranamente a recibir tratamiento médico.
- 2) Mostrarse muy observador/a: Esto hará que se descubran lesiones en los órganos sexuales de la o las parejas sexuales y a la más mínima sospecha de algún signo o síntoma de enfermedad acudir al facultativo para ser revisado/a y recibir tratamiento oportuno y adecuado.

- 3) Mostrarse selectivo/a: Tener numerosas parejas aumenta en gran medida el riesgo de contraer una ITS, así como también el tener relaciones sexuales con personas desconocidas.
- 4) Sea honesto/a: Si se tiene o cree tener una ITS, hacerlo saber a la pareja o parejas y acudir al médico inmediatamente.
- 5) Ser precavido/a: El empleo del condón disminuye de manera significativa la posibilidad de adquirir o propagar una ITS.
- 6) Tratar sin demora y someterse a los análisis y pruebas necesarias sin dilación: un diagnóstico temprano y el seguimiento de un tratamiento idóneo son dos factores que evitarán graves complicaciones ante una infección de transmisión sexual.

Las infecciones de transmisión sexual suponen un importante riesgo para la salud de los adolescentes que llevan una vida sexual activa; cada año, uno de cada 20 adolescentes contrae por vía sexual una infección bacteriana y la edad en la que se adquieren las infecciones es cada día más baja. La mayoría de los proyectos encaminados a mejorar la salud reproductiva de las y los adolescentes se han centrado en la información sobre salud sexual y la planificación familiar pero no han incluido la atención de las infecciones de transmisión sexual entre los objetivos de prestación de servicios.

Hacer participar a docentes, madres, padres y a las personas jóvenes que tengan la edad y el grado de madurez apropiado en la planificación y la ejecución de intervenciones específicamente dirigidas a ellos, es fundamental para conseguir un efecto positivo en su comportamiento (OMS, 2007).

Bibliografía

- 1) Arenas, R. (1997). Dermatología: atlas, diagnóstico y tratamiento. México: McGraw-Hill.
- 2) Carrera, M. (1982). Sexo. España: Folio.
- 3) Gotwald, W. H., Goleen, G. H. (1983). Sexualidad, la experiencia humana. México: Manual Moderno.
- 4) Gutiérrez, G., Kumate, J. (1978). Manual de Infectología. México: Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México.
- 5) Kaplan, H. S. (1984). La nueva terapia sexual. Vol-1, Madrid: Alianza Editorial.
- 6) Masters, W., Johnson, V., Kolodny, R. (1987). La sexualidad humana. México: Grijalbo.
- 7) McCary J. L., McCary S. P. (1996). Sexualidad humana. México: Manual Moderno.
- 8) OMS, (2007). Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006 - 2015: romper la cadena de transmisión. Suiza: WHO Press
- 9) Trimmer, E. J., & Cols. (1990). Enciclopedia virtual del sexo. Vol-2 Bogotá: Nauta.
- 10) World Health Organization. (1996). Sexually transmitted diseases (STD´s). EU: Women and Sexually Transmitted Infections (STI´s). <http://www.who.int/inf-fs/en/fact110.html>. Suiza: WHO Press

CAPÍTULO 7

METODOLOGÍA ANTI FECUNDATIVA MODERNA

Irene Torices Rodarte

Los métodos para evitar la concepción se iniciaron desde épocas remotas, por lo que existe una larga historia tanto de métodos empíricos, como de conductas para mantener la eyaculación lejos de la vagina. Todas estas prácticas nos revelan la inquietud que existía de evitar el embarazo y, de alguna manera, también de la idea de planificación familiar.

En la actualidad, la evolución del conocimiento y la extensión del uso de los métodos anti fecundativos ha llegado a ser un hecho en cuatro quintas partes de la humanidad debido a que la profunda transformación del mundo actual ha incidido en los conceptos tradicionales de matrimonio, sexualidad y esquema familiar.

La prestación de servicios de salud reproductiva dirigidos a adolescentes, requiere que se preste especial atención a varios factores: la edad del adolescente, el entorno en que vive, su nivel de información respecto a metodología anti fecundativa y respecto a sexualidad y su capacidad de entender las consecuencias de las decisiones de anti fecundación.

Los proveedores de planificación familiar, también deben tener en cuenta cuestiones como el nivel de actividad sexual; si corren el riesgo de ser víctimas de abuso sexual; si el embarazo puede representar un riesgo; si pueden cumplir con las indicaciones de los métodos cuando se considera la anti fecundación temporal; si están en condiciones de entender plenamente lo que ésta implica y si está en condiciones de dar su consentimiento libremente.

Al ofrecer información y asesoramiento relativo a planificación familiar, deben tenerse en cuenta cuestiones médicas relacionadas con la salud general del adolescente; las opciones anti fecundativas dependerán de factores como la calidad de la nutrición, la regularidad del ciclo menstrual, la frecuencia coital, el estado emocional o cualquier problema que tenga que pueda interferir con el uso adecuado de los mismos.

Las personas con menores redes de apoyo generalmente requieren más asesoramiento relativo a la anti fecundación que las que cuentan con redes sólidas y un buen estado de salud. Además de los riesgos y beneficios de cada método, el asesoramiento debe considerar a la pareja, por ejemplo la capacidad de concebir, el momento oportuno si se desea un embarazo y la capacidad de la mujer y el hombre de cumplir con un programa anti fecundativo (Grimes, Mishell y Speroff, 1993).

CONCEPTOS GENERALES

Con frecuencia planificación familiar y anti fecundación se usan como sinónimos, pero no lo son; la anti fecundación puede definirse como cualquier medio o dispositivo que permite el coito entre parejas fértiles y evita el embarazo (McCary J.L., McCary S.P., Álvarez-Gayou, Del Río y Suárez, 1999). Sin embargo, los métodos anti fecundativos son solo un recurso para la planificación familiar, ya que ésta debe mirarse en una perspectiva tan amplia como la vida misma; recordemos que todo plan está constituido por el conjunto de disposiciones tomadas en vistas a la ejecución de un proyecto y, por consiguiente, está subordinado a dos elementos fundamentales: un fin que se intenta alcanzar y los medios necesarios para conseguirlo.

Cuando tenemos un proyecto, de manera natural tendemos a planear, los planes imaginables son infinitos, porque es también infinita nuestra diversidad personal, familiar y social y porque cada cual, tiene diferentes tiempos y recursos para invertir en la construcción y el desarrollo de sus proyectos.

De esta manera, tanto las cuestiones aparentemente simples como las más trascendentes para la vida pueden ser planeadas. En nuestra sociedad, cuando hablamos de planear la familia usamos el término: Planificación Familiar, todas las personas podemos planificar:

- Tener o no tener una pareja
- Si deseamos o no tener hijos
- El momento de nuestra vida en el que queremos unirnos en pareja
- El momento de nuestra vida en que queremos tener nuestro primer hijo
- El tiempo que queremos dejar pasar entre un hijo y otro
- El número total de hijos que queremos tener

La planificación familiar marca nuestra trayectoria como personas y parejas e influye en la calidad de vida que podremos ofrecerles a las hijas e hijos que decidamos concebir. Tener conciencia de lo que queremos en relación con nuestra vida en pareja y vida reproductiva es el primer paso de la planificación familiar. En nuestra cultura las personas suelen estar educadas en la idea de formar pareja con mayor o menor premura; por tanto, es imprescindible conocer e intervenir sobre la pareja como elemento clave para optimizar la sexualidad y otros aspectos de la vida de la población adolescente. En este sentido, es útil aplicar el sistema que Fuentes (2002) describe como **planificación comprensiva: "porque en este proceso se busca atender toda la problemática, tener en cuenta los distintos objetivos, plantear el número más amplio de alternativas, predecir sus diferentes consecuencias, donde no hay espacio para vaguedades, pues todo debe quedar debidamente sustentado"**

El consejero o consejera tendrá que describir o poner ante la vista de los asesorados las estrategias de planificación familiar y los métodos que existen, explicar cómo funcionan,

comentar porque un método puede resultar mejor que otro y sugerir las estrategias que más les convienen para sus edades y situaciones. También, escuchar a las personas a quienes asesora, hablar con ellas acerca de sus miedos, principios, valores, realidades familiares y culturales, su situación económica y proyectos, después podrá sólo emitir su opinión profesional y sugerir posibilidades.

Berard (1992) comenta al respecto: "Una vez que la pareja está suficientemente informada de todas las medidas anti fecundativas y sus respectivos riesgos, creo que no debemos recomendar un método: la elección debe ser una decisión de la pareja"; por lo tanto, es indispensable que el consejero, consejera o profesional de la salud que esté a cargo de la orientación en planificación tenga un amplio conocimiento de las estrategias y métodos, las condiciones de vida de los adolescentes a quienes asesora, se actualice regularmente, se sienta cómodo con su propia sexualidad, no tenga prejuicios sobre los métodos anti fecundativos y posea habilidades de empatía y respeto.

REPRODUCCIÓN HUMANA

La reproducción, además de un fenómeno biológico, es una cuestión social y cultural pues el comportamiento de los individuos está en general determinado por la sociedad en que viven y sus conductas estarán regidas por determinadas normas.

El embarazo, como evento crucial de este proceso reproductivo, es enfrentado de formas diferentes por hombres y mujeres y, puede afectar la vida y la sexualidad de diversas maneras según el sexo.

La reproducción, no es ajena al interés de las y los adolescentes. De hecho la maternidad y la paternidad figuran como uno de sus derechos irrenunciables.

Los seres humanos nos desarrollamos a partir de la unión de dos diminutas células: el óvulo y el espermatozoide; los óvulos maduros miden 0.135 milímetros de diámetro, tan grande como el pequeño punto que cierra esta frase. El espermatozoide es aún más microscópico, se considera que en cada eyaculación puede haber de 120 a 600 millones de ellos. Para que ocurra la fecundación es necesario que el espermatozoide sea depositado en la vagina en un momento próximo a la ovulación, cuando el óvulo maduro es liberado del ovario (aproximadamente al día catorce del ciclo menstrual), el espermatozoide conserva su poder de penetrar al óvulo por espacio de veinticuatro a cuarenta y ocho horas, aunque algunas nuevas investigaciones consideran que este periodo cada vez es más amplio como consecuencia de la alimentación actual.

Estadísticamente una pareja, que no utiliza métodos anti fecundativos, tarda un promedio de 5.3 meses antes de producirse un embarazo (Shane, Schiff y Wilson, 1976). Sólo el 25% de

las mujeres conciben después de un mes de tener contacto sexual sin protección; el 63% conciben al final de los seis meses y el 80% quedan embarazadas al cabo de un año. Cuando el óvulo está maduro es liberado hacia la trompa de Falopio, por la cual transitará gracias a los cilios hasta llegar al útero, si encuentra un espermatozoide en este camino, la fecundación tendrá lugar.

El coito es habitualmente el principio de la expulsión de millones de espermatozoides en el interior de la vagina, la carrera entre ellos comenzará con el objetivo de llegar hasta donde se localiza el óvulo y fecundarlo; se considera que sólo unos miles llegan a las trompas de Falopio y alrededor de 200 espermatozoides, una mínima parte, lograrán aproximarse al óvulo e intentar penetrarlo, todos los demás se perderán en el camino, algunos tomarán el camino equivocado, es decir, nadarán a la otra trompa de Falopio o bien experimentarán daños durante su trayecto y se descartarán. Ésta difícil y ardua carrera, para células tan diminutas, es el método perfecto para asegurar que sólo los espermatozoides más saludables tengan posibilidades de fecundar al óvulo, el proceso dura varias horas en las cuales los espermatozoides intentan llegar a su fin y penetrar, los más rápidos arribarán en una hora, pero estarán intentando por mucho tiempo la penetración, porque deben esperar el momento preciso, no siempre los más rápidos son los que fecundan.

En la fase de fecundación sólo habrá alrededor de 40 espermatozoides rodeando al óvulo; éstos segregarán una sustancia química que disuelve la zona pelúcida del óvulo (membrana que lo envuelve). En este momento el óvulo extiende unas vellosidades blandas y diminutas llamadas microvilli, para envolver al espermatozoide que ha penetrado; posteriormente, genera un bloqueo eléctrico para evitar que otro intente introducirse; el óvulo lleva al espermatozoide a su interior y hace que el núcleo coincida con aquél, este es el momento conocido como fecundación, proceso que da inicio a la reproducción humana.

Razones para regular la fecundidad

El control de la natalidad es otro elemento de la planificación familiar, este control a través de la historia ha pasado de ser un deseo a convertirse en una necesidad.

La evolución de la ciencia médica y el progreso de las condiciones higiénicas han logrado una importante disminución tanto de la mortalidad materno infantil en el embarazo parto y puerperio, como de la muerte de niñas y niños por enfermedades infectocontagiosas; y un significativo aumento en la esperanza de vida.

En un mundo donde los recursos naturales son limitados, donde el exceso de población tiene consecuencias políticas y psicológicas y en que los problemas de conservación del medio ambiente son motivo prioritario de preocupación, la limitación de los nacimientos tiene sin duda importantes repercusiones sociales y filosóficas.

De cualquier modo, el control de la natalidad es una decisión personal y de pareja y la razón más importante para utilizar un método es la prevención de embarazos no deseados o planeados. Un embarazo de este tipo puede provocar alteraciones emocionales y entrañar riesgos para la salud además, en ocasiones, supone una carga económica insostenible o poco menos (Masters et al, 1995).

Al respecto McCary (1999) comenta: "Es necesario saber que los problemas psicológicos y el sufrimiento personal para todos los implicados en una gestación no deseada son enormes".

Otras razones importantes para regular la fecundidad son:

1. Socioeconómicas: Espaciar el nacimiento de los hijos o limitar el número de los mismos en cada familia, permite una mejor atención a la salud de la madre y a las circunstancias económicas de la pareja; además de disminuir la tasa de natalidad de un país; en teoría, permite mejores oportunidades de desarrollo para sus ciudadanos, mejor aprovechamiento de los recursos naturales y mayor capacidad de crecimiento económico. Por otro lado, cada vez más las mujeres desean un desarrollo profesional, laboral y económico individual que se dificulta en muchas ocasiones con la llegada de los hijos, por lo que algunas desean retrasar ese momento o deciden no tenerlos.
2. Médicas: Para evitar la aparición de algunas enfermedades, sin embargo, la decisión nunca corresponde al médico o a la familia, sino a la mujer y su pareja, igualmente el uso de métodos anti fecundativos contribuye al cuidado de la salud de la mujer y del hombre.
3. Eugenésicas: Para disminuir los padecimientos hereditarios, como la enfermedad de Huntington, la distrofia muscular y otros, pueden controlarse al prevenir el embarazo de una mujer portadora, o cuya pareja lo es, en los casos en que el hombre sea quien puede transmitirlo.
4. De pareja: Durante el inevitable periodo de adaptación de los miembros que deciden formar una pareja, la compatibilidad sexual puede lograrse más pronto y de una manera más satisfactoria, si se elimina el temor por el embarazo (McCary et al, 1999); en consecuencia permite disfrutar de la actividad sexual sin preocuparse de un embarazo no planeado o no deseado.
5. Sexuales: Los métodos anti fecundativos facilitan mantener una relación sexual no supeditada al compromiso de casarse o a la eventualidad de ser padres. (Masters et al, 1995).

La abstinencia sexual completa es un medio absolutamente seguro para controlar la natalidad, pero no es fisiológico, pocas personas están dispuestas a vivirla indefinidamente y para la mayoría de las parejas resulta inaceptable y poco práctica (Benson, 1985).

El aborto, definitivamente no es un método anti fecundativo ya que se realiza después de la concepción.

El recurso más importante para el control de la natalidad es sin lugar a dudas la prevención del embarazo, a través del empleo de métodos anti fecundativos.

LOS MÉTODOS ANTIFECUNDATIVOS

Se considera como métodos anti fecundativos a las prácticas, dispositivos y sustancias que impiden la fecundación y en consecuencia el embarazo. A cada persona y a cada pareja le corresponde elegir de manera libre, responsable e informada la estrategia de planificación familiar y el método anti fecundativo que prefiera o no utilizar.

La elección de un método anti fecundativo depende de múltiples factores: edad, proyecto de vida, estado civil o de la relación de convivencia, situación económica, creencias religiosas, actitudes sexuales, estado de salud y experiencias anteriores.

Al orientar sobre anti fecundación se debe tomar en cuenta que no hay un método anti fecundativo que sea en todo momento el mejor y el más seguro para todas las personas (Masters et al, 1995), por lo que la recomendación y elección de un método siempre debe ser cuidadosa y personalizada, tomando en cuenta las necesidades y condiciones de cada persona, pareja y los riesgos que represente.

A la fecha no existe el anti fecundativo ideal que implique seguridad absoluta, fácil aplicación, sin efectos colaterales no deseados, a ningún plazo, bajo costo y extensa disponibilidad (Delgado, 2000), sin embargo, se avanza constantemente en el mejoramiento de todos estos aspectos, a continuación se expone la clasificación de los métodos anti fecundativos que se usan con más frecuencia en la actualidad:

Temporales	Naturales o Fisiológicos	Abstinencia Ritmo (Ogino) Temperatura Basal Moco Cervical (Billings) Sintotérmico Coito Interrumpido Lactancia
	Mecánicos o de Barrera	Condón Masculino Condón Femenino Dispositivo Intrauterino Espermicidas
	Hormonales	Orales Inyectables Implante subdermico Parche Anti fecundativo Aro Anti fecundativo Pildora de Anti fecundación de emergencia
Permanentes	Quirúrgicos	Salpingoclasia Oclusión Tubaria Bilateral Vasectomía

Métodos Naturales

Los métodos que se denominan con el término “naturales” no requieren fármacos o dispositivos artificiales para lograr su efecto anti fecundativo, sino que constituyen medidas que evitan la unión del óvulo y el espermatozoide de manera natural, dado que su efecto se logra observando los procesos fisiológicos del organismo.

Estos métodos constituyen medidas anti fecundativas que empezaron a utilizarse a fines de la tercera década del siglo XX, después de conocerse la fisiología de la ovulación y de empezar a relacionar este proceso con las hormonas ováricas y las gonadotropinas hipofisarias, por lo tanto se basan en periodos de abstinencia periódica.

Abstinencia sexual total

Como ya dijimos es un método seguro para evitar la concepción, sin embargo, pocas personas están dispuestas a emplear este recurso como método de planificación familiar, si bien es natural al no haber coito no hay embarazo, puede ser poco o nada fisiológico abstenerse por completo de las relaciones sexuales. La decisión es de cada persona y su pareja, sin embargo, si los educadores recomendáramos la abstinencia como método de anti fecundación a las y los adolescentes, correríamos el riesgo de reforzar el mito de que el ejercicio de la sexualidad no es apropiado.

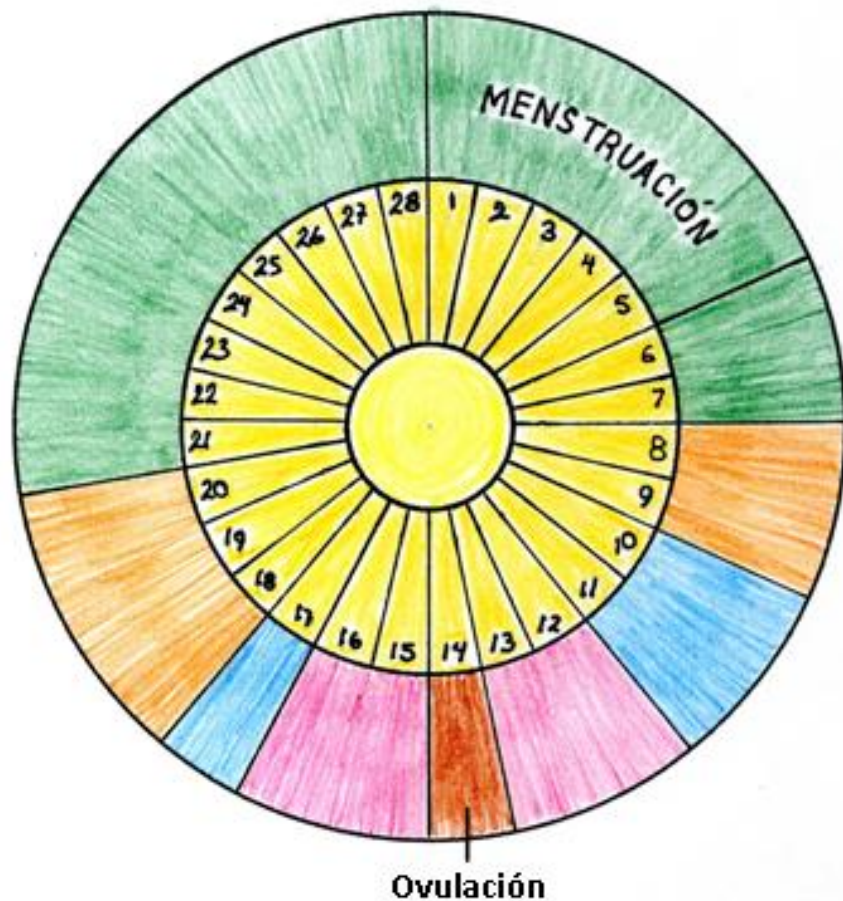
Método del Ritmo o Calendario (Ogino – Knaus)

El primero de los métodos naturales se propuso a partir de las observaciones de Knaus, quien indicó que tomando en cuenta que la ovulación tenía lugar a la mitad del ciclo, era posible evitar el embarazo si la pareja se abstenía de tener relaciones sexuales precisamente el día 14 después de iniciada la menstruación, señaló también, que la ovulación podía tener lugar 24 a 48 horas antes o después del día 14 del ciclo, según la duración de éste, por lo cual era muy importante que las parejas se abstuvieran del coito por lo menos durante 5 días a partir del día 11 del ciclo.

Posteriormente, Ogino, sugirió que la abstinencia se prolongara un día más antes y después de los 5 días propuestos por Knaus, pues tenía que considerarse que el óvulo tiene un ciclo vital de 24 horas y el espermatozoide de 48 horas, por lo tanto, él propuso que la abstinencia sexual se prolongara del día 10 al 17 del ciclo menstrual, con el fin de alejar lo más posible a la ovulación del último contacto sexual (Torres, 2000).

Las observaciones de estos autores motivaron que este método se denominara originalmente Ogino-Knaus, pero la práctica ha hecho que actualmente se denomine como ritmo-calendario, dado que se requiere un ritmo periódico de abstinencia sexual, acorde con los días del ciclo en los que según un calendario ocurre la ovulación.

Actualmente, se parte del supuesto de que, por regla general, la ovulación acontece 14 días antes de la aparición de la próxima menstruación, con el objeto de calcular el periodo fértil de una mujer, ésta debe llevar un registro minucioso de sus ciclos menstruales por espacio de seis meses como mínimo, para determinar el primer día del periodo fértil se restan 18 días al ciclo más corto y, para precisar el último día de la etapa fértil se restan 11 días al ciclo más corto, en mujeres con ciclos irregulares se puede requerir de hasta 14 días de abstinencia (Masters et al, 1995).



Método del ritmo – calendario

Los días marcados con verde son de menos riesgo para la fecundación, los lilas son de riesgo medio para los ciclos regulares, los amarillos son de riesgo medio adicionales para los ciclos irregulares, los morados y el rojo son de alto riesgo.

Ventajas del método

Su mayor ventaja es que nunca origina efectos indeseables orgánicos, ya que no requiere el uso de ningún producto artificial y es mucho mejor practicar este método que no usar ninguno, especialmente cuando otros están contraindicados por algún riesgo o cuando la pareja no acepte un método anti fecundativo artificial.

Desventajas del método

La mayoría de las parejas lo rechazan por el hecho de que requiere mucha fuerza de voluntad para practicarlo, se calcula que del total de parejas que lo practican, entre 20 y 30% de ellas fracasan en su intento de evitar un embarazo (Torres, 2000), algunas veces puede causar fenómenos de angustia, por el deseo reprimido de que se dé la penetración y ser fuente de inestabilidad de la pareja.

En algunos casos se producen disfunciones sexuales, debido a que el requisito de la **continencia coital acarrea presiones inusuales para realizar el coito sólo en los días "seguros"**, independientemente de si los miembros de la pareja sienten o no deseos de hacerlo, otras veces, el temor a quedar embarazada puede originar disfunciones sexuales (Masters et al, 1995).

Una de las principales desventajas de este método es el hecho de que requiere una consejería minuciosa que debe acompañarse de una capacitación detallada, ya que la comprensión del procedimiento debe ser exacta para no ser causa de fracasos.

Otra desventaja del método, que además constituye una contraindicación absoluta del mismo, es la irregularidad menstrual, muchas veces originada por trastornos ováricos que se acompañan de notables alteraciones ovulatorias que impiden precisar los días de abstinencia sexual.

Temperatura Basal

Este método se basa en el conocimiento de que la progesterona tiene un efecto hipertermizante, y este efecto se prolonga durante toda la fase secretora del ciclo menstrual (Torres, 2000).

La forma de practicarse consiste en que la mujer debe tomarse la temperatura en las mañanas, antes de levantarse y de realizar cualquier actividad física y registrarla diariamente, durante todo el mes, con el fin de realizar una gráfica que permita observar el día en que la temperatura se eleva, que debe interpretarse como el día en que se inicia la secreción de progesterona después de la ovulación; si se registran y se interpretan 6 gráficas, correspondientes a 6 ciclos, es posible observar las variaciones de las fechas de ovulación y **guardar abstinencia sexual durante los días "seguros" comprendidos entre estas variaciones**. Por ejemplo, si los días en que se inició la elevación de la temperatura fueron 14, 15, 13, 15, 13, 14, se debe evitar las relaciones sexuales desde el día 11 del ciclo, considerando las 48 horas de vida del espermatozoide y el hecho de que la mujer ovula con frecuencia los días 13 del ciclo, la abstinencia debe prolongarse durante 7 días, con lo cual se incluyen las ovulaciones que ocurren los días 14 o 15 del ciclo.

Ventajas del Método

Este método detecta la ovulación en forma más exacta, ya que no se basa en factores subjetivos como la suposición del día que ocurre la ovulación, sino en un factor objetivo; la verificación de la elevación de la temperatura corporal.

Desventajas del Método

Frecuentemente no es fácil interpretar las gráficas de temperatura basal, ya que a menudo las curvas resultan ser muy irregulares y no permiten precisar el día que ocurrió la ovulación. Para muchas mujeres resulta muy incomodo tomarse la temperatura diariamente, pero, sobre todo tener que esperar 6 meses para poder iniciar el método.

Cualquier factor patológico que se acompañe de fiebre, obliga a suspender el método, ya que la elevación térmica motivada por ese factor impide diferenciarla de la elevación de la temperatura motivada por la ovulación.

Moco Cervical (Billings)

También es un método de abstinencia sexual periódica, que se basa en la presencia o ausencia del moco cervical, así como en las variaciones de la consistencia física de este moco en el curso del ciclo menstrual.

Su práctica consiste en que la mujer observe las características físicas del moco cervical tomado entre sus dedos índice y pulgar, una vez que este se ha expulsado y se encuentra en la entrada de la vagina o entre los labios mayores de la vulva.

El doctor John Billings y su esposa fueron los que describieron el método en Australia (Torres, 2000), señalaron que después de la menstruación se continúa con una serie de 7 días aproximadamente en los que la vulva está seca (días secos), el comienzo del periodo de fecundidad viene determinado por la secreción de un moco blanquecino y pegajoso, uno o dos días antes de la ovulación aumenta la producción de moco y se torna claro y filamentoso, muy parecido a la clara de huevo, para después disminuir bruscamente y tornarse espeso y viscoso hasta el día anterior a la menstruación (Masters et al, 1995).

Si la mujer identifica estas características, puede prevenir el embarazo si se abstiene de tener relaciones sexuales coitales durante tres días antes de la fecha en que el moco alcance su mayor fluidez y filancia y prolonga la abstinencia durante 6 a 10 días y después, cuando el moco cervical vuelve a ser espeso viscoso y blanquecino, pueden reanudarse las relaciones sexuales, pues se consideran días "seguros".

Ventajas del Método

Dependiendo de la cantidad de moco secretado, es factible determinar sus características a nivel vulvar (fluido o viscoso), por lo tanto, si se enseña a una mujer a hacer esa identificación, logra señalar con precisión en que días debe abstenerse de tener relaciones sexuales.

Este método tiene todas las ventajas de los que se basan en la abstinencia sexual periódica, pero en especial, que se funda en un hecho fisiológico objetivo, que ocurre todos los meses y no en apreciaciones que pueden ser exactas, pero que requieren medidas indirectas como tomarse la temperatura o cálculos basados en probabilidades como en el ritmo-calendario.

Desventajas del Método

Si bien el método de Billings se basa en hechos precisos, la identificación de los mismos requiere una enseñanza cuidadosa, cuya valoración tiene que hacerla el personal de salud (Torres, 2000).

El método se invalida cuando la usuaria presenta infecciones vulvo vaginales que se acompañan de flujo, en estos casos tiene que suspenderse hasta que esos problemas sean tratados.

A muchas mujeres les desagrada manipular sus órganos sexuales externos y, sobre todo, les repugna explorar sus propias secreciones.

Método Sintotérmico

Este método, también de abstinencia periódica combina la observación del moco cervical con la toma y registro de la temperatura basal, con el fin de sumar la eficacia de cada uno de estos métodos en particular; de hecho, lo que permite la temperatura basal, es comprobar si los días de abstinencia sexual que se están practicando con el otro método, comprenden efectivamente las variaciones de la ovulación, o si es preciso anticipar o prolongar la abstinencia (Torres, 2000).

La *ventaja* de este método es que incrementa la precisión de los días de abstinencia periódica, aumentando su efectividad, pero sus desventajas son, por una parte, que obliga a la práctica de dos métodos naturales simultáneamente, haciendo más complicado su uso, y, por otra, que se basan también en una represión del deseo sexual durante por lo menos una semana de cada ciclo menstrual, ambas situaciones pueden hacerlo muy complicado para las y los adolescentes, sobre todo si tienen dificultades de comprensión.

Coito interrumpido (coitus interruptus)

Consiste en retirar el pene de la vagina antes de eyacular. Es un método problemático porque requiere la separación pene-vagina en el momento oportuno, lo que no siempre es posible y, aún cuando se logre, los resultados no siempre son satisfactorios; si la eyaculación tiene lugar antes de haber retirado completamente el pene o si caen gotas de semen en la vagina puede producirse un embarazo, además recordemos que el líquido pre eyaculatorio contiene espermatozoides vivos y se segrega un tiempo antes de la eyaculación.

Es, en el mejor de los casos, un método muy azaroso, el porcentaje de falla se estima desde el 20% (Masters et al, 1995) hasta en el 40% (Benson, 1985). Por otro lado puede ser un método frustrante para ambos miembros de la pareja, ya que disminuye considerablemente la espontaneidad de la actividad sexual; se recomienda sólo cuando no hay otro recurso a la mano.

Lactancia

Es un método natural que se basa en el hecho fisiológico de que la prolactina inhibe la producción de las gonadotropinas hipofisarias durante la lactancia, lo cual determina que la mujer permanezca en amenorrea en el periodo de amamantamiento.

Por observación se sabe que las mujeres que amamantan a sus hijos después del parto, permanecen sin embarazarse durante el tiempo que dure la lactancia, este conocimiento empírico tuvo su explicación científica cuando se comprobó que la succión del pezón durante la lactancia determina en forma refleja la secreción pulsátil de prolactina, misma que mientras se secreta ejerce un poder bloqueador de la hormona folículo estimulante (HFS) y la hormona luteinizante (HL), cuya inhibición da lugar a la amenorrea y que sólo se mantiene si los pulsos de prolactina son constantes, lo cual únicamente se logra si la succión del pezón es frecuente.

El método anti fecundativo por lactancia, consiste en iniciarla de inmediato después del parto y, en mantenerse alimentando al neonato exclusiva y frecuentemente con leche materna por lo menos durante 6 meses, con lo cual se conseguirán pulsos elevados y constantes de prolactina.

Ventajas del Método

La práctica de este método permite promover la lactancia materna, por lo cual ofrece las ventajas de una nutrición ideal al recién nacido y la seguridad de evitar un embarazo.

Desventajas del Método

Para que la amenorrea de la lactancia sea útil como método anti fecundativo requiere que la alimentación del bebé sea exclusivamente de leche materna y el amamantamiento frecuente,

estos requisitos constituyen una desventaja, sobretodo, en medios urbanos, ya que en éstos las mujeres, sea por trabajo fuera de la casa o por influencias culturales diversas, sólo pueden mantener la lactancia exclusiva por periodos de 1 a 3 meses, por lo tanto en estos grupos de población el método no es aconsejable.

Otra desventaja es que este método no conviene prolongarlo por más de 6 meses, ya que no es justificable en la actualidad alimentar al hijo o hija *exclusivamente* con leche materna por más tiempo.

La mayor desventaja la constituye el hecho fisiológico de que los pulsos de prolactina van disminuyendo espontáneamente, puesto que el amamantamiento cada vez se espacia más dando lugar a que la fisiología del eje hipotálamo-hipófisis-ovario se restablezca y con ello la ovulación (Torres, 2000). Al respecto Benson (1985) afirma, la duración de la supresión de la ovulación por la lactancia es muy variable; en el puerperio de 6 semanas aproximadamente 5% de las mujeres que están lactando ovulan, a las 12 semanas del puerperio 25% de las mujeres van a ovular y a los 6 meses después del puerperio lo harán el 65%, pudiendo todas estas mujeres embarazarse.

Todos los métodos naturales tienen dos ventajas fundamentales; no afectan la salud física y no tienen costo; sin embargo, su principal inconveniente es que su fiabilidad y eficacia son relativas, ya que dependen de la comprensión de la usuaria y su pareja, de la disciplina y del compromiso de ambos de practicar periodos de abstinencia sexual de por lo menos una semana durante el ciclo menstrual y de que estén dispuestos a aceptar el embarazo en caso de fallar, por esta razón están contraindicados en mujeres con ciclos menstruales muy irregulares, en adolescentes y en los casos en que un embarazo constituye un riesgo elevado para la salud de la mujer, recordemos que el fin de la anti fecundación es prevenir la llegada de hijos no planeados y evitar el embarazo de alto riesgo.

Métodos Mecánicos o de Barrera

Los métodos de "barrera" son conocidos desde épocas inmemoriales, puesto que algunos de ellos, primitivos por supuesto, se hallan descritos en papiros egipcios y en textos hebreos y de otros países, en una era muy anterior a la nuestra; su intención anti fecundativa era la misma que la que tienen los métodos de barrera vigentes, por lo que éstos sólo se diferencian de los antiguos en que han aprovechado recursos tecnológicos avanzados.

Por lo tanto, son todos aquellos métodos cuyo mecanismo de acción logra constituir un obstáculo (barrera) a los espermatozoides, impidiéndoles el paso al conducto vaginal.

Actualmente se cuenta con artefactos que en forma mecánica logran ese objetivo, además, también se han inventado compuestos químicos con acción espermicida, que aplicados

intravaginalmente desintegran o inmovilizan a los espermatozoides, antes de que intenten penetrar al conducto cervical.

Condón Masculino

Este dispositivo se conoce desde el siglo XVIII y apareció por primera vez en Inglaterra; originalmente, estaba fabricado con materiales obtenidos de animales, como intestino de cordero entre otros y su disponibilidad era muy limitada. Fue hasta mediados del siglo XIX, al inventarse la vulcanización del hule, cuando estos artefactos se fabricaron en forma masiva y se distribuyeron en el mercado a precios más accesibles.

En la actualidad, se elaboran a base de látex muy delgado y se presentan como dedos de guante, huecos y ocluidos en uno de los extremos donde se encuentra el receptáculo para contener el semen, enrollados en paquetes individuales y listos para desenrollarse sobre el pene, cuando éste se encuentra en erección, de tal manera que lo cubra desde el glande hasta su raíz. Hasta la fecha es el único método temporal para ser usado por hombres.

Ventajas del método

Su principal ventaja radica en que es un método muy seguro, pues impide completamente el derrame del líquido seminal en la vagina, ya que al presentarse la eyaculación el semen es retenido dentro del condón; en teoría se estima que su efectividad es entre 95 y 98% (Masters et al, 1995). Además, ofrece la ventaja de ser una forma eficaz de prevención del contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) incluyendo VIH/SIDA.

Por otra parte, la enseñanza sobre la forma de usarlo es muy sencilla, de tal manera que la comprensión de cómo manejarlo es muy fácil. Es económico y fácil de conseguir, no precisa prescripción médica y puede adquirirse en servicios de planificación familiar y de prevención de ITS del sector salud, farmacias, supermercados y algunos otros sitios como discotecas, bares y gasolineras a través de máquinas expendedoras.

Son especialmente útiles y recomendables para los adolescentes y cuando se tienen relaciones sexuales esporádicas. Como se presentan en multitud de formas y colores, incluso sabores, pueden convertirse en un aditamento más del juego sexual.

Desventajas de Método

El condón puede romperse y perder completamente su efectividad, la ruptura puede ocurrir por mala calidad del producto, malas condiciones de almacenamiento como traerlo en la bolsa trasera del pantalón y por el uso de lubricantes o sustancias espermicidas de base aceitosa o sustancias como vaselina, aceite para bebés, cremas para las manos, etc., ya que los aceites

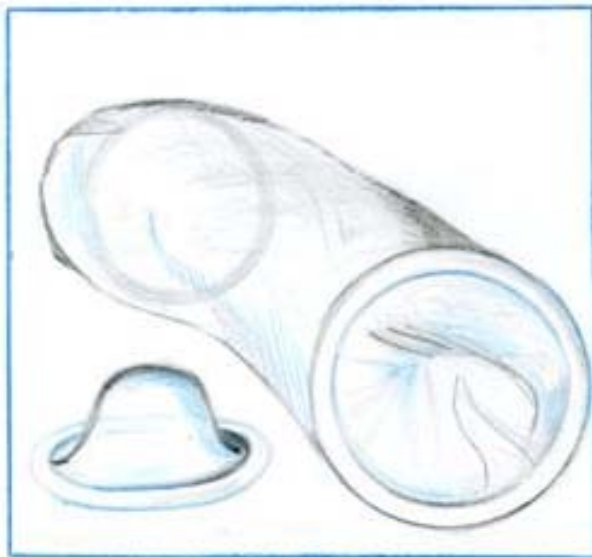
deterioran rápidamente al látex (Masters et al, 1995), también puede romperse cuando el coito se prolonga por mucho tiempo (Torres, 2000).

La principal desventaja que refieren los hombres, es que disminuye la sensibilidad del pene y hace menos satisfactoria la relación sexual, además, es necesario usar un nuevo condón en cada contacto.

Su utilización obliga a suspender la fase de excitación de la respuesta sexual, dado que hay que esperar la erección completa del pene, para en ese momento colocarlo. No puede usarse cuando alguno de los miembros de la pareja tiene alergia al látex; por lo tanto, aun cuando el condón es un método de barrera muy efectivo, requiere que el hombre y su pareja lo acepten **con sus "inconvenientes"; el hecho de que algunas veces se rompe, la aplicación incorrecta,** pero sobre todo la falta de continuidad en su uso, explican que, a pesar de ser un método seguro, la tasa global de embarazos no planeados observados; va de 10 a 20 embarazos por cada 100 parejas al año (McCary, 1999; Masters et al, 1995; Torres, 2000).

Condón Femenino

Sus inventores defienden que tiene las mismas ventajas en cuanto a economía, facilidad de uso y eficacia que el condón masculino, además, evita que la mujer dependa de su compañero sexual para protegerse.



Condón femenino

Consiste en una funda de poliuretano, transparente y absolutamente impermeable, de tamaño algo mayor que la vagina, con una boca ancha que mantiene su forma redonda y se adapta al exterior de la vulva gracias a un aro de plástico flexible. Dentro lleva otro aro que asegura la

adaptación a las paredes vaginales a fin de conseguir que el condón se mantenga tenso y en su sitio. Para mayor comodidad se presenta pre lubricado; incluso, se puede considerar más seguro que el condón masculino por el hecho de que es más difícil que se derrame semen en la vagina en el momento de retirarlo. También protege del contagio de ITS y, tiene la ventaja de que se puede colocar hasta ocho horas antes de la relación coital, sin embargo, no debe permanecer en la vagina después del coito. Su eficacia, en teoría es prácticamente total, salvo que se produzca una rotura.

Dispositivo Intra Uterino (DIU)

El dispositivo intrauterino (DIU) es un artefacto de plástico, de metal o de una combinación de estos materiales que se coloca en la cavidad uterina con fines de anti fecundación temporal. La mayoría de los DIU cuentan con uno o dos filamentos o riendas (hilos) atados al extremo distal, que sirven para su revisión, y en su momento, la extracción. Se pueden dividir en 2 tipos: los medicados, que pueden ser liberadores de progestinas, cobre o plata; y los no medicados, que sólo cuentan con un cuerpo de plástico o de acero inoxidable (Hatcher, Rinehart, Blackburn y Geller, 1997).

El uso del DIU con fines anti fecundativos está documentado desde el siglo XIX, cuando el pesario, fabricado de madera o hueso, que se utilizaba para corregir prolapsos uterinos, se usaba también para evitar la concepción, ya que parte de él se introducía dentro de la cavidad uterina, a comienzos del siglo XX, el médico alemán Ritcher describió la inserción intrauterina del intestino del gusano de seda para prevenir embarazos, en 1931 Graffenberg desarrolló más la idea; probó primero un alambre de plata alrededor de hebras de intestino de gusano de seda para reforzarlo de modo que se mantuviera en el útero y luego cambió a anillos plegables de alambre de plata u oro retorcido en espiral, reportó que sólo el 1,6% de las pacientes tratadas con anillos de plata quedaban embarazadas. Al mismo tiempo, Oto, en Japón, describió una versión diferente de anillos de plata intrauterinos (Reynoso, Lara y Aznar, 1986).

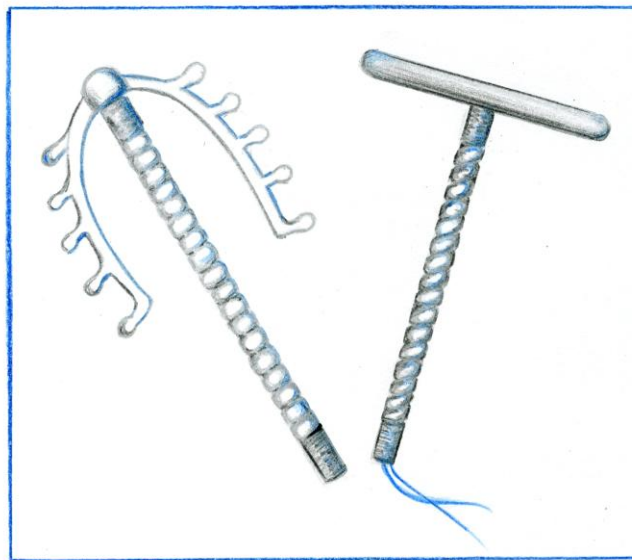
Los primeros DIU modernos aparecen en los años sesenta del siglo pasado, siendo sus principales representantes el Asa de Lippes en 1962 y la Espiral de Margulies en 1964, estaban hechos de polietileno, un plástico biológicamente inerte (Kingman, 1999).

Tatum y Zipper decidieron incluir cobre en el cuerpo del DIU, aumentando su eficacia y dando lugar al nacimiento de la segunda generación; el 7 de cobre y la TCU 200, eran más pequeños que los hechos sólo de plástico, causaban menos efectos secundarios y prevenían el embarazo eficazmente, el único problema era que había que remplazarlos más frecuentemente.

La tercera generación de DIU, que son los que se usan actualmente con más frecuencia, incluye la TCU 380-A, la TCU 220, el Nova T y el Multiload; estos son más duraderos y todavía más eficaces.

Otro tipo de DIU es el liberador de progestina, representado por el Progestasert que contiene 38 mg de progesterona y libera a razón de 65 mcg por día durante un año, cuando se debe sustituir. Otro es el LNG 20, con una vida útil de por lo menos 5 años y al cual se le atribuye una de las tasas más altas de eficacia entre los DIU existentes (Rodríguez, 2000).

El DIU debe ser colocado por un ginecólogo o ginecóloga, una vez que se está razonablemente seguro de que no hay embarazo y tras una exploración pélvica cuidadosa; también lo retira el o la especialista por solicitud de la usuaria o porque el tiempo de vida útil del DIU haya expirado, porque la paciente presente alguna complicación o que la mujer haya llegado a la menopausia.



Dispositivo intrauterino

Mecanismo de Acción

Durante años se ha sostenido la teoría de que las alteraciones al medio ambiente intrauterino provocadas por el DIU impedían la implantación del óvulo fecundado o lo destruían, sin embargo, existen numerosos estudios que aportan suficiente evidencia para considerar que el DIU actúa en etapas anteriores del proceso reproductivo y su principal mecanismo de acción es impedir la fecundación (Kingman, 1999).

Los DIU provocan una respuesta inflamatoria de bajo grado en el endometrio que conduce a la **formación de una "esponja biológica" que contiene hilos de fibrina, células fagocíticas y** enzimas proteolíticas liberadas por estas células en la cavidad uterina (Rodríguez, 2000), además, se ha demostrado que altas concentraciones de iones de cobre en el moco cervical pueden afectar directamente la motilidad espermática.

Por otro lado, se han hecho estudios con mediciones continuas de gonadotropina coriónica humana (hCG) en usuarias de DIU para tratar de determinar si existe la presencia de embarazos tempranos entre las usuarias de este método, tomando como referencia que esta hormona se detecta en orina o suero 8 a 10 días después de la ovulación y que sus concentraciones en etapas iniciales de embarazo se duplican cada 24 horas. Los estudios realizados han mostrado con mayor frecuencia detección de hCG en mujeres no usuarias que en usuarias del DIU (Kingman, 1999).

Se puede concluir que el DIU actúa sobre el óvulo y los espermatozoides de varias maneras, que su efecto altera etapas previas a la fecundación y que el efecto microabortivo atribuido a este dispositivo, no es uno de sus mecanismos de acción.

Ventajas del DIU

Tiene larga duración: la mayoría de los DIU modernos tienen vidas útiles de más de 5 años. El TCu 380-A, uno de los más ampliamente usados, ha demostrado una alta eficacia anti fecundativa por al menos 7 años. El reemplazo menos frecuente de los DIU permite reducir los riesgos potenciales como la perforación y la infección, que son más frecuentes después de la inserción.

Alta eficacia: las tasas de embarazo son de 1.8 por cada 100 usuarias de la TCu 380-A (Rodríguez, 2000), tomando en cuenta todos los tipos de DIU, Benson (1985) reporta que ocurre un embarazo en el 3% de las mujeres que son usuarias, a pesar de que el dispositivo permanece en útero.

- No interfiere con las relaciones sexuales,
- No requiere de alguna acción específica de la mujer o de la pareja para que funcione,
- Carece de los efectos adversos de los métodos hormonales,
- Reversibilidad inmediata, es decir, una vez que se ha retirado la mujer recupera su fertilidad;
- No interfiere con la lactancia,
- No tiene interacciones con ningún medicamento,
- Requiere de poca vigilancia médica; revisión una vez al año y al colocarlo, se debe dar a la información suficiente a la usuaria para que reconozca tempranamente signos que la alerten sobre una eventual complicación, de esta forma la atención médica oportuna podrá evitar complicaciones mayores o reducir daños y hacer aún más seguro para la mujer el uso del DIU.

Desventajas del DIU

Hay aumento de la cantidad y número de días de sangrado menstrual, mayor frecuencia de sangrado intermenstrual y mayor frecuencia de dolor abdominal durante los periodos menstruales

Puede haber perforación uterina con sus consecuencias, pero es sumamente rara si la aplicación ha sido correcta.

No provee protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS), por lo tanto, no es recomendable a mujeres con riesgo para ITS como las que tienen múltiples parejas sexuales o compañero con múltiples parejas sexuales, pues es más factible que desarrollen enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

La paciente no puede suspender el método por sí misma, requiere acudir con el médico para que le sea retirado. El DIU puede expulsarse, aun sin que la mujer se dé cuenta entre el 2 y el 6% de los casos, aunque varía dependiendo de muchos factores, incluyendo el tipo de DIU, en el postparto la tasa de expulsión puede ser un poco más alta (Rodríguez, 2000).

En caso de falla del método, el riesgo de desarrollar embarazo ectópico es mayor, la posibilidad de un embarazo ectópico se estima en un 4 a 10%, mientras que en la población general, las tasas de embarazo ectópico son de un poco más del 1% (Hatcher et al, 1997).

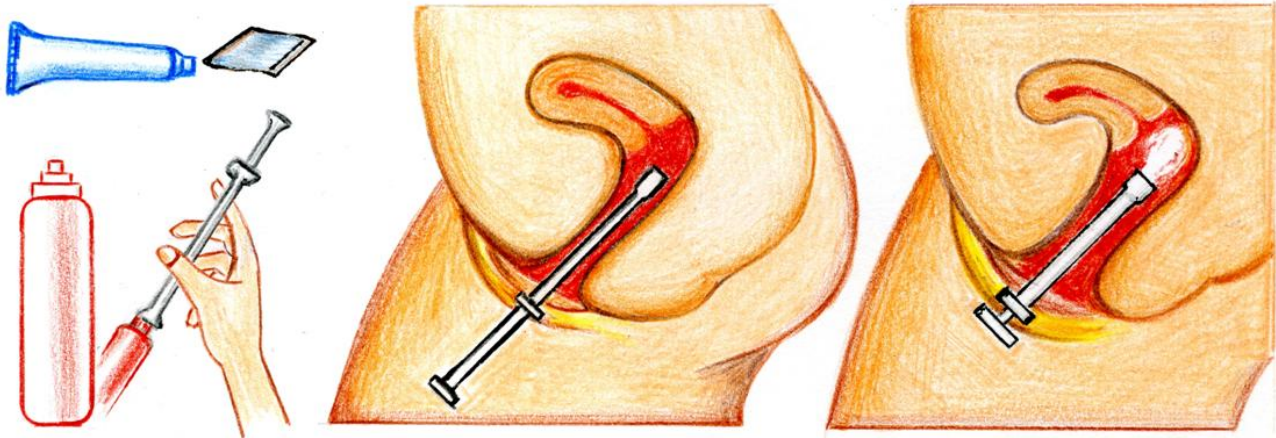
Espermicidas

Usados científicamente, son conocidos desde finales del siglo XIX, sin embargo, hay información de que su uso empírico data de tiempos inmemoriales ya que durante siglos las mujeres han introducido en su vagina hojas, frutos, esponjas empapadas en toda clase de líquidos y mil artilugios más, con el fin de impedir que los espermatozoides pudieran llegar al óvulo y fecundarlo.

En la actualidad el más usado es un fármaco perteneciente al grupo de los surfactantes, conocido químicamente con el nombre de nonoxinol 9, que fue descubierto y usado a partir de los años 50´s del siglo XX.

Su presentación farmacéutica es diversa, óvulos, espumas, tabletas vaginales, jaleas, cremas, geles y su vía de administración es vaginal. Son compuestos químicos que tienen acción espermicida por el hecho de que producen la pérdida irreversible de la movilidad del espermatozoide y destruyen de forma permanente su membrana celular.

Su forma de aplicación consiste en introducirlos a la cavidad vaginal directamente o con aplicadores, hasta el fondo de saco de la vagina, 15 o 20 minutos antes del contacto sexual, con el fin de dar tiempo a que se propaguen sobre todo el epitelio vaginal y, en el momento de la eyaculación los espermatozoides queden en su totalidad en íntima relación con el compuesto activo (Torres, 2000).



Espermicidas

Ventajas del Método

Una ventaja es que si el hombre se niega o no desea usar un preservativo, la mujer de todas maneras tiene una medida de protección anti fecundativa; por otra parte, el nonoxinol 9 ha demostrado tener una acción antibacteriana inespecífica, por lo cual protege contra algunas infecciones banales. No requieren receta médica. El uso de los espermicidas adquiere mayor valor cuando el hombre usa simultáneamente condón, pues, en caso de ruptura de éste, la posibilidad de embarazo disminuye.

Desventajas del Método

La principal desventaja del método es que requieren programar o suspender la actividad sexual puesto que requiere colocarse de 15 a 20 minutos antes de la eyaculación del hombre. Otra desventaja no menos importante es que una vez aplicados la mujer debe tolerar un escurrimiento constante mientras se expulsan espontáneamente, pues no es recomendable el uso de duchas vaginales inmediatamente después del coito ya que éstas propician el acarreo de espermatozoides, que pudieran estar aun vivos, hacia el conducto cervical.

Estos anti fecundativos están cada vez más en desuso y por su poca demanda escasean en el mercado y son costosos; además, sus tasas de fracasos son muy elevadas, 10 a 30 embarazos por cada 100 usuarias en el primer año de uso (Torres, 2000).

Métodos Hormonales

La observación original en 1937, de que la administración de progesterona inhibía la ovulación en las conejas, sentó las bases para la anti fecundación hormonal, sin embargo, la progesterona inyectada resultaba costosa y poco práctica; después de varios años de investigación, se obtuvieron sustancias sintéticas, con actividad similar a la progesterona, con

potencia varias veces mayor que ésta, a las que se llamó progestinas, algunas de las cuales eran activas por vía oral. Fue a partir de la síntesis de la noretisterona en México, en 1951, y posteriormente del noretinodrel, en Estados Unidos, cuando Pincus, en 1953 inició los ensayos clínicos que dieron lugar a la introducción en el mercado, por primera vez en 1960, de un anti fecundativo hormonal oral (Lara, 2000).

Anti fecundativos Orales Combinados

La aparición de los anti fecundativos orales combinados (AOC) en 1960, revolucionó las prácticas anti fecundativas por su elevada eficacia y su relativamente fácil forma de administración, su empleo se extendió rápidamente por todo el mundo, sin embargo, pronto se asoció con efectos secundarios indeseables, algunos de ellos graves. El componente estrogénico de la mezcla fue el primero en considerarse responsable de estos efectos secundarios, por lo que su dosis se fue reduciendo gradualmente, posteriormente se demostró que también el tipo y la dosis de la progestina estaban relacionados con algunos de estos efectos.

Los estrógenos utilizados en los AOC son: el etinil estradiol, que es de 4 a 6 veces más potente que el estradiol y el mestranol, que se usa menos, pues durante su proceso metabólico necesita transformarse a etinil estradiol para ser activo.

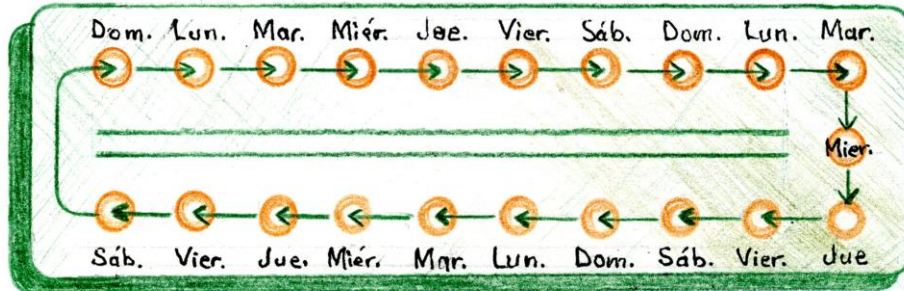
En cuanto a las progestinas, están las de primera generación o grupo estrano: noretindrona, noretinodrel, el diacetato de etinodiol, el linistrenol y el acetato de noretindrona, que prácticamente no se utilizan.

Gracias a la síntesis total de la estrona, se obtuvo otro grupo o progesteronas de segunda generación, de los cuales el más representativo es el norgestrel, que se comercializó en 1968, su isómero activo, el levonorgestrel es más potente. La tercera generación de progestinas se obtuvo a partir de derivados del norgestrel entre los años 1972 y 1975 y son: el desogestrel, el norgestinato y el gestodeno, que junto con el norgestrel integran el grupo gonano.

Otro grupo de progestinas deriva de la 17-alfa-hidroxi-progesterona; entre ellas están el acetato de clormadinona, el acetato de ciproterona y el acetato de medroxiprogesterona, que constituyen el grupo pregnano (Rubio, 1996).

La forma más utilizada para la administración de AOC es la toma diaria de una píldora por 21 días, generalmente iniciando al 5° día del ciclo menstrual, también se usó la forma secuencial, en la que se administra una píldora de estrógeno por 15 días, seguidos de una píldora de estrógeno más progestina por 6 días, esta forma se abandonó por su posible asociación con cáncer endometrial. Apareció después la forma bifásica y más recientemente la trifásica, ésta con la intención de disminuir la dosis tanto de estrógeno como de la progestina en cada ciclo

de anti fecundación. Algunas marcas de AOC incluyen en la presentación, 7 comprimidos inactivos, por lo general de diferente color a los activos, que se ingieren a diario hasta completar el ciclo e iniciar con otro, mientras que en la presentación de 21 píldoras, la mujer debe acordarse de reanudar la ingestión al cabo de una semana.



Método hormonal oral

Las dosis de estrógeno han ido disminuyendo en las más recientes formulaciones, principalmente de etinil-estradiol (EE), que se han combinado con alguna de las siguientes progestinas: noretindrona, levonorgestrel, desogestrel y gestodeno (Lara, 2000).

Con el propósito de evitar los efectos colaterales indeseables, se recomienda actualmente el empleo de las formulaciones con las dosis más bajas de estrógenos. Las nuevas progestinas, por su parte, se caracterizan porque tienen una mayor actividad progestacional, con mínima actividad androgénica, ésta responsable en parte de los efectos indeseables.

Mecanismo de Acción y Eficacia Anti fecundativa

El principal mecanismo de acción de los AOC es la supresión de la ovulación, por interferir con las hormonas liberadoras de gonadotropinas en el hipotálamo y a través de un efecto supresor directo sobre las células pituitarias y del ovario, la secreción de hormona luteinizante se altera por efecto de la progestina y el componente estrogénico afecta la secreción de hormona foliculo estimulante.

La eficacia anti fecundativa de los AOC es cercana al 99% (Benson, 1985, Lara, 2000; Masters et al, 1995), sin embargo, tomando en consideración el inicio tardío de la ingesta de las tabletas, la omisión de una o más durante el ciclo y otros factores, la eficacia real que se observa en la práctica es de 92% (Lara, 2000).

Ventajas de los AOC:

- Prevención del embarazo: cuando se utilizan adecuadamente los AOC tienen un alto grado de eficacia anti fecundativa. Además, no aumentan la frecuencia de abortos espontáneos, no tienen efecto teratogénico ni mutagénico y no se ha demostrado que disminuya la fertilidad con su uso prolongado (Benson, 1985).

- Alivio de problemas menstruales: la ingesta de AOC produce ciclos menstruales regulares con disminución en la cantidad de hemorragia mensual y del número de días, disminuyen o evitan el dolor menstrual, los síntomas de la endometriosis y la aparición de acné premenstrual. (Benson, 1985, Lara, 2000).
- Disminuyen el riesgo de cáncer y tumores: existe suficiente evidencia de que el riesgo de cáncer de endometrio y el cáncer epitelial de ovario se encuentra disminuido en las mujeres que usan AOC y la protección al riesgo aumenta con la duración del uso, además, reducen el riesgo de tumores benignos de la mama y de los quistes funcionales de ovario (Benson, 1985, Lara, 2000, Masters et al, 1995).
- Protegen de la enfermedad pélvica inflamatoria: la frecuencia de salpingitis en mujeres que toman AOC es aproximadamente de 50% en relación con las que no lo hacen, como consecuencia disminuye importantemente la enfermedad pélvica inflamatoria y la esterilidad (Benson, 1985).

Los AOC protegen también, a mujeres que los usan, de anemia por deficiencia de hierro y disminuyen el riesgo de artritis reumatoide. Recientemente se ha propuesto el empleo de las nuevas formulaciones de AOC en la peri menopausia, pues se obtiene, además de una elevada eficacia anti fecundativa, la prevención de los trastornos menstruales y de otros síntomas que suelen presentarse en esta etapa, por lo tanto, siempre que no existan factores de riesgo como tabaquismo, obesidad o hipertensión, los AOC pueden usarse hasta la menopausia.

Desventajas de los AOC y Efectos Secundarios

La ingesta diaria aproximadamente a la misma hora, durante 21 o 28 días y la reanudación en su caso, requieren de disciplina por parte de la usuaria ya que olvidar tomar la píldora se relaciona directamente con la falla del método.

Contraindicaciones

Los AOC pueden ser usados siempre que no exista embarazo, antecedentes de enfermedad tromboembólica o de accidentes cerebrovasculares, cardiopatía isquémica y reumática, presencia o antecedente de cáncer de cérvix y de mama o de tumores hepáticos malignos o benignos, enfermedad hepática aguda o crónica activa, antecedentes familiares importantes de apoplejía, migraña intensa o perturbaciones convulsionantes, diabetes mellitus grave y patología renal grave (Benson, 1985, Lara, 2000).

Anti fecundativos Orales sólo de Progestina

Conocidas como píldoras sólo de progestina (PSP) o como mini píldora, constituyen una forma de anti fecundación alternativa para las mujeres en quienes está contraindicado el uso de estrógenos y desean anti fecundación oral.

Existen dos formulaciones, una contiene linestrenol la otra levonorgestrel, debe tomarse una tableta diaria, sin interrupción, por el tiempo que se desee evitar el embarazo.

Su principal mecanismo de acción es la modificación del moco cervical, que se vuelve espeso, impidiendo el paso de los espermatozoides, también impiden la ovulación, pero sólo en la mitad de los ciclos, su eficacia anti fecundativa varía del 90 al 97% (Lara, 2000).

El efecto colateral más frecuente de las PSP es la alteración del patrón menstrual con ciclos irregulares, goteos o hemorragias entre los periodos y amenorrea, estas alteraciones pasan desapercibidas en las mujeres lactantes, que habitualmente están en amenorrea, lo que constituye una ventaja para su uso durante esta etapa de la reproducción.

Se ha encontrado que las PSP producen mínimas alteraciones sobre el metabolismo de los lípidos, con descenso de las lipoproteínas de alta densidad (HDL), altera levemente la curva de tolerancia a la glucosa y eleva las concentraciones de insulina, sin tener significado clínico, no afecta los factores de la coagulación, ni la presión arterial (McCann y Potter, 1994).

Anti fecundativos Inyectables

Fueron introducidos al mercado poco tiempo después de los AOC, los anti fecundativos inyectables constituyen una de las formas de anti fecundación hormonal más eficaces y fáciles de usar. Existen dos formulaciones, una con estrógeno y progestina y otra que sólo contiene progestina.



Antifecundativos inyectables

Inyectables combinados

El componente estrogénico es un éster de estradiol: enantato, valerianato o cipionato de estradiol, el componente progestacional puede ser acetofénido de dihidroxiprogesterona, el acetato de medroxiprogesterona o bien enantato de noretindrona.

Su mecanismo de acción, indicaciones, contraindicaciones y precauciones para su uso son similares a los observados para los AOC; la eficacia anti fecundativa es de menos de un embarazo en 100 mujeres durante el primer año de uso, las tasas de falla son de 0.2 a 0.45 (Lara, 2000).

Se administran por vía intramuscular cada 30 ± 3 días, aplicando la primera dosis en los primeros 5 días del ciclo o en cualquier día después, siempre que se esté razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada.

En los ensayos clínicos los efectos secundarios que se observan con más frecuencia son: irregularidades menstruales, cefalea, mareo, mastalgia, náusea y aumento de peso corporal.

Inyectables de Progestina Sola

La primera en utilizarse fue la formulación de acetato de medroxiprogesterona para ser aplicada por vía intramuscular cada 3 meses, posteriormente se comercializó la formulación de enantato de noretindrona para inyectarse por vía intramuscular cada 2 meses, ambas formulas con un margen de ± 2 semanas para su aplicación.

Los inyectables de progestina sola son anti fecundativos muy eficaces, con tasas de embarazo tan bajas como 0.1 a 0.6 % durante el primer año de uso, su principal efecto anti fecundativo es la inhibición de la ovulación.

Su efecto secundario es la alteración del patrón menstrual, que se presenta en cerca del 70% de usuarias y que consiste en manchados y goteos, rara vez hemorragia abundante, menstruaciones prolongadas y amenorrea, esta última se hace más frecuente conforme avanza el tiempo de uso, llegando al 50% de las mujeres en el primer año (Kaunitz, 1994), otros efectos secundarios son cefaleas, mareos y aumento de peso.

Al carecer de estrógenos, pueden ser usados por mujeres con antecedentes de tromboflebitis superficial, cardiopatía reumática, hipertensión arterial y otros procesos patológicos; pueden usarse en el postparto en los primeros días si la mujer no va a lactar o 6 semanas después si está lactando.

La amenorrea que a menudo causa el uso a largo plazo de inyectables de progestina sola, puede ser una ventaja respecto a la higiene menstrual para aquellas a quienes les es complicado el uso de toallas sanitarias y tampones.

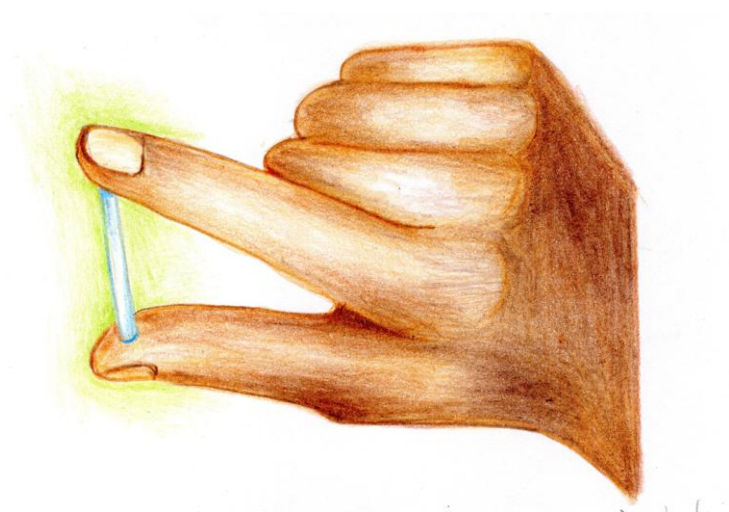
Implante Subdérmico

Es un método anti fecundativo temporal que se inserta debajo de la piel del brazo, desde donde libera a la circulación dosis bajas y sostenidas de una hormona.

El implante más conocido es el Norplant, que consiste en un juego de seis cápsulas de dimetilpolisiloxano, cada una de 34 milímetros de longitud por 2.4 milímetros de diámetro, conteniendo levonorgestrel, la liberación es constante hasta los 5 años de su uso eficaz recomendado (Lara, 2000).

El implante actúa como anti fecundativo por producir un moco cervical espeso, no penetrable por los espermatozoides, también inhibe la ovulación en cerca de la mitad de los ciclos, es uno de los métodos anti fecundativos más eficaces; la tasa acumulada de embarazos al final de los 5 años es de 1%.

Al igual que otros métodos de progestina sola, el implante tiene como principal efecto secundario la alteración del patrón menstrual, en el 20% de las mujeres puede presentarse crecimiento ovárico por acumulación de folículos no rotos, otros efectos secundarios son la cefalea, cambios en el estado de ánimo, acné y aumento de peso corporal. En general, cerca del 60% de las mujeres usuarias reporta uno o más síntomas relacionados con el método en las primeras visitas de seguimiento (Aznar, Lara, Lozano y Reynoso, 1991).



Implante subdérmico

Las tasas de retiro de Norplant son variables, dependen de la tolerancia a los efectos secundarios y del número de mujeres que deseen embarazarse; estos dos factores se manejan mejor cuando la mujer recibe una información amplia y detallada de las ventajas y desventajas del método.

Para la aplicación y extracción del Norplant se requiere de una intervención quirúrgica menor, para lo cual es necesario recibir la capacitación adecuada, las principales ventajas de este método son su elevada eficacia anti fecundativa y su larga duración. Después de extraído el Norplant, el levonorgestrel desaparece de la circulación a los 8 días y la fertilidad se recupera enseguida.

Está contraindicado en mujeres que tienen o tuvieron cáncer de mama, así como en aquellas con antecedentes familiares importantes de cáncer de mama.

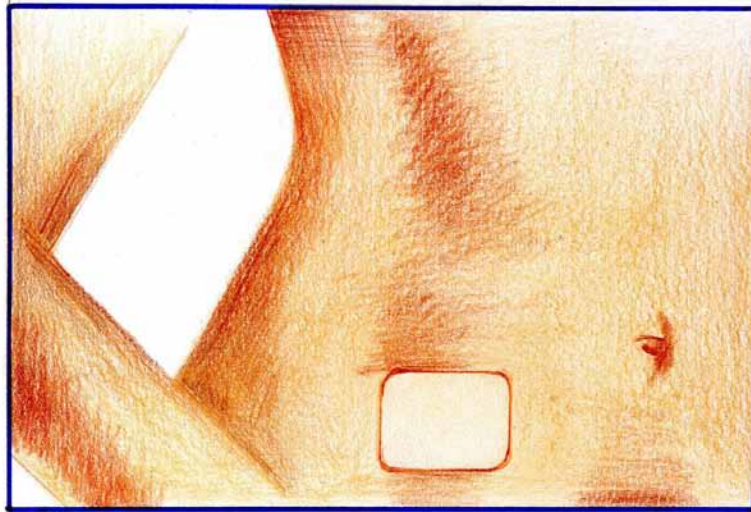
Parche Anti fecundativo

El parche anti fecundativo es un parche de plástico, color crema, delgado, que se adhiere a la piel, se coloca un parche nuevo sobre la piel una vez por semana, durante tres semanas consecutivas y luego no se coloca ningún parche durante una semana.

Al igual que otros métodos anti fecundativos, el parche anti fecundativo libera hormonas. Las hormonas del parche son las mismas que las que contienen las píldoras anti fecundativas: estrógeno y progestina, las cuales impiden la liberación de óvulos de los ovarios, es decir, impiden la ovulación, no puede haber embarazos si no existe un óvulo que se una con un espermatozoide; las hormonas del parche también previenen el embarazo al engrosar la mucosa cervical, misma que bloquea a los espermatozoides e impide que fecunden los óvulos.

Las hormonas también disminuyen el grosor del revestimiento del útero, en teoría, ésto puede prevenir el embarazo evitando que el óvulo fertilizado se adhiera al útero.

El parche es muy eficaz, si se lo coloca siempre a tiempo sobre la piel, así se mantienen correctamente los niveles de hormonas en el cuerpo de la mujer.



Parche antifecundativo

Anualmente, quedan embarazadas menos de 1 de cada 100 mujeres que usan siempre el parche anti fecundativo según las instrucciones, aproximadamente nueve de cada 100 mujeres que no siempre usan el parche anti fecundativo según las instrucciones quedan embarazadas.

Es posible que el parche sea menos eficaz en mujeres con sobrepeso, aun así, sigue siendo una buena opción para las mujeres, sin importar su peso.

Ciertos medicamentos y suplementos pueden disminuir la eficacia del parche, entre ellos se encuentran los siguientes:

- El antibiótico rifampicina; otros antibióticos no disminuyen la eficacia del parche
- Algunos medicamentos que se toman por vía oral para la infección por levaduras
- Ciertos medicamentos contra el VIH
- Algunos medicamentos para prevenir convulsiones
- Hierba de San Juan

La mayoría de las mujeres pueden usar el parche de manera segura, pero todos los medicamentos tienen ciertos riesgos. Los efectos secundarios graves del parche anti fecundativo, si bien son muy poco frecuentes, tienen más posibilidades de aparecer si se tienen problemas de salud, es posible que algunos de estos problemas hagan que se descarte el uso del parche. No debe utilizarse el parche durante un reposo prolongado en cama o en los siguientes casos:

- Embarazo
- Dolores de cabeza tipo migraña con aura
- Trastornos heredados de coagulación
- Coágulos o inflamación de las venas
- Cáncer de mama o cáncer de hígado
- Historia de infarto cardíaco, accidente cerebrovascular o angina de pecho
- Problemas graves de la válvula cardíaca
- Lupus con ciertas afecciones
- Enfermedad hepática grave
- Hipertensión no controlada
- Diabetes no controlada
- Fumadora de 35 años o más

Ventajas del parche anti fecundativo

No requiere de ninguna acción anterior a la relación coital, algunas mujeres dicen que mejora su vida sexual, ya que las ayuda a sentirse más espontáneas.

Muchas mujeres que usan el parche tienen un periodo menstrual más regular, breve y menos intenso; inmediatamente después de suspender el uso del parche, la mujer recobra la capacidad de quedar embarazada; otros beneficios para la salud pueden incluir protección contra lo siguiente:

- Acné
- Dolores menstruales intensos
- Disminución de la masa ósea

- Bultos en los pechos que no son cáncer
- Embarazo ectópico
- Cáncer de endometrio y de ovarios
- Infección grave en los ovarios, trompas y útero
- Anemia por insuficiencia de hierro
- Quistes en los pechos y los ovarios
- Enfermedad pélvica inflamatoria, que generalmente conduce a la infertilidad cuando no se trata
- Síntomas premenstruales, incluidos dolores de cabeza y depresión
- Períodos intensos y/o irregulares

Efectos secundarios del parche anti fecundativo

Los efectos secundarios más comunes por lo general desaparecen después de dos o tres meses y pueden ser los siguientes:

- Sangrado entre periodos menstruales
- Sensibilidad en los pechos
- Náuseas y vómitos
- Alteraciones del deseo sexual
- Reacción alérgica o irritación en el lugar donde se coloca el parche

Si persisten los efectos secundarios después de haber usado el parche anti fecundativo durante tres meses es importante consultar al médico.

Después de que una mujer deja de usar el parche, generalmente lleva uno o dos meses volver a los periodos menstruales normales que tenía antes de comenzar a usarlo. En ocasiones, la mujer puede tener periodos menstruales irregulares o incluso falta de éstos, el efecto puede continuar durante seis meses después de dejar de usarlo, esto es más probable si los periodos menstruales eran irregulares antes de comenzar a usar el parche.

Los efectos secundarios graves normalmente representan signos de advertencia que deben comunicarse al médico si se observan cualquiera de estos síntomas:

- Un bulto nuevo en los pechos
- Dolor de cabeza repentino y muy intenso
- Sensibilidad y dolor en las piernas
- Aura: ver líneas brillantes que titilan en forma zigzagueante, por lo general antes de un dolor de cabeza muy intenso
- Dolor intenso en el abdomen o pecho

- Dolores de cabeza que son diferentes, que empeoran o se presentan con más frecuencia de lo normal
- Falta del periodo menstrual después de tenerlo todos los meses
- Dificultad para respirar
- Color amarillento en la piel o los ojos

Por lo general, las mujeres comienzan a usar el parche dentro de los primeros cinco días después del inicio del periodo menstrual, de esa forma, están protegidas de inmediato contra el embarazo, esto significa que si el periodo menstrual comienza un miércoles por la mañana, hay tiempo de aplicarse el parche hasta el lunes siguiente por la mañana para quedar protegida de inmediato.

Si se comienza a usar el parche después de cinco días de haberse iniciado el periodo, la protección comenzará a partir de los siete días, en este caso es importante utilizar otro método anti fecundativo, por ejemplo, un condón femenino o masculino, si se tienen relaciones sexuales vaginales durante la primera semana de uso.

Es posible volver a quedar embarazada poco después de un parto, comenzar con un método anti fecundativo después de un embarazo es un tema importante para muchas mujeres, se puede empezar a usar el parche:

- Inmediatamente después de interrupción del embarazo
- Inmediatamente después de un aborto espontáneo
- Luego de esperar al menos tres semanas después del parto
- Luego de esperar al menos seis semanas después del parto si se está amamantando

Es conveniente esperar para usar el parche, si se está amamantando porque puede disminuir la cantidad y la calidad de la leche durante las primeras seis semanas de amamantamiento, además, la leche materna tendrá restos de las hormonas del parche, estas hormonas no afectan al recién nacido, pero es preferible no amamantar si se usan métodos hormonales.

Durante el descanso de una semana, generalmente aparecerá el periodo menstrual, es posible que todavía continúe el sangrado cuando se coloque otro parche, esto también es normal; el parche se debe colocar el mismo día de la semana en que se colocó durante el último ciclo; de lo contrario, hay riesgo de embarazo.

Aro Anti Fecundativo

El aro anti fecundativo es un anillo pequeño y flexible que la mujer se coloca dentro de la vagina una vez por mes para prevenir embarazos. Se deja puesto durante tres semanas y se retira la siguiente semana, todos los meses.

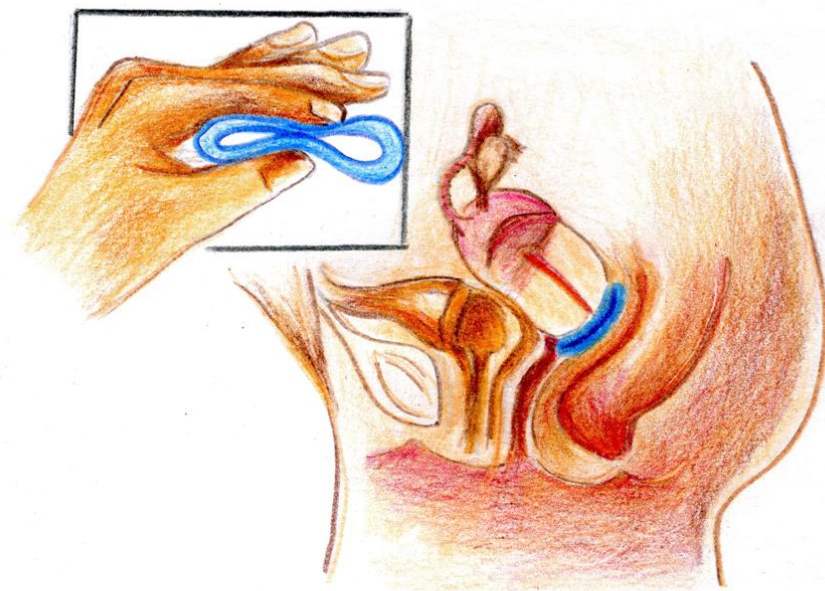
Al igual que otros métodos anti fecundativos, el aro libera hormonas; las hormonas del aro anti fecundativo son las mismas que contienen las píldoras anti fecundativas: estrógeno y progestina.

El aro anti fecundativo es muy eficaz, es más efectivo cuando se introduce y mantiene en la vagina durante tres semanas, se retira durante una semana y luego se coloca uno nuevo, así se mantienen correctamente los niveles de hormonas en el cuerpo de la mujer.

Se puede usar el aro para controlar cuándo y con cuánta frecuencia se tiene el periodo menstrual, además, el anillo puede usarse de manera continua (sin interrupción mensual) para interrumpir la menstruación.

Después de interrumpir el uso del aro, generalmente tarda entre uno o dos meses volver al ciclo normal, en ocasiones, la mujer puede tener periodos menstruales irregulares o incluso falta de periodos menstruales, esto puede continuar durante seis meses después de dejar de usarlo y, es más probable si los periodos menstruales eran irregulares antes de comenzar a usar el aro.

El uso habitual de medicamentos a base de aceite en la vagina, para tratar infecciones por levaduras, mientras está colocado el aro, puede aumentar el nivel de hormonas que se liberan en la sangre, esto no reducirá la eficacia del aro; no se conocen las consecuencias de usar estos medicamentos para las infecciones por levaduras, con el aro vaginal colocado durante un tiempo prolongado.



Aro antifecundativo

Es importante:

- Almacenarlo sin usar a temperatura ambiente y mantenerlo fuera del alcance de la luz solar directa.
- Verificar la fecha de vencimiento de cada paquete antes de su colocación.
- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Usar los dedos para unir los lados del anillo.
- Empujar cuidadosamente el anillo dentro de la vagina.
- La posición exacta del anillo no tiene importancia.
- No hay necesidad de retirar el anillo durante las relaciones sexuales vaginales.
- Retirarlo en tres semanas, el mismo día de la semana en que te lo colocaste por primera vez.
- Enganchar el dedo debajo del aro de adelante y retirar cuidadosamente el anillo de la vagina.
- Envolverlo en su empaque original y tirarlo en la basura, no por el inodoro, los anillos usados aún contienen hormonas, al usar el envoltorio original, se protege a los niños y las mascotas que puedan querer jugar con un anillo usado; también reduce la posibilidad de que las hormonas pasen al suelo o que ingresen en las cañerías de agua.

Puede producirse el embarazo en los siguientes casos:

- El anillo se sale de la vagina y no es reemplazado dentro de las tres horas siguientes.
- El anillo no permanece en la vagina durante tres semanas seguidas.
- El anillo permanece en la vagina durante más de tres semanas seguidas.
- Se olvida colocar un nuevo anillo cuando ha pasado más de una semana desde que se sacó el anillo anterior.

Si el anillo se sale de la vagina:

- Lavar el anillo con agua tibia o fría y volver a colocarlo en su lugar tan pronto como se pueda.
- Usar un método anti fecundativo de respaldo durante siete días si el anillo estuvo fuera de su lugar más de tres horas.

Si dejas el anillo en la vagina por más tiempo que el indicado, hasta cuatro semanas después de su colocación:

- Retira el anillo.
- No uses ningún anillo por una semana.
- Al finalizar la semana sin usar anillo, coloca un nuevo anillo.

Más de cuatro semanas después de su colocación

- Retira el anillo.
- Es posible un embarazo si hubo coito luego de más de cuatro semanas después de la colocación del anillo. Es aconsejable hacer una prueba de embarazo.
- Cuando vuelva a colocarse otro anillo, utilizar un método anti fecundativo de respaldo durante siete días.

Anti fecundación de Emergencia

La anti fecundación de emergencia (AE) permite prevenir un embarazo después de una violación o de haber tenido relaciones sexuales sin protección. El método consiste en tomar ciertas dosis de las píldoras anti fecundativas -que se consiguen en cualquier farmacia -en presentación tradicional o en forma de productos dedicados- antes de que transcurran 120 horas (5 días) después del contacto sexual. Su eficacia disminuye considerablemente después de las primeras 72 horas (3 días), por lo que es muy importante tomarlas lo antes posible.

Otra forma de anti fecundación de emergencia es la inserción del dispositivo intrauterino (DIU) hasta siete días después de la relación sexual sin protección.

Dependiendo del momento del ciclo menstrual en que se encuentre la mujer, la anti fecundación de emergencia puede:

- detener la liberación de los óvulos.
- dificultar el transporte de los espermatozoides.

No hay pruebas científicas concluyentes de que la anti fecundación de emergencia evite la implantación de un óvulo fecundado, en todo caso, la AE es inocua una vez que la implantación ha comenzado, de manera que no puede interrumpir un embarazo en curso. Actualmente hay productos dedicados para anti fecundación de emergencia que tienen la cantidad específica de hormonas en unidosis o en dos píldoras.

Estos productos han sido los únicos aprobados por la Secretaría de Salud y están a la venta en farmacias, en todos los casos - excepto el Postinor2 Unidosis y Ladiales con caja de 1 pastilla- se trata de una presentación de dos pastillas idénticas, que deberán ser ingeridas como se indica en el instructivo del empaque y que contienen cada una 0.75 mg de levonorgestrel, dosis necesaria para 1 tratamiento, misma que puede administrarse junta o dividida en dos tomas con un máximo de 12 horas entre una y otra.

La Organización Mundial de la Salud menciona que las mujeres que han utilizado la anti fecundación de emergencia luego de una relación sexual sin protección, redujeron sus posibilidades de embarazo en un 60-90%, cuanto más rápido la tomes mejor.

Se ha demostrado científicamente que la anti fecundación de emergencia no causa alteraciones a largo plazo en la salud de las mujeres que la han utilizado esporádicamente (una vez en un periodo de seis meses), no obstante, se pueden presentar mareos, náuseas y/o vómitos en algunas de las mujeres que usan este método. Para prevenir náuseas, se puede tomar una medicina contra el vómito (los llamados antieméticos (como Dramamine) media hora antes de ingerir las píldoras anti fecundativas.

Si hay vómito en las primeras dos horas después de tomar las pastillas anti fecundativas, se debe tomar nuevamente la dosis, para asegurar su eficacia, si nuevamente se vomita, pueden introducirse las píldoras anti fecundativas vía vaginal (lo más adentro que se pueda). No se deben tomar más dosis de las indicadas. Esto no hace al método más efectivo y puede incrementar la sensación de náusea.

La siguiente menstruación puede presentarse unos días antes o después de lo esperado. Éste no es un mal signo, pero es necesario vigilar que se presente. Es importante solicitar ayuda médica si el siguiente periodo menstrual es distinto a como suele ser, especialmente si:

- la menstruación es más ligera que lo habitual
- la menstruación se retrasa más de una semana respecto a la fecha prevista
- hay dolores inusuales o intensos de cabeza o vientre bajo

Aunque es poco común, la AE puede provocar malestares como: hipersensibilidad en los pechos, dolor de cabeza, retención de líquidos o mareos, ninguna de estas reacciones debe durar más de 24 horas, de ser así, hay que consultar a un médico.

La anti fecundación de emergencia no debe ser usada en lugar de los métodos habituales de planificación familiar, como su nombre lo indica, sólo debe usarse en caso de emergencia; por ejemplo:

- en caso de violación
- falla del método anti fecundativo regular (se rompe el condón, el DIU se mueve de lugar)
- la mujer ha olvidado tomar dos o más pastillas anti fecundativas de uso diario
- se han tenido relaciones sexuales sin protección y la mujer no quiere embarazarse

La anti fecundación de emergencia no sustituye al condón. No evita contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH. Las mujeres que tienen relaciones sexuales están más protegidas cuando utilizan métodos anti fecundativos regulares.

Si se piensa reanudar relaciones sexuales y no se están utilizando anti fecundativos, es necesario adoptar el uso de alguno, si existen dudas sobre la elección del método, se pueden

usar condones y espermicidas de manera temporal y pedir asesoría médica con especialistas en planificación familiar y/o educación sexual, para que informen de manera amplia y suficiente las opciones que existen y que más se adecuen a las necesidades y preferencias personales.

Métodos Quirúrgicos

Los avances logrados en la tecnología quirúrgica y anestésica, nos permiten poner en práctica **la llamada "cirugía de mínima invasión" con excelentes resultados, mayor seguridad y sobre todo una rápida recuperación de los pacientes para incorporarse a sus actividades cotidianas** (de la Jara, 2000).

La esterilización voluntaria es sin duda el método anti fecundativo más utilizado en todo el mundo; la del hombre tiene aceptación creciente; en conjunto, la esterilización del hombre y la mujer representan el 44% de todos los métodos anti fecundativos usados en los países en vías de desarrollo (Family Health International, 1998).

Asesoramiento

Uno de los aspectos más importantes en lo relativo a la esterilización es la consejería que deberá brindarse a los pacientes, la decisión de poner fin a la fertilidad es trascendental, como sucede con todos los métodos anti fecundativos, la decisión en el caso de la esterilización es voluntaria y debe tomarse sin ejercer la más mínima presión y dando toda la información que requiera la o el solicitante quien, además, debe conocer acerca de los otros métodos de duración prolongada disponibles. Si la persona que lo solicita no está totalmente decidida el procedimiento debe posponerse hasta que esté segura y se le animará para la utilización de algún otro método temporal.

El asesoramiento sobre métodos quirúrgicos debe incluir información acerca de las posibles complicaciones, cómo reconocerlas y donde acudir en caso de que se presenten, también deberá informarse que la esterilización no protege contra las ITS, incluida la infección por VIH.

Una vez que el o la paciente haya tomado la decisión se le proporcionará una forma de consentimiento informado, la cual debe leer, discutir las dudas y firmar, dicho consentimiento señala, entre otras cosas, que existen métodos anti fecundativos temporales, que la esterilización es permanente y requiere de una intervención quirúrgica y un procedimiento anestésico, lo cual implica riesgos, pero también beneficios, quien lo solicita puede cambiar de parecer en cualquier momento antes de la operación.

La información acerca del procedimiento debe ser lo más amplia posible, explicando cuál es la técnica de la cirugía, el tipo de anestesia, como prepararse para la operación y que esperar

después; se debe especificar cuándo volver al trabajo, reanudar relaciones sexuales y asistir a una visita de seguimiento.

Muchos hombres y mujeres tienen la idea de que la esterilización es fácilmente reversible; el clínico debe establecer claramente qué los efectos de esta cirugía son permanentes y que, a pesar de que las operaciones de reanastomosis han mejorado mucho en los últimos años, el éxito depende de muchos factores (de la Jara, 2000).

Con un buen asesoramiento, las posibilidades de arrepentimiento son menores, se calcula que las tasas de arrepentimiento están entre un 2 y un 13 %, una de las causas es la edad, principalmente en las mujeres, cuando la solicitante es menor de 30 años, es más posible que se arrepienta de haberse sometido a la esterilización (Wilcox, Chu, Eaker, Zeger y Peterson, 1991). Otras razones comunes de arrepentimiento son: la decisión de haberse hecho esterilizar siendo solteros, recién casados o cuando no se tienen hijos hombres, si la decisión fue tomada bajo presión, si el compañero o compañera se opone, si fallece un hijo después del procedimiento o si la mujer tomó la decisión durante el parto o poco después del mismo o de un aborto.

Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) y Salpingoclasia

Estos métodos consisten en la oclusión de las trompas de Falopio o salpinges, con el fin de evitar el paso de los óvulos hacia la cavidad uterina y de los espermatozoides hacia la fimbria de manera que nunca se pongan en contacto.

De acuerdo a la relación temporal de la esterilización con el embarazo se clasifica en: Postparto, transcesárea o postaborto si la operación se realiza durante o inmediatamente después de alguno de estos eventos; se conoce como esterilización de intervalo, cuando no hay relación temporal con el embarazo.

Básicamente la esterilización quirúrgica incluye dos procedimientos:

Salpingoclasia

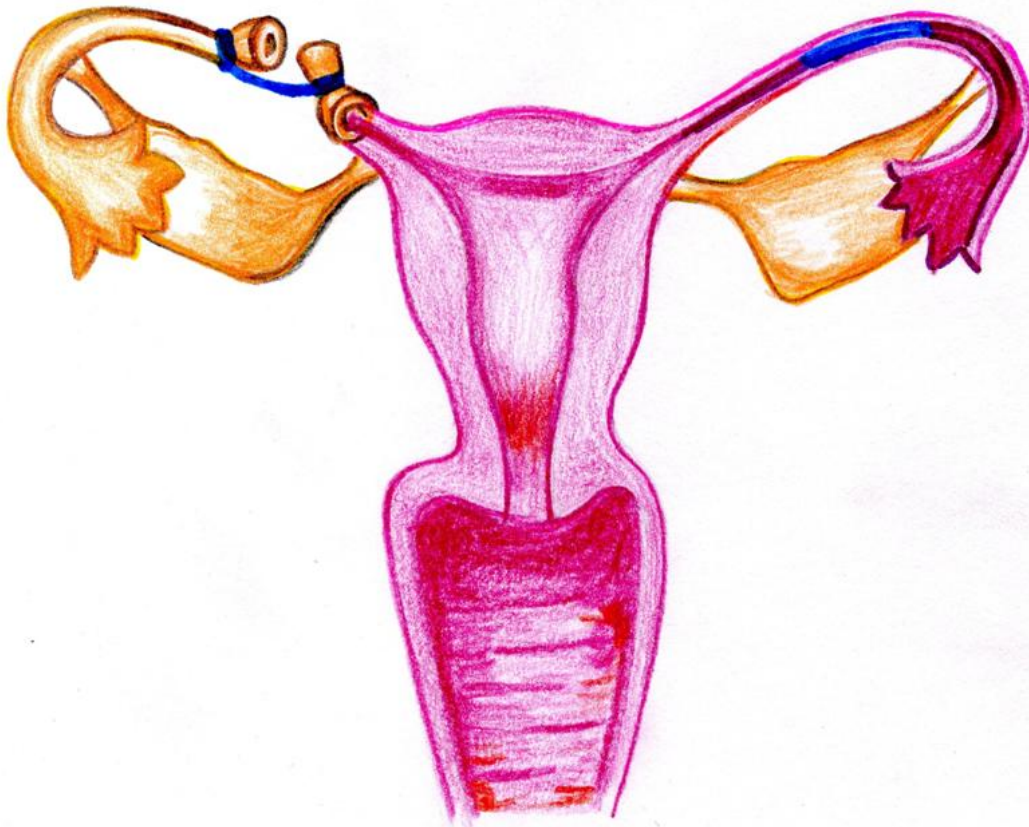
Para acceder a las salpinges, se pueden utilizar diferentes vías: laparotomía, minilaparatomía **(conocida como "minilap")**, laparoscopia, **vía transvaginal o la vía transcervical**, la aproximación abdominal ya sea por minilap o por laparoscopia, es la técnica más utilizada en la actualidad (Wilcox et al, 1991).

La oclusión o bloqueo se puede realizar con ligadura y escisión de un fragmento de cada salpínges, se puede llevar a cabo con métodos eléctricos o se pueden aplicar dispositivos mecánicos como anillos o clips.

La ligadura es la técnica de oclusión más antigua y también la más común, es segura, barata y no requiere de ningún equipo especial a menos que se realice por vía laparoscópica. La técnica de Pomeroy fue descrita por primera vez en 1930, es muy sencilla y efectiva, consiste en atar la base de un asa de la salpinge en su porción media, con un material de sutura absorbible, de preferencia catgut simple, se corta la parte superior del asa por encima de la sutura y, debido a que la absorción de ésta es rápida, disminuye el riesgo de inflamación y fistulización, después de la absorción de la sutura, los extremos de las salpinges quedan separados (de la Jara, 2000).

Se considera que la tasa de falla durante el primer año después de la esterilización es de 1 por cada 200 procedimientos, sin embargo, estudios a largo plazo parecen indicar que a los 10 años la falla es de 1 por cada 55 procedimientos (Hatcher et al, 1997).

Las razones por las que puede fallar la intervención son diversas; la mujer se encontraba embarazada en el momento de realizar el procedimiento (embarazo en fase lútea); confusión de otras estructuras pélvicas con las trompas de Falopio, por ejemplo, los ligamentos redondos; fallas del equipo, recanalización de las trompas uterinas y fistulización.



Oclusión tubaria bilateral

La OTB es hoy en día el método anti fecundativo más efectivo. La OTB consiste en la colocación de dos implantes de silicón dentro de las tubas uterinas (uno en cada tuba), es un procedimiento menos invasivo y con mayor garantía de éxito a largo plazo.

Complicaciones

A medida que se han perfeccionado las técnicas de esterilización, las complicaciones han disminuido; en estudios a gran escala se mencionan complicaciones serias como las relacionadas con la anestesia, infección, hemorragia y complicaciones cardiovasculares en el 1% de los casos como máximo, complicaciones menores se presentan en menos del 5% de los casos, como infección de la herida y hemorragia leve (de la Jara, 2000).

Efectos a Largo Plazo

Existen grandes controversias relacionadas con los efectos a largo plazo de la esterilización de la mujer en la salud de las mujeres, los trastornos menstruales son los que se presentan con más frecuencia, sin embargo, estudios recientes han demostrado que no hay grandes diferencias en cuanto a la frecuencia de trastornos menstruales entre las mujeres que han sido esterilizadas y mujeres que utilizan otros métodos de anti fecundación (Wilcox, Martínez-Schnell, Peterson, Ware y Hughes, 1992).

Otros problemas ginecológicos que se han relacionado con la esterilización son enfermedad pélvica inflamatoria, cervicitis y necesidad de legrado o de histerectomía, sin embargo, no son frecuentes entre las mujeres esterilizadas según uno de los estudios prospectivos más grandes realizados hasta el momento (Vessey, Huggins, Lawless y Yates, 1983).

La relación entre esterilización y cáncer de ovario también ha sido estudiada y al parecer, existe una relación inversa entre esterilización y cáncer de ovario, con tasas de 0.33%; también existe la idea de que la esterilización protege en contra de la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) debido a que al estar ocluidas las trompas, resultaría difícil el ascenso de infecciones hasta la cavidad abdominal, realmente no se ha demostrado que la EPI sea menos frecuente entre las mujeres esterilizadas, al parecer es sólo una idea intuitiva (de la Jara, 2000).

Los efectos psicológicos de la esterilización dependen de las circunstancias que rodean a la mujer en el momento de tomar la decisión, no se ha demostrado que la esterilización aumente los casos de depresión o suicidio entre mujeres que se han sometido a este procedimiento, pero si se ha observado que aquellas mujeres que decidieron la esterilización bajo presión o antes de los 30 años de edad, son las que con mayor frecuencia solicitan la reversión del procedimiento.

Vasectomía

Esta técnica sirve para ocluir los conductos deferentes y evitar así, que los espermatozoides pasen a través de estos conductos, la técnica tradicional se realiza haciendo dos incisiones en el escroto, cortando y suturando.

Uno de los avances más significativos en lo relativo a la esterilización del hombre es el desarrollo de la técnica de vasectomía sin bisturí, esta Técnica ideada en China por el Dr. Li Shunqiang, ha permitido esterilizar desde 1974 a más de 9 millones de hombres en china (de la Jara, 2000).

Para llevar a cabo la técnica sin bisturí -y sin sutura-, se utilizan dos pinzas diseñadas por Li, una de ellas sirve para fijar los conductos a través de la piel y la otra para disecar los conductos y su fascia, una vez aislado el conducto, se liga con seda y se corta un fragmento aunque también se pueden ocluir con electrocoagulación, termo coagulación o clips; para mayor seguridad se recomienda interponer la fascia entre los segmentos del deferente seccionado, la pequeña herida en la piel del escroto se cierra con un vendotele. Un cirujano adiestrado realiza la operación en 10 minutos, se utiliza anestesia local y es un procedimiento totalmente ambulatorio.

Las tasas de embarazo después de la vasectomía son menores al 1%; las causas más comunes de fracaso son: fallas en el procedimiento, reanudación de las relaciones sexuales demasiado pronto después de la operación y recanalización espontánea de los conductos deferentes. (De la Jara, 2000).

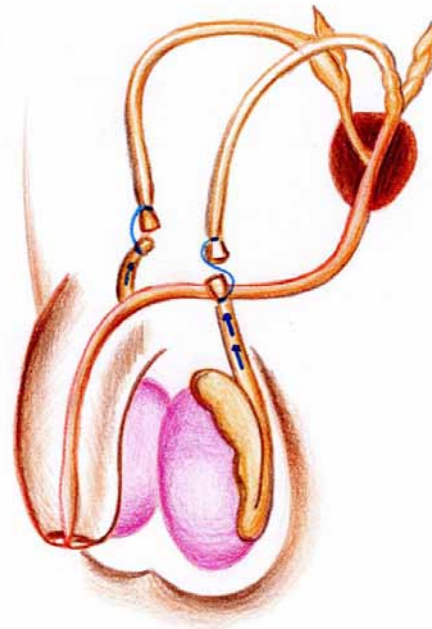
A diferencia de la salpingoclasia y la OTB, la vasectomía no surte efecto inmediatamente; se requieren 3 meses o 20 eyaculaciones posteriores a la operación, como mínimo, para que los conductos deferentes y las vesículas seminales se vacíen de espermatozoides, por ello, es necesario recomendar a la pareja la utilización de algún método contraceptivo eficaz después de realizar la operación, lo ideal es que una vez cumplido el tiempo o el número de eyaculaciones se practique un examen de semen para verificar que, efectivamente, ya no hay espermatozoides en el líquido seminal.

Con la vasectomía, también son motivo de preocupación los efectos a largo plazo, sin embargo, hasta la fecha no se ha demostrado que la vasectomía cause aterosclerosis, cáncer testicular o cáncer de próstata (Moller, Knudsen y Lynge, 1994; Hayes et al, 1993). La vasectomía presenta grandes ventajas sobre la esterilización de la mujer, sin embargo, es un método de planificación familiar mucho menos utilizado.

La planificación familiar es la forma que las personas tienen para conformar la familia de acuerdo a los deseos, necesidades, valores, creencias y posibilidades sociales y económicas y la época de vida en la que se desea hacerlo.

Otra faceta de la planificación familiar es el control de la fertilidad, para lo que existen razones personales, médicas, sociales, económicas y políticas, la mejor forma de limitar la natalidad es utilizar alguno de los métodos anti fecundativos que se dispone en la actualidad, los cuales han evolucionado a través de la historia por el trabajo de innumerables personas que se han empeñado en buscar métodos seguros, eficaces y de fácil acceso. Sin embargo, no existe un **método anti fecundativo "ideal" que sea útil para todas las personas, en cualquier edad y bajo** cualquier circunstancia, por lo que los proveedores de planificación familiar deben tener en cuenta los riesgos y beneficios para la persona, su estado de salud, edad y circunstancias personales al ofrecerles un método, así como asegurarse de que la información e indicaciones que proporcione sean bien entendidos y aceptados por cada mujer u hombre que solicite servicios de planificación familiar.

La esterilización no se debe imponer a ninguna persona, a pesar de que se piense que es lo mejor para ella.



Vasectomía

SERVICIOS DE ANTIFECUNDACIÓN Y EDUCACIÓN SEXUAL PARA ADOLESCENTES

En cualquier circunstancia y edad, la elección de un método anti fecundativo debe basarse en dos premisas básicas: la primera es que no existe un método ideal y, la segunda que la elección implica una opción libre e individual. Por ello se hace necesario tener en cuenta las características individuales de los usuarios y adecuar las estrategias de intervención a sus necesidades y expectativas, esto es especialmente relevante en el grupo de adolescentes por las características biológicas, psicológicas y sociales, que condicionan su comportamiento

sexual y reproductivo y, por las especiales e importantes repercusiones que el embarazo no planificado tiene en este grupo de edad.



La consulta de anti fecundación en la adolescencia exige tener en cuenta una serie de factores que directa o indirectamente inciden sobre el elevado riesgo de embarazo en este grupo de edad:

- **Inicio temprano de las relaciones sexuales coitales**
- **Relaciones sexuales irregulares, con frecuencia espaciada y muchas veces no previstas**
- **Se consideran monógamos, pero son frecuentes los cambios de pareja y en muchos casos la duración de la pareja es breve; monogamia sucesiva o "en serie"**
- **Escasa y deficiente utilización de métodos anti fecundativos**, atribuible a desinformación sobre anti fecundación y sobre riesgo de embarazo, creencias erróneas, objeciones morales o de otra índole, falta de previsión y dificultades de acceso a los servicios.
- La anti fecundación no precede ni acompaña a las primeras relaciones coitales, se pospone entre 12 y 24 meses desde su inicio y, cuando son usuarios de anti fecundación el uso es muy irregular y la mayoría de las veces de métodos no eficaces.
- **Dificultades para establecer relaciones de causa – efecto** entre la conducta sexual que proporciona placer inmediato y el riesgo probable futuro de gestación e ITS.
- **El ocio está mediatizado por el consumo de alcohol y otras drogas.**

Por ello, el abordaje de la anti fecundación en la adolescencia debe realizarse desde un doble aspecto preventivo, que incluya prevención del embarazo no planificado y prevención de **infecciones de transmisión sexual, es decir, desde la perspectiva de doble protección o "Double Ducht"**.

La anti fecundación en la adolescencia debe reunir una serie de requisitos por las circunstancias y características especiales de esta edad:

- **Debe tener en cuenta el grado de maduración biológica y no interferir en el desarrollo y el crecimiento estatural**
- **Debe ser reversible salvo casos excepcionales, como** enfermedades o deficiencias psíquicas aconsejen lo contrario
- **Debe ser adecuado a su actividad sexual, valorando el tipo y frecuencia y, la existencia de compañero no monógamo o cambios frecuentes de pareja**
- **Debe ser de fácil realización, los métodos cuyo uso requiera mayores cuidados pueden no ser adecuados para adolescentes**

Establecidos estos requisitos, la clasificación de Rosenfield y Fathalla, modificada por Triguero y Bolaños (FIGO, 1990), establece cuatro categorías de métodos anti fecundativos para la adolescencia:

- **Recomendables: incluyen preservativos y anti fecundativos orales de baja dosis.**
- **Aceptables: incluyen espermicidas y anti fecundativos inyectables.**
- **Poco aceptables: incluyen DIU, anti fecundación quirúrgica y métodos naturales.**
- De emergencia: anti fecundación postcoital.

En ausencia de un método anti fecundativo ideal, es muy importante poner a disposición del/la adolescente la gama más amplia posible de métodos anti fecundativos, analizando detalladamente cada uno de ellos en relación a las variables biológicas, psicoafectivas, socioeconómicas y los valores del entorno en que se desenvuelve; por lo que, la edad, situación familiar, entorno social, nivel educacional, características de la actividad sexual y el grado de maduración psicológica, deben ser evaluados sistemáticamente, individualizando la indicación anti fecundativa y tratando de promover que el/la adolescente se sienta partícipe en la elección.

Es indudable que, para ello, se hace necesaria:

- **Atención multidisciplinar**, capaz de analizar las distintas variables que influyen en su conducta y que posibilite la atención integral de sus demandas.
- **Profesionales capacitados y sensibilizados ante sus características y necesidades.**
- **Disposición para la escucha activa: que** favorezca la expresión de temores, inquietudes, deseos, actitudes y valores, posibilitando la expresión de demandas ocultas.
- **Actitud y trato distendido evitando juicios y paternalismos, que favorezca una relación de empatía.**

En definitiva, una atención que garantice la gratuidad, accesibilidad fácil sin previa cita, confidencialidad y privacidad, donde los adolescentes encuentren un espacio adecuado a sus necesidades y expectativas.

La consejería en anti fecundación es un proceso de comunicación bidireccional cuyos objetivos son la identificación de las necesidades y la toma de decisiones en lo que respecta a la anti fecundación.

La elección/indicación de un método anti fecundativo debe contemplar factores dependientes del método (perfil del método) y, factores dependientes del usuario (perfil del usuario).

Perfil del método anti fecundativo:

1. Eficacia. Se refiere a la capacidad del método para evitar el embarazo, no siempre es una cualidad inherente al método en sí, en muchas ocasiones la eficacia teórica dista de la eficacia real al estar condicionada por la utilización de la usuaria.
2. Seguridad. Se refiere a la capacidad de un método para alterar positiva o negativamente la salud, la elección segura debe valorar el estado de salud del/de la potencial usuario, así como las contraindicaciones e indicaciones de cada uno de los métodos anti fecundativos.
3. Reversibilidad. Se refiere a la recuperación de la capacidad reproductora al interrumpir el empleo del método anti fecundativo.
4. Facilidad/complejidad de uso. Está relacionada con factores no dependientes del método en sí, tales como: nivel educacional, maduración psíquica, conocimiento del propio cuerpo y habilidades manuales, que es necesario individualizar en cada usuario.
5. Relación con el coito. En cuanto que su empleo pueda afectar o no a la calidad de la relación percibida por el usuario o la usuaria, motivando positiva o negativamente su uso eficaz.
6. Precio. Puede ser un factor que influya en la elección de un anti fecundativo, sobre todo en colectivos con escasos recursos, máxime en un momento en que los métodos considerados como recomendables no son financiados por el sistema público de salud.

Perfil del usuario:

1. Edad. Condiciona la elección/indicación de un método en cuanto tiene que ver con el grado de maduración biológica y psicológica.
2. Actividad sexual. Tipo y frecuencia de las relaciones coitales y número de parejas sexuales.
3. Perfil de salud y percepción individual de los riesgos asociados al uso de anti fecundación. Tiene relación directa con la seguridad del método y con la percepción subjetiva de seguridad.
4. Aceptabilidad. La elección de un método debe ser compatible con las normas confesionales, creencias, valores y normas de conducta de cada usuario.
5. Impacto sobre la economía.
6. Nivel educacional.

7. Entorno familiar y social que pueden ser facilitadores o restrictivos del uso de anti fecundación y de su seguimiento.
8. Grado de maduración psicológica. Condiciona la motivación, la aceptabilidad, el cumplimiento y el control o seguimiento del método.

Sistematización del consejo anti fecundativo en la adolescencia

Debemos considerar aquí nuevamente la enorme importancia de la actitud de los profesionales, abierta y flexible, generadora de un ambiente y trato distendidos, la escucha activa que facilite la expresión de sus deseos y de demandas ocultas y la necesidad de la capacitación y sensibilización de los profesionales en torno a las características, vivencias y expectativas de los adolescentes.

Anamnesis e historia clínica detalladas

Son elementos básicos en la valoración del estado de salud y en la búsqueda de factores de riesgo, que indiquen o contraindiquen la elección de un método anti fecundativo y, por tanto, para la seguridad de su empleo. Debe aportar datos sobre:

- **Edad y grado de maduración biológica y psicológica, ambos están estrechamente relacionados;** su valoración es importante no sólo para determinar la indicación de un método anti fecundativo, sino porque influirán en la motivación, la aceptabilidad y el cumplimiento de su uso.
- **Antecedentes familiares y personales. Ayudan a conocer el perfil de salud y, por tanto, a** indicar o contraindicar el empleo de algunos métodos anti fecundativos.
- **Historia ginecológica, anti fecundativa y obstétrica.** Aportará datos sobre edad de la menarquía, método menstrual, posibles enfermedades ginecológicas/urológicas previas, embarazos o abortos, uso y/o conocimiento de anti fecundación, que serán de gran interés en la elección del método anti fecundativo; algunas enfermedades o características ginecológicas pueden beneficiarse del empleo de determinados métodos. La historia anti fecundativa y obstétrica nos permitirá evaluar la motivación, la tolerancia y la percepción de riesgo de la usuaria.
- **Historia sexual.** Se orienta a conocer:
 - Si existen o no prácticas coitales.
 - Edad de inicio de las relaciones coitales.
 - Tipo de actividad sexual y frecuencia.
 - Relaciones no previstas.
 - Lugar donde se desarrolla la actividad sexual.
 - Estabilidad de la pareja.
 - Grado de participación de la pareja en la anti fecundación.
 - Número de parejas sexuales, monogamia sucesiva.

La elección de un método anti fecundativo en la adolescencia estará fuertemente condicionada por estos factores, ya que en función de ellos se valora la eficacia y la seguridad de los distintos métodos y la idoneidad o no de la elección de un método concreto.

- **Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, drogas y características del consumo.** Se ha comentado ya, cómo el ocio está mediatizado por el consumo de alcohol y drogas en la "subcultura juvenil" y cómo éstos disminuyen la percepción de riesgo y evitan u obstaculizan conductas preventivas.
- **Nivel educacional: un adecuado nivel de conocimientos facilitará la comprensión, la aceptabilidad y la motivación para el adecuado uso de métodos anti fecundativos, así mismo, las habilidades de comunicación y de "negociación" serán facilitadoras del uso del método.**
- **Entorno familiar.** Numerosos estudios indican que el entorno familiar ejerce una gran influencia en el inicio temprano de las relaciones sexuales y en la conducta sexual posterior del adolescente; por otro lado, la mayor o menor "permissividad" familiar para el uso de anti fecundativos, influirá positiva o negativamente en el acceso a los servicios, el uso adecuado del método anti fecundativo y el seguimiento posterior de éste.
- **Entorno socioeconómico.** Los adolescentes tienen que ver con conductas de grupo, con normas y valores propios del grupo en el que encuentran un "referente"; el empleo y la eficacia de un método anti fecundativo depende de la valoración del mismo por el entorno en que el/la adolescente se desenvuelve, de la valoración "social" del método percibido por el/la adolescente. El poder adquisitivo puede condicionar así mismo el uso, y sobre todo, el uso continuado de un método anti fecundativo concreto.

El empleo de cualquier método anti fecundativo es considerablemente más seguro que un embarazo adolescente no planificado.

Información clara y precisa

Es necesario proporcionar toda la información disponible de cada una de las opciones anti fecundativas y de su correcto uso, el proceso informativo es un elemento clave para el buen cumplimiento y la eficacia de la anti fecundación. Se hará siempre hablando en positivo de la anti fecundación, fomentando la escucha activa, que precisa tiempo y capacidad de escucha, para que la asesoría no pierda la bidireccionalidad que debe caracterizarla, permitiendo espacios en que los y las adolescentes puedan transmitir dudas, temores, necesidades y "demandas ocultas" o implícitas. Sin perder el objetivo de la participación del adolescente en la elección: elección libre informada y sin olvidar la información y la accesibilidad a la anti fecundación postcoital. La información sobre las distintas opciones anti fecundativas debe incluir:

- **Información sobre la eficacia de cada uno de los métodos y el importante papel del cumplimiento o uso correcto de los mismos, para maximizar su eficacia.**

- **Información sobre las ventajas y la relación riesgo/beneficio que conlleva** el empleo de cada una de las posibles opciones anti fecundativas individualizadas a cada usuario.
- **Información sobre riesgos y contraindicaciones de cada método.**
- **Información sobre posibles efectos no deseados, para que el/la adolescente sepa** reconocerlos y valorarlos en su justa medida y eliminar las posibilidades de abandono o discontinuidad en el uso que disminuirían la eficacia del método.
- **Información detallada sobre el correcto uso, adecuada a las características de cada** adolescente, todos los métodos anti fecundativos requieren instrucción precisa, que debe ser apoyada con aporte documental, trípticos o folletos, sobre la rutina y conocimiento de la opción anti fecundativa.
- **Información sobre la necesidad o no de controles médicos periódicos y exámenes** clínicos o determinaciones analíticas y, en su caso, explicar qué tipo de controles, por qué son necesarios, cuántos, cada cuánto tiempo y modo de acceder a los mismos.
- **Facilitar la accesibilidad mediante consulta personal y telefónica, para plantear** dudas, inseguridades o problemas surgidos durante la utilización del método anti fecundativo por el que se ha optado, lo que evitará el abandono, favoreciendo la continuidad del uso.
- **Facilitar la continuidad de uso, se debe informar e insistir en la** necesidad de uso continuado y permanente del método mientras existan relaciones sexuales coitales o probabilidad de mantenerlas.
- **Todo el proceso informativo o de asesoría debe tratar de eliminar creencias erróneas y** mitos, fruto de la desinformación previa, en lo que se refiere a la anti fecundación, la sexualidad y las relaciones afectivas. La consulta de anti fecundación siempre es un buen momento para promover la educación sanitaria en general y la educación sexual en particular, en este sentido, es importante promocionar las prácticas sexuales no coitales y reforzar su capacidad para decidir si desean o no mantener relaciones sexuales y de qué tipo.

Valorar la aceptabilidad o grado de adecuación

La aceptación y adecuación de las opciones anti fecundativas a las creencias y valores de cada adolescente es fundamental, porque ello repercutirá en el uso y la continuidad de uso del método optado y, por tanto, en la eficacia del mismo. Ya se ha comentado que la aceptabilidad tiene que ver con el entorno social y familiar del/de la adolescente y con su grado de maduración psicológica.

Valorar el grado de motivación

La actitud del/de la adolescente hacia las características y uso de cada método y la adecuación de éstos a sus características y expectativas anti fecundativas, está condicionado por el nivel educacional, el entorno socio familiar y el grado de conocimiento sobre anti fecundación; la buena motivación condiciona el uso correcto y continuado del método y, con ello, la eficacia.

Asegurar un adecuado cumplimiento

El cumplimiento se define como el grado de concordancia entre la 'prescripción' de un método y la conducta del/de la usuario/a, en este caso el/la adolescente; es decir, el uso continuado y correcto de una opción anti fecundativa. Es importante su valoración, porque es un factor determinante de la eficacia anti fecundativa de un método, son facilitadores de un buen cumplimiento; la motivación, aceptabilidad, participación del adolescente en la elección, percepción de seguridad y, la correcta información que conlleve a un uso adecuado y continuado de la opción anti fecundativa libremente elegida.

Sólo el detenido análisis de este conjunto de factores individuales y del entorno sociocultural permitirá la elección del método anti fecundativo más idóneo para cada adolescente.

Bibliografía

- 1) Anticoncepción de emergencia. Extraído el 17 de febrero de 2012 desde www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=11
- 2) Aznar, R.R., Lara, R.R., Lozano, B.M., Reynoso, R.L. (1991). Implantes Subdérmicos Liberadores de Levonorgestrel. Primer año de experiencia. *Ginec Obstet Mex*, 59: 32-34.
- 3) Benson, R.C. (1985). Manual de ginecología y obstetricia. México: Manual Moderno.
- 4) Breman, P., Bankhead, C., Silman, A. (1997). Oral Contraceptives and Rheumatoid Arthritis results from a primary care-based incident case-control study. *Semin Arthritis Rheum*, 26 (6): 817-23.
- 5) Calaf, A.J. (1997). Manual básico de contracepción. México: Masson.
- 6) Chasan-Tiber, L., Willett, W.C., Manson, J.E., Spiegelman, D., Hunter, D., Curhan, G., Colditz, G. Stamfer, C.R.A. Choosing the ideal contraceptive. *Obst Bynec. Rep.*, 1990.
- 7) Cornellà, I., Canals, J. (1998). Técnicas de entrevistas con el adolescente. Madrid: Anales Españoles de Pediatría.
- 8) Cravioto, M.C., Alvarado, G., Canto de Cetina, T. (1997). Multicenter comparative study on the efficacy, safety, and acceptability of the contraceptive subdermal implants Norplanta and Norplanta II. *Contraception*, 55: 359-67.
- 9) Davis, A.J. (1994). The role of hormonal contraceptive in adolescents. EEUU: *Ann J. Obst Gynec.*
- 10) De la Jara, J.F. (2000). Métodos quirúrgicos de control de la fertilidad. En *Medicina Reproductiva en México*. México: JGH Editores.
- 11) Delgado, U.J. (2000). La anti fecundación y la esterilización. Concepto y clasificación. En *Medicina Reproductiva en México*. México: JGH Editores.
- 12) Dexeus, S., Forrol, E., Tolsa, A.H. (1989). Anticoncepción en edades especiales. En *Anticoncepción*. Barcelona: Salvat.
- 13) Díaz, G.N.M., Marrero, G. et al. (1997). Variables que influyen en el nivel de ansiedad en adolescentes. VIII Reunión Nacional de Medicina del Adolescente de la EAP. Zaragoza Abril.
- 14) Family Health International (1998). Esterilización femenina y masculina. Serie de actualización de tecnología anticonceptiva.
- 15) Fathalla, F., Rosenfield, A. (1990). Adolescent. Sexuality and pregnancy. FIGO. *Manual of human reproduction*. Washington: FIGO.
- 16) Fecundación, embarazo y parto. Extraído el 17 de febrero de 2012 desde www.sexualidadonline.com/
- 17) Fernández, N.E. (199). Sexualidad. Jóvenes programas y algunas reflexiones al respecto. *Boletín de información sexológica* n° 25.
- 18) Fernández, N.e., Oñorbe de Torre, M. (1993). Estudio de actitudes, opiniones y comportamiento sexuales de los jóvenes de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Documento Técnico de Salud Pública, n° 10. Comunidad de Madrid.

- 19) Fuentes, A. (2002) Enfoques de Planeación un sistema de metodologías. México: UNAM.
- 20) García, T.A., Roldán, R.A., Fenández, B.J. (1991). Aspectos particulares de la contracepción en la adolescencia. En Bajo Arenas JM., Vilar Checa E. Contracepción y regulación de la fertilidad. Madrid: Interamericana.
- 21) Grimer, D. (1994). The morbidity and mortality of pregnancy: Still risky business. EEUU: Ann J. Obst. Gynec.
- 22) Grupo de Trabajo del proyecto DAPHNE. (1996) Análisis del cumplimiento en anticoncepción hormonal oral. España: Aula Médica.
- 23) Haspels, A. (1994). Emergency Contraception: A Review, EEUU: Contraception, 50: 101-108.
- 24) Hatcher, R., Rinehart, W., Blackburn, R., Geller, J. (1997). The Essentials of Contraceptive Technology. Population Information Program, Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health. 1-28.
- 25) Hayes, R.B., Pottern, L.M., Greenberg, R., Schoenberg, J., Swanson, G.M., Liff, J. (1993). Vasectomy and prostate cancer in US blacks and whites. EEUU: Am J Epidemiol, 137: 263-69.
- 26) Helzlsouer, K., Couzi, R. (1995). Hormones and Breast Cancer. EEUU: Cancer, 76: 2059-63.
- 27) Jespersen, J.J., Peterson, K.R., Skowly, S. (1990). Effects of newer oral contraceptives on the inhibition of coagulation and fibrinolysis in relation to dosage and type of steroid. EEUU: Am J Obstet Gynecol, 170: 1523-7.
- 28) Kaunitz, A.M. (1994). Long-Acting Injectable Contracepcion With Depot Medroxyprogesterone Acetate. EEUU: Am J Obstet Gynecol, 170: 1543-9.
- 29) Kingman, S. (1999). La nueva identidad del DIU. EEUU: ORGYN, 10 (1): 2-6.
- 30) Kolodny, R., Masters, W., Johnson V. (1983). Tratado de medicina sexual, Barcelona: Salvat.
- 31) Lara, R.R. (2000). Anti fecundación hormonal. En medicina Reproductiva en México. México: JGH Editores.
- 32) Masters, W., Johnson, V., Kolodny, R. (1995). La Sexualidad Humana. Barcelona: Grijalbo.
- 33) McCann, L.F., Potter, L.S. (1994). Progestin-Only oral contraception: A comprehensive review. EEUU: Contraception, 50: S34-S71.
- 34) McCary, J.L., McCary, S.P., Álvarez-Gayou, J.L., Del Río, C., Suárez, J.L. (1999). Sexualidad humana de McCary. México: El Manual Moderno.
- 35) Moller, H., Knudsen, L.B., Lynge, E. (1994). Risk of testicular cancer after vasectomy: cohort study of over 73 000 men. EEUU: BMJ, 309: 295-99.
- 36) Reynoso, R., Lara, R., Aznar, R. (1986). Dispositivo Intrauterino. En Temas de Planificación Familiar: Guía Didáctica. México: Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica. 25-41.

- 37) Rivera, R., Yacobson, I., Grimes, D.A. (1999). The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. EEUU: Am J Obstet Gynecol, 181 (5): 1263-69.
- 38) Rodríguez, M.R. (2000). El dispositivo intrauterino. En Medicina Reproductiva en México. México: JGH Editores.
- 39) Rubio, L.B. (1996). Hormonas en Ginecología. México: Marketing y Publicidad de México.
- 40) Torres, R.A. (2000). Métodos anti fecundativos naturales y de barrera. En Medicina Reproductiva en México. México: JGH Editores.
- 41) Vessey, M., Huggins, G., Lawless, M., Yates, D. (1983). Tubal sterilization finding in a large prospective study. Inglaterra: BJ Obstet Gynecol, 90: 203-09.
- 42) Wagner, K.D., Berenson, A.R. (1994). Norplant Associated Major Depression and Panic Disorder, EEUU: J Clin Psychiatry, 55 (11): 478-80
- 43) Wilcox, L.S., Chu, S.Y., Eaker, E.D., Zeger, S.L., Peterson, H.B. (1991). Risk factors for regret after tubal sterilization; 5 year of follow-up in a prospective study. EEUU: Fertil Steril, 53: 927-33.
- 44) Wilcox, L.S., Martinez-Schnell, B., Peterson, H.B., Ware, J.H., Huges, J.M. (1992). Menstrual function after tubal sterilization. EEUU: Am J Epidemiol, 135: 1368-81.

CAPÍTULO 8

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Irene Torices Rodarte

En México, el número de adolescentes de 10 a 19 años, casi se duplicó de 11.7 millones en 1970 a 22.2 millones en el año 2006, representando el 21% de la población total.

En los últimos años ha ocurrido un incremento y una reducción en la edad de inicio de la actividad sexual adolescente, provocando un aumento de la incidencia de embarazos en esta etapa de la vida, considerado actualmente un serio problema médico-social; su prevalencia varía a nivel mundial y nacional. Dentro de los factores de riesgo derivados del embarazo que han sido descritos en diversas investigaciones, los más importantes son los individuales, asociándose a resultados gineco obstétricos y psicosociales adversos. En relación con los primeros se encuentran retraso del crecimiento intrauterino, anemia, infección del tracto urinario, parto prematuro y complicaciones del parto; las principales consecuencias psicosociales encontradas son la deserción escolar, familias disfuncionales y problemas económicos.

La situación descrita anteriormente, ha obligado a crear diferentes programas de apoyo a la **adolescente embarazada con el objetivo de “enfrentar” el problema, entre éstos tenemos por ejemplo los apoyos económicos gubernamentales y los orientados a proporcionar información sobre sexualidad a través de los medios de comunicación masiva o vía telefónica, debiendo resaltar que ninguno de ellos, ha demostrado ser suficientemente efectivo para disminuir el índice de embarazos de primera vez y mucho menos los de recurrencia.**

CONCEPTUALIZACIÓN Y FRECUENCIA DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

La Organización Mundial de la Salud, divide la infancia desde el nacimiento hasta los 10 años, pre adolescencia de 10 a 14 años y adolescencia de los 14 a los 19 años. (OPS/OMS, 1998).

Definiremos el embarazo adolescente como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera entre los 10 y los 19 años, independiente de su edad ginecológica (Ruoti, 1994).

También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad (Beltrán, 2006).

Ruoti (1992) plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero en la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden

atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo y, constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea.

Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social. (Stevens, 1995, Molina, 1997).

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2006) los jóvenes en México inician tempranamente su vida sexual, en las mujeres la edad media es de 15.9 años en promedio, con prácticas generalmente no protegidas; esto las predispone a infecciones de transmisión sexual, embarazos no planeados, aborto y un riesgo elevado de complicaciones para la salud de la madre y del recién nacido, asociados al embarazo a edades tempranas (OMS, 2002). La condición social y el escaso desarrollo en los modelos de atención para adolescentes han contribuido a acrecentar su vulnerabilidad ante la enfermedad; el embarazo a edades tempranas en jóvenes en situación de pobreza, contribuye a perpetuar la mala salud para ellas y sus hijos además de cancelar oportunidades escolares, de empleo y de acceso a mejores condiciones de vida.

En nuestro país, poco se ha incidido en la problemática del embarazo en adolescentes; el 17% de los nacimientos corresponde a madres en esta edad, proporción que ha permanecido sin cambios desde la década de los noventas (INEGI, 2005). Irónicamente, el conocimiento sobre métodos anti fecundativos en adolescentes que se reporta en la más reciente encuesta demográfica es mayor al 90% (INEGI, 2006), no obstante, el uso de ellos, si bien se ha incrementado en adolescentes emparejadas de 30.2% en 1987 a 45.3% en el 2003, disminuyó en el 2006 a 39.6%.

El Consejo Nacional de Población (1996) estima que el inicio de la etapa reproductiva muestra diferencias entre grupos sociales, ya que 31.1 por ciento de las jóvenes de zonas rurales ya han tenido su primer hijo a los 18 años y entre mujeres indígenas lo ha hecho el 50.8 por ciento, en tanto que en las jóvenes que viven en áreas urbanas, sólo 23.3 por ciento ha adquirido las responsabilidades adultas de la formación de un hogar.

Por otra parte, la unión y el nacimiento del primer hijo son eventos que ocurren casi de manera simultánea; la edad promedio a la que ocurre la primera unión es a los 20.9 años, en tanto que la edad al nacimiento del primer hijo es de 21.9 años. Los anteriores cambios están siendo experimentados por los jóvenes a edades muy tempranas, por lo que interrumpen la etapa de preparación y formación que representa la juventud, de ahí que se requieran políticas integrales que atiendan las necesidades de los jóvenes e impulsen su desarrollo y progreso personal (CONAPO, 2006).

Por su parte el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), considera que desde los noventas la proporción de nacimientos en mujeres menores de 20 años, se ha mantenido sin grandes cambios, de 18% del total de nacimientos en 1990 bajo a 17.4% en el año 2005 (INEGI, 2006), muchos de estos embarazos no son planeados, ocurren por una demanda insatisfecha o por falla del método anti fecundativo usado, algunos estudios estiman que la frecuencia es del 40 al 60% (Mexfam, 2000); el embarazo no planeado en las adolescentes continúa siendo un gran desafío para nuestra sociedad y para el Sistema Nacional de Salud, ya que se asocia con abortos inducidos y con mayor riesgo para la salud de la madre adolescente.

En las últimas décadas se ha alcanzado una reducción significativa de la Tasa Global de Fecundidad (TGF) (de 6.7 hijos por mujer en los setentas, a poco más de 2 hijos en la actualidad), sin embargo, entre la población adolescente los logros alcanzados han sido menores, la reducción de la fecundidad sigue siendo un difícil reto, la Tasa Específica de Fecundidad (TEF) entre adolescentes menores de 19 años se mantiene prácticamente constante, sin reducción a lo largo de la última década. Se estima que durante el 2006 ocurrieron en el país cerca de 321 mil nacimientos de madres de 15 a 19 años, lo que representa el 16.1% del total de nacimientos, a pesar de que durante los últimos seis años se redujo en más de 20%, la prevención de embarazo no planeado en la adolescencia, continúa siendo uno de los principales desafíos en el área de salud sexual y reproductiva.

Otro elemento importante que se ha observado en los últimos años, es el conocimiento de los métodos anti fecundativos, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Juventud (ENJ) 2005, nueve de cada diez jóvenes conocen cuando menos un método, siendo el más conocido el condón, por lo que respecta a su uso, el 66% de los hombres jóvenes utilizó algún método en su primera relación sexual, dato que nos permite afirmar que el espacio entre información y uso se ha estrechado de manera significativa a favor del auto cuidado, sin embargo, en las adolescentes este avance no ha sido similar, ya que sólo 3 de cada 10 utilizaron algún método en su primera relación sexual. El 58% de los jóvenes que usan algún método lo hacen por consenso, es decir ambos toman la decisión de protegerse, lo cual nos permite hablar de niveles más altos de negociación y acuerdo.

La edad de la primera unión ha sido retrasada en las nuevas generaciones; a nivel rural de 16 a 23 años y urbano de 18 a 25 años, pero la edad de inicio de relaciones sexuales no, por lo cual el intervalo entre el inicio de relaciones y la unión se ha prolongado, con mayor exposición a embarazos no planeados o deseados (Encuesta Nacional de Salud Reproductiva-ENSAR, 2003).

De este modo, si bien la tasa de fecundidad adolescente muestra una tendencia descendente a lo largo del tiempo (pasando de 81.4 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años de edad en el trienio 1989-1991, a 69.5 en el periodo 2006-2008), la velocidad a la que ésta

disminuye es menor a la observada en otros grupos de edad; éste hecho revela a la reproducción adolescente como un fenómeno complejo, con resistencias específicas que ameritan estrategias distintas a aquéllas que tienden a funcionar entre el resto de la población.

El análisis territorial de la frecuencia de la fecundidad adolescente muestra que este fenómeno no se presenta necesariamente entre las entidades con mayor rezago en el proceso de transición demográfica o con mayores dificultades socioeconómicas, como cabría esperar, en este sentido, la frecuencia de la fecundidad adolescente podría estar asociada a otro tipo de procesos, tentativamente relacionados con la dificultad de la población adolescente de controlar los riesgos del ejercicio de su vida sexual, ya sea por falta de acceso a los métodos anti fecundativos pertinentes o por exposición a modelos culturales que incrementan su exposición al riesgo y dificultan una valoración adecuada del mismo.

Uno de los aspectos más problemáticos de la reproducción en la adolescencia es su frecuente carácter involuntario, según lo declaran las mismas adolescentes que ya han experimentado la transición hacia la procreación, naturalmente, esta situación no es privativa de las adolescentes: la maternidad que no es resultado de una decisión personal, libre, informada y responsable es un problema en cualquier edad que se presente, sin embargo, se presume que este hecho es aún más conflictivo conforme las mujeres son más jóvenes, bajo el supuesto de que cuentan con menos recursos materiales y simbólicos para ejercer un rol eficiente como madres y para traducir la maternidad en una experiencia constructiva que contribuya a su desarrollo personal, en lugar de convertirse en una limitación.

Poco más de uno de cada cuatro embarazos entre las adolescentes no son planeados, mientras que uno de cada diez tampoco es deseado, si bien ésta no es una situación privativa de las adolescentes, son éstas quienes presentan la menor proporción de embarazos planeados entre las mujeres embarazadas. Indudablemente, cuando se considera a la fecundidad en la adolescencia como un fenómeno a combatir, el área de oportunidad sobre la cual es urgente trabajar es precisamente la fecundidad abiertamente declarada como no planeada o no deseada; sin embargo, también es importante conocer de manera profunda los motivos que llevan a otra buena parte de las adolescentes a desear ser madres en ese momento de sus vidas, a fin de identificar entre ellos los que se asocien con situaciones de desventaja social que limitan los proyectos de vida de las adolescentes y les plantean la maternidad como un destino deseable en el corto plazo, que aportará a sus vidas sentido, afecto e incluso, valía social.

CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES Y PADRES ADOLESCENTES

Buena parte de las transformaciones implícitas en el tránsito de la niñez a la adolescencia tienen que ver con la sexualidad, tanto en sus expresiones biológicas y fisiológicas, como en la conformación de la identidad y las relaciones sociales que se construyen alrededor de la

experiencia sexual, estos procesos tienden a consolidarse en los primeros años de la vida adulta, en los cuales, además, el componente reproductivo cobra un sentido particularmente relevante.

La salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes constituye una prioridad de salud pública tanto nacional como internacional, el cada vez más temprano inicio de la vida sexual y la percepción de invulnerabilidad, induce a los jóvenes a tener relaciones sexuales sin protección y facilitar la adquisición de infecciones de transmisión sexual e incrementar el riesgo de tener embarazos no planeados, los cuales representan un gran porcentaje de la carga global de la enfermedad en este segmento de la población.

México ha tenido una amplia experiencia en actividades de planificación familiar desde los años sesentas, los logros alcanzados después de tres décadas son innegables, la fecundidad se ha reducido y la cobertura de métodos anti fecundativos se ha incrementado, sin embargo, el impacto no ha sido homogéneo, algunos grupos poblacionales se han mantenido en el rezago en esta materia, como la población adolescente. La fecundidad y la proporción de nacimientos de mujeres adolescentes se han mantenido materialmente sin cambios en los últimos quince años, más de la mitad de los embarazos que ocurren en adolescentes son no planeados; el impacto social y de salud que tiene un embarazo a esta edad está bien documentado, las madres adolescentes tienen mayor riesgo de muerte materna y perinatal, menos probabilidad de terminar su educación y por lo tanto, de tener acceso a empleos bien remunerados, lo que las mantiene en franca desventaja económica.

La población adolescente en México se ha incrementado sustancialmente a partir de la segunda mitad del siglo XX, representando en la actualidad una quinta parte del total de la población, este grupo de edad, comparativamente con otros, como los niños y ancianos, es mayoritariamente saludable; no obstante, a nivel mundial, más del 33% de la carga de la enfermedad y cerca del 60% de las muertes prematuras en adultos están asociadas a conductas que inician en la adolescencia como el tabaquismo, consumo de alcohol y prácticas sexuales riesgosas, entre otras (OMS, 2002). La mayor proporción de carga de la enfermedad que afecta a los adolescentes, estimada a través de los años de vida ajustados por discapacidad (AVADis), son las lesiones y problemas neuropsiquiátricos, le siguen en orden de importancia las condiciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva, las cuales muestran un comportamiento diferencial por género, siendo más alta en las mujeres; 33% de los AVADis, mientras que en los hombres representan solamente el 10% de la carga de la enfermedad.

Tanto a nivel nacional como internacional se ha planteado la urgente necesidad de establecer políticas públicas dirigidas a contribuir a la reducción de los embarazos en adolescentes, disminuir las infecciones de transmisión sexual y sus complicaciones potenciales, así como promover conductas saludables y responsables alrededor de la sexualidad y la reproducción,

para lo cual es necesario fortalecer los servicios de salud dirigidos a ellos, diseñar estrategias para facilitar el acceso a los mismos y promover una cultura institucional de respeto a sus derechos sexuales y reproductivos.

Las políticas públicas tendrán que contemplar la prevención y atención del aborto como una prioridad en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para la mujer adolescente, algunas causas del aborto inseguro, se asocian a una educación sexual deficiente, falta de servicios adecuados y aspectos vinculados al género. La toma de decisión de interrumpir el embarazo en la mayoría de las ocasiones no se realiza en condiciones seguras, al recurrir a instancias y personas no profesionales de la medicina y en condiciones de insalubridad, que representan un grave riesgo para la vida y la interrupción de su proyecto de vida, además de los cuestionamientos sociales y familiares sobre este acontecimiento.

Si bien en la actualidad existen servicios de salud que buscan cubrir las necesidades de los adolescentes, es importante reconocer que los jóvenes no acuden a demandar métodos anti fecundativos, ya que de acuerdo con la Encuesta Gente Joven (2002), el 80% de ellos los adquieren en las farmacias, quedando desprotegidos otros aspectos de la salud sexual y reproductiva. Entre las barreras que obstaculizan el acceso a los servicios institucionales están:

- Los excesivos trámites administrativos.
- Desconocimiento de los fundamentos legales para otorgar atención en salud sexual a los adolescentes.
- Horarios incompatibles a sus necesidades.
- Infraestructura inadecuada para proporcionar estos servicios con privacidad, confidencialidad y calidez.
- Desconfianza en los servicios institucionales, por parte de los adolescentes al sentirse juzgados.
- Desconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos.

La mayoría de investigaciones relacionadas con el embarazo adolescente considera casi en forma exclusiva a las mujeres. Sin duda, la inclusión de los hombres en las investigaciones sobre este tema, debiera ser un asunto obligado para el análisis y diseño de acciones construidas bajo una perspectiva integral del tema y de género.

La primera experiencia sexual es un evento importante en la vida de la mayoría de los individuos, con ésta da inicio una serie de procesos indispensables para la vida afectiva y sexual futura, buena parte de su relevancia depende de las circunstancias en que ocurra y de las consecuencias que se deriven de este primer encuentro; éstas pueden ser favorables o contraproducentes al desarrollo personal, en función de la madurez de cada miembro de la pareja, de las precauciones tomadas para evitar consecuencias no esperadas ni deseadas como el embarazo o la transmisión de infecciones sexuales y de la existencia de condiciones necesarias para que la experiencia sea efectivamente, placentera.

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar la población en riesgo para extremar la prevención, además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse.

A. – Factores predisponentes:

1. – Menarca temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
2. – Inicio temprano de actividad sexual: cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
3. – Familia disfuncional: uniparentales o con conductas disfuncionales, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que las y los jóvenes no saben resolver, impulsándolos a relaciones interpersonales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
4. – Mayor tolerancia del miedo a la maternidad adolescente y / o autónoma.
5. – Bajo nivel educativo: con desinterés general, cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad/paternidad para la edad adulta, es más probable que las y los jóvenes, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
6. – Migraciones recientes: con pérdida del vínculo familiar, ocurre con el traslado de las y los jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.
7. – Pensamientos mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
8. – Fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
9. – Falta o distorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo te embarazas si tienes orgasmo, cuando se es más grande, cuando lo haces con la menstruación no hay embarazo o sólo cuando hay penetración completa.
10. – Controversias entre su sistema de valores y el de sus familias: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces las y los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones, no implementan medidas anti fecundativas.
11. - Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población de mujeres.
12. - Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.
13. - Menor temor a Infecciones de Transmisión Sexual.

B. – Factores determinantes

1. – Relaciones sin Anti fecundación
2. – Abuso Sexual
3. – Violación

Aspectos psicosociales del embarazo en las adolescentes

La actividad sexual de las adolescentes en riesgo de embarazo, suele ser muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual temprana; abundante estimulación de los medios de comunicación masiva; en consecuencia inician a muy corta edad su vida sexual con chicos muy jóvenes, escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

La maternidad es un rol de la edad adulta, cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares, es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el otro sexo, incluso con el mismo padre biológico. Así, por temor a perder lo que creen tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan. En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "abuso sexual", en la mayoría de los casos del padre biológico o familiares cercanos.

Actitudes hacia la maternidad

El embarazo en la adolescente es un evento que se sobre impone a la crisis de la adolescencia, comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En el embarazo que ocurre en mujeres menores de 14 años, el impacto se suma al del desarrollo puberal, se exageran los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más, se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque esta exista realmente, no identifican a su hijo/hija como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

Entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad de género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante, es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión, temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo/hija, adoptando actitudes de auto cuidado hacia su salud y la de su hijo/hija. Con buen apoyo familiar y del equipo de educación/salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero, si el padre del hijo/hija no es corresponsable, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

Luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven, la crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de la vida por la que transita, necesitará mucha ayuda del equipo de educación y de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo/hija durante sus primeros años de vida.

El padre adolescente

Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el hombre para ser padre especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el hombre se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres. Esta exclusión del hombre provoca en él, sentimientos de aislamiento, agravados por juicios desvalorizadores por parte de la familia o amistades ("con qué lo vas a mantener", "seguro que no es tuyo", etc.) que precipitarán su aislamiento si es que habían dudas.

Al recibir la noticia de su paternidad, el hombre se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. como también por su dependencia económica y afectiva; por ello, busca trabajo para mantener su familia y

abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir las urgencias, a todo esto se agrega el hecho de que la adolescente embarazada le requiere y demanda su atención, cuando él se encuentra urgido por la necesidad de procuración.

En la necesidad de plantearse una independencia frente a su pareja y la familia de ésta, siente que se desdibuja su rol, responsabilizándolo de la situación, objetando su capacidad de "ser padre"; se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados, ello lo obliga a ser "adoptado" como un miembro más (hijo) de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo – padre.

Esta situación de indefensión hace confusa la relación con su pareja, por su propia confusión, lo que le genera angustia. Debido a ello es que el equipo de educación/salud deberá trabajar con el padre adolescente, estimulando su compromiso con la situación, o bien posibilitando una separación que no parezca "huida".

En relación directa con esta situación económica estructural, está el fenómeno relativamente **nuevo que en el lenguaje común se conoce como "pareja con cama afuera" y en términos más técnicos "pareja no conviviente"; este fenómeno**, que se enmarca en las nuevas formas de familia, en la actualidad se presenta en parejas de todas las edades y niveles sociales, pero en nuestra población tiene relación directa con los recursos económicos y más específicamente los habitacionales. Aproximadamente un cuarto del total de los jóvenes que deciden mantener su relación de pareja continúa viviendo con sus respectivas familias, esto se plantea como una estrategia para distribuir los gastos y evitar los costos de la constitución de un nuevo hogar; la tendencia observada es que, si la pareja permanece, el nacimiento del hijo/hija representa un estímulo para llegar a la convivencia, pero esa convivencia cuando se concreta es, en general, con algún familiar, es decir, en situación de dependencia.

Es importante resaltar la evidencia de diferencias significativas al interior del género y de la clase de edad, lo que cuestiona los estereotipos vigentes, por ejemplo, los que refieren a los adolescentes tanto hombres como mujeres, como sujetos irresponsables, inmaduros e incapaces de hacerse cargo del cuidado de su hijo/hija y permite ratificar que es válida la implementación de la perspectiva del actor siempre y cuando se considere un enfoque relacional que pueda dar cuenta de las condiciones de desigualdad y diferencia que se expresan no sólo a través de los diferentes actores sino, sobre todo a través de las relaciones construidas entre los mismos.

Así también, los modelos institucionales que rigen la atención al embarazo adolescente, no dan lugar fácilmente a la inclusión del hombre en las prácticas que tienen que ver con la atención del embarazo y que se continúan con el parto; queda librado al voluntarismo de los miembros del equipo de salud y/o educación el hacer visible la presencia del hombre, desde el momento mismo de diagnóstico del embarazo hasta la culminación del mismo. Con esto se quiere decir

que más allá de la disposición positiva a participar en el proceso de embarazo por parte de los hombres, la última palabra que efectiviza la inclusión sigue estando en poder de otras personas, particularmente del personal médico y en ocasiones también del personal de educación, ésto es evidencia de la asimetría que todavía permanece al interior del modelo falocrático sexo-género y que a su vez se ratifica en la continua necesidad de negociación de espacios de decisión que deben llevar adelante las y los adolescentes en las instituciones públicas.

COMPLICACIONES Y CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Ruoti (1994) plantea que el 60% de los embarazos adolescentes ocurren dentro de los 6 primeros meses de inicio de las relaciones sexuales, por lo que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73% al 93 %). Sin embargo, el 60% de las primigestas adolescentes vuelven a embarazarse dentro de los 2 años siguientes.

La fecundidad de las adolescentes suele ser considerada como problemática por diversos factores, entre ellos se encuentran los riesgos de salud que entraña la reproducción en edades tempranas; la fuerte asociación que existe entre la maternidad antes de la adultez y la existencia de condiciones de precariedad socioeconómica, la cual no sólo tiende a preceder a la fecundidad de las adolescentes, sino que también impacta las condiciones de vida futuras, tanto de la madre como de su descendencia; y, finalmente, la naturaleza no planeada ni deseada de buena parte de los embarazos en esta etapa de la vida.

Se ha visto que el mayor riesgo del embarazo adolescente no está influenciado por las condiciones fisiológicas especiales, sino que es más importante la influencia de las variables socioculturales y las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione, frecuentemente se presenta en el contexto de un evento no deseado, originándose en una relación de pareja débil, una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, provocando un control prenatal tardío e insuficiente. Ya que el embarazo adolescente tiene un gran impacto en la salud tanto de la madre como del hijo, es muy importante implementar una adecuada educación sexual que incluya medidas de prevención y promoción de conductas sexuales responsables entre los adolescentes.

El incremento en el número de embarazos adolescentes ha implicado que en este grupo específico se presenten una serie de consecuencias que de manera simple se han agrupado en dos grandes grupos, somáticas y psicosociales:

1) Complicaciones somáticas

La mortalidad materna del grupo de 15-19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20–34 años. Con respecto al

riesgo materno fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un recién nacido de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes, las edades extremas (primigesta joven o añosa) constituyen un factor de riesgo conocido para la pre eclampsia, la anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro. Las verdaderas diferencias entre ambos grupos (15-19 y 20-35) se producen principalmente por la edad de las adolescentes embarazadas, siendo el grupo de mayor riesgo el de las adolescentes con edades menores de 16 años, donde se producen con mayor frecuencia.

Otro factor relevante y quizás más difícil de controlar, es la deteriorada condición biopsicosocial que frecuentemente presentan las adolescentes, siendo un factor determinante en la aparición de patologías relacionadas con el embarazo adolescente.

Un mecanismo común que podría explicar las diversas afecciones propias del embarazo adolescente, corresponde a una falla de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo lo que se conoce como Síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí a nivel materno y/o fetal.

En el período del parto, los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto, que se han relacionado con un desarrollo incompleto de la pelvis materna, esto determina una incapacidad del "Canal del Parto", para permitir el paso del polo cefálico fetal, lo que provoca aumento de los partos operatorios (fórceps y cesáreas), otra manifestación del desarrollo incompleto de la madre adolescente es la estrechez del "Canal Blando", que favorece las complicaciones traumáticas del tracto vaginal.

Este hallazgo implica alto riesgo de lesiones anatómicas (desgarros), así como mayor probabilidad de hemorragias e infecciones en un terreno materno que puede estar comprometido, por la desnutrición y las anemias previas; la estrechez de cualquiera de las dos porciones del canal del parto (ósea o blanda), implica un mayor peligro de parto traumático para el feto que presenta amplia variedad y grado de severidad.

Para finalizar podemos afirmar que son numerosos los argumentos para decir que el embarazo en la adolescencia se comporta como de riesgo elevado, por lo que se hace necesario el desarrollo de políticas serias de salud y, sobre todo, de educación sexual y sanitaria que se encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo, lo que garantizará un

mejor pronóstico de vida tanto para la madre como para su descendencia y una repercusión positiva en el desarrollo futuro de la sociedad.

2) *Complicaciones Psicosociales*

Uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción escolar, la baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar que tienen un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social. El rendimiento escolar de estas adolescentes, durante su permanencia en el sistema es deficiente, puesto que el recursamiento y la deserción es mayor al promedio general nacional, la vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo, como el síndrome hipertensivo y el parto prematuro, son las razones específicas y justificadas de deserción.

La adolescente madre además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más, en el caso de la adolescencia temprana.

La maternidad adolescente duplica con creces las posibilidades que tiene una mujer de vivir como allegada y reduce a la mitad la probabilidad de que viva con el padre de su hijo o en una familia nuclear durante el quinto año después del nacimiento de su primer hijo; la probabilidad de que el padre biológico del hijo provea apoyo financiero en forma constante o esporádica al hijo de una madre adolescente, es la mitad de la observada en una madre adulta.

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. Si lo habitual es que todo el grupo familiar se deba adaptar para recibir a un nuevo miembro, esto es mucho más evidente en la adolescencia, ya que las familias de las adolescentes suelen ser más complejas, al incluir sujetos en diversas etapas del desarrollo; los que probablemente no están esperando la llegada de un nuevo integrante.

La maternidad temprana parece tener más efectos económicos que sociales siendo más serios para el caso de las madres pobres; influye sobre el tamaño de la familia (familias más numerosas), los arreglos familiares (menos familias nucleares tradicionales) y la transmisión **de preferencias de maternidad entre generaciones (las madres adolescentes “engendran”** madres adolescentes) y lo que es más importante, la maternidad temprana arraiga la pobreza de las mujeres de bajos ingresos.

Hoy en día, la persistencia de deficiencias en los conocimientos de ámbito sexual y el comienzo de relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas en los adolescentes, ha

obligado a crear Programas Formales de Educación de la Sexualidad que han evolucionado hacia una mirada más educativa y pedagógica, que buscan favorecer procesos de aprendizaje a partir del abordaje de diversas temáticas y en los que se involucra a todos los actores de las comunidades escolares, niñas, niños y jóvenes, familias, docentes y paradocentes de todos los niveles educativos, incluida la educación especial.

Consecuencias para el padre adolescente

Mientras que existe una gran cantidad de literatura sobre la frecuencia, causas, significados y consecuencias de un embarazo no deseado entre las mujeres jóvenes, casi no existen datos disponibles sobre los padres jóvenes; y mientras que la tendencia es a preocuparse del embarazo adolescente, es importante recordar que algunos de esos embarazos pueden ser deseados, incluso aunque sean no intencionados. Los hombres adolescentes y jóvenes pueden juzgarse a sí mismos como listos para formar una familia, pueden sentir que el embarazo **mejora su auto estima, los hace sentirse como hombres "de verdad" y aumenta el control** sobre su pareja.

La literatura considera que es más probable que los hombres jóvenes en desventaja socioeconómica vean la paternidad como una fuente de autoestima y, por lo tanto, es más probable que crean que ser padres puede reforzar su sentido de masculinidad; la investigación empírica ha mostrado que es menos probable que los hombres jóvenes que adoptan valores machistas estrictos usen métodos anti fecundativos, con excepción de usar condones en sus **relaciones "casuales" (Sonenstein, Pleck y Ku, 1995). Igualmente en un análisis de datos de** una encuesta nacional de adolescentes hombres efectuada en Estados Unidos en 1988, Marsiglio encontró que los adolescentes hombres y adultos jóvenes con roles de género tradicionales, tendían a manifestar actitudes y comportamientos que apoyan una orientación riesgosa hacia las relaciones heterosexuales y la procreación (Marsiglio, 1993).

A menudo se critica a los hombres jóvenes por no involucrarse en el embarazo de sus parejas, sin embargo es probable que las normas sociales existentes no esperen que se involucren, en muchos contextos los adolescentes hombres son educados con la creencia que ellos no son responsables de los embarazos o de los hijos que resulten de su primera actividad sexual (Barker, 1996). Las instituciones sociales tales como la familia, los colegios y el sistema de atención de salud tienden a apoyar esta visión, tomando acciones punitivas en contra de las niñas pero no de sus parejas por los embarazos tempranos.

En contraste con la situación a la que se enfrentan las mujeres jóvenes, la aceptación del hombre de la paternidad a menudo es condicional, contingente a la prueba de paternidad, la calidad de la relación con la madre, las expectativas de los padres y la sociedad y su habilidad de proveer apoyo económico.

Asumir la responsabilidad por un embarazo no planificado está condicionado por la certeza de que sea efectivamente de ellos (Nieces, 1993); las normas y presiones sociales juegan un rol determinante, la fuente más importante de consejos y apoyo respecto de su rol paternal son sus propios padres, temen desilusionar a sus padres si no actúan de acuerdo a sus expectativas; también son susceptibles a la presión social, temiendo dar un mal ejemplo y fallar ante los seres queridos y la comunidad.

La situación de empleo de un hombre joven afecta en gran parte el nivel de responsabilidad que acepta por un hijo, es más probable que el padre proporcione apoyo al niño si tiene empleo (Engle y Breaux, 1994); debido a las dificultades que enfrentan hombres jóvenes a menudo para encontrar empleo se encuentran con un rol paternal no viable de llenar (Engle y Breaux, 1994; Barker y Lowenstein, 1996).

En su estudio de responsabilidad procreativa, Marsiglio encontró que los tres factores relacionados con la aceptación de la responsabilidad del embarazo son la educación, calidad del vecindario y la fuerza de la creencia en roles de género tradicionales (Marsiglio, 1993).

Los niños son criados en gran parte para ser libres de responsabilidades y generalmente no se les enseña a criar, cuando se convierten en adultos y padres se les dice que son irresponsables y que no saben cuidar a los niños; así, se les critica por no poder hacer cosas que explícitamente se dejaron fuera de su educación, como son la crianza, responsabilidad y fidelidad (Barker y Lowenstein, 1996).

Cuando no están casados con la madre de sus hijos ellos buscan mantener sus responsabilidades con los mismos aún cuando termine la relación, pero su responsabilidad con la madre termina allí; muestran preocupación por los componentes morales y éticos de un comportamiento paternal ideal y por las implicancias económicas, las características de un buen padre, que ellos identifican, incluyen dar un buen ejemplo trabajando duro, enseñar a los niños a ser honestos, no fumar, no tomar alcohol o drogas y no ser mujeriegos (Nieves, 1992). La responsabilidad principal hacia los hijos es económica; el concepto de proporcionar amor y crianza no se considera.

Un resultado importante de varios estudios es que mientras más temprano un hombre se involucra con su hijo, es más probable que se mantenga comprometido con éste; un estudio longitudinal de padres adolescentes mexicanos encontró que si el padre estaba presente en el nacimiento del hijo, sugiriendo que acepta su responsabilidad, era más probable que se mantuviera involucrado con ese hijo; de los padres que estuvieron presentes en el nacimiento del hijo, 75% continuaban con ellos cuatro años después (Engle y Rico, 1994).

En América Latina y en la mayoría de los países industrializados cuando un padre no puede proveer suficientemente por sus hijos, su asociación con la madre se debilita, su autoridad y

relación con los hijos se hace tenue; en la mayoría de los casos, cuando los padres no cumplen con su rol de proveedores sienten que no pueden hacer ninguna otra contribución a la familia y los hijos.

Se desconoce el porcentaje de hombres jóvenes que aceptan su responsabilidad frente a un embarazo no planificado, tampoco se sabe lo que esta responsabilidad acarrea o cuánto tiempo dura; investigaciones sobre unidades familiares donde la mujer es jefa del hogar sugieren que el apoyo y compromiso disminuye con el tiempo, particularmente ante la ausencia de una relación fuerte con la madre (Engle y Breaux, 1994).

La reacción de los hombres jóvenes y adolescentes a un embarazo no intencionado puede variar desde la negación, deseo de abortar o adopción, aceptación de su responsabilidad hasta la participación total como padre, sus actitudes influenciarán las acciones de las mujeres jóvenes, tanto directa como indirectamente; la actitud de su pareja hacia el embarazo usualmente es un factor clave en la decisión de una mujer sobre cómo manejar un embarazo no intencionado.

Investigaciones cualitativas en México encontraron que entre las adolescentes mujeres, la primera persona a la que piden consejos es típicamente la pareja (Enhrenfeld, 1994); más aún, aunque la pareja no participe en el proceso de toma de decisión de un aborto, la relación con la pareja y su actitud frente al embarazo son centrales en el proceso de toma de decisión (Cordich, 1993). Estos datos sugieren que los hombres a menudo juegan un rol clave en el proceso de toma de decisiones respecto del aborto, el grado en el que el hombre decide proporcionar apoyo financiero para el futuro hijo, parece ser el elemento clave en la actitud del hombre frente al aborto y la decisión de la mujer de buscarlo.

Las consecuencias negativas de los embarazos tempranos sobre las mujeres jóvenes están bien documentadas, comparada con las mujeres que esperan a tener hijos hasta que tienen más de 20 años, es más probable que la mujer que tiene su primer hijo antes de los veinte años obtenga menos educación, tenga menos posibilidades de trabajo, menor ingreso y viva en la pobreza (Informes de Población, 1995). Además de los riesgos económicos, las madres jóvenes pueden encontrarse atrapadas en matrimonios inestables o no deseados o pueden verse estigmatizadas (Oficina de Referencias de Población, 1992). Sin embargo, casi no se ha prestado atención al impacto de los embarazos no intencionados en los adolescentes, para los hombres jóvenes, las consecuencias de la paternidad temprana pueden incluir pérdida de oportunidades educativas y económicas a futuro. Aquellos que se casan suelen dejar la escuela para mantener a sus nuevas familias, los hombres jóvenes se ven atrapados en una vida de pobreza con una familia grande y un matrimonio infeliz; más aún, el estrés de la situación se hace manifiesto en abuso de sustancias, violencia y otros comportamientos negativos para su salud y la de su familia (Informes de Población, 1995).

Por otro lado, un posible beneficio a menudo descuidado del compromiso de un padre, es el potencial inmenso para promover mayor responsabilidad, comprensión, madurez y compromiso con la crianza entre los hombres; los beneficios para los hijos de la participación paterna también han sido documentados. Por ejemplo, un estudio en Barbados de 333 hijos de madres adolescentes encontró que los hijos que recibieron apoyo e interés de los padres tuvieron un mejor desempeño escolar, les fue mejor en su desarrollo social, emocional y, su salud y bienestar general fue mejor (Engle y Breaux, 1994).

LAS HIJAS E HIJOS DE MADRES Y PADRES ADOLESCENTES

La primiparidad precoz constituye un factor predisponente fundamental en la prematuridad y por tanto, los hijos de estas madres jóvenes tienen mayores posibilidades de morir y otros de someterse a los riesgos del abandono.

Los riesgos de los niños de madres adolescentes son muchos, pero los más significativos son la mortalidad pre natal, sufrimiento fetal, el parto prematuro, bajo peso al nacer, desnutrición, problemas inmunológicos y malformaciones congénitas. Los riesgos psicosociales maternos inciden más que los biológicos en forma negativa en el hijo, afectando fundamentalmente su nutrición, crecimiento y desarrollo psicomotor.

Los hijos de adolescentes pueden presentar puntajes bajos en el coeficiente intelectual y desarrollo emocional; el rechazo social y las desventajas legales, agravan la situación económica tanto de la madre como del hijo (Monroy de Velazco, 1988).

El personal de educación y de salud, desempeñan un importante papel en la atención de las adolescentes, así como en la supervivencia y desarrollo de sus hijos. El recién nacido de madre adolescente no presenta diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, aunque si existen diferencias si la madre es menor a 15 años, ya que se han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural; el hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquía y el parto, es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables. Un hijo de madre adolescente puede verse afectado, desde el mismo momento del parto y hasta su adolescencia, por toda una serie de problemas de distinta índole tanto durante el parto, post parto, como durante su infancia y adolescencia.

Dadas las características de estos embarazos, existe en estos niños una mayor incidencia de problemas orgánicos y mayor mortalidad en los días próximos al parto y durante su primer año de vida, también son mayores las posibilidades de presentar problemas neurológicos, epilepsia, parálisis cerebral, sordera y ceguera; este riesgo es mayor en madres menores de 15 años.

Dadas las escasas habilidades parentales, las erróneas expectativas sobre el desarrollo del hijo, la pobre motivación, el elevado nivel de estrés y ansiedad y, el reducido apoyo social y

económico de los que suele disponer la madre, y en su caso, el padre y, dado el bajo estatus socioeconómico al que suelen pertenecer, es muy frecuente que estos niños reciban peores y más escasas atenciones tanto físicas como psicológicas, lo que tendrá importantes consecuencias no solo durante su infancia, sino también durante la adolescencia, por falta de vigilancia, maltrato o violencia familiar.

Existen tres patrones característicos de interacción Madre-Hijo:

En ocasiones se ha observado falta de sensibilidad y respuesta ante las necesidades físicas y afectivas del niño y disgusto ante el hecho de tener que realizar actividades como cuidarlo, vestirlo, alimentarlo o llevarlo a pasear; en este caso, es frecuente que el niño reaccione con pasividad y apatía, viéndose afectado su desarrollo afectivo y motor. Otras madres, por el **contrario, exhiben un comportamiento caracterizado por una "sobre preocupación ansiosa" lo** que hace que el niño presente intranquilidad, tensión y ansiedad. Finalmente, un tercer grupo pasa alternativamente del rechazo y privación a la sobreprotección. Esto hace que el niño muestre una inestabilidad que puede desembocar en un sentimiento general de incertidumbre, especialmente referida a si es o no es amado.

Varios trabajos han llamado la atención sobre la existencia de mayores problemas de conducta, así como problemas escolares manifestándose no solo en un menor rendimiento escolar y repetición de cursos, sino también en una mayor frecuencia de conductas que suelen motivar castigos y expulsiones. No obstante, en algunos trabajos no se encontraron diferencias entre los rendimientos académicos de hijos de madres adolescentes y madres jóvenes, entre otros problemas destacan déficit en el desarrollo cognitivo temprano, mayor riesgo de problemas de salud y menor competencia psicológica. Durante la adolescencia, es más probable que exhiban comportamientos antisociales y que, por consiguiente, suelen tener problemas con la ley.

Su primera relación coital suele ocurrir a una edad más temprana y tanto las chicas como los chicos tienen mayor riesgo de verse envueltos en un embarazo imprevisto, repitiendo así el ciclo del embarazo adolescente. Siendo claro entonces que el embarazo en esta etapa de la vida aumenta los riesgos para las madres como para sus hijos, es importante adentrarse en este tema y esclarecer las características que tiene en los contextos escolares el embarazo adolescente y observar la repercusión sobre los hijos, de esta manera lograremos tener una base para implementar alternativas para la atención y seguimiento diferenciado de la gestante madre adolescente, su hijo/hija y modelos de intervención preventivos y resolutivos con la población adolescente.

EMBARAZO ADOLESCENTE Y PROYECTO DE VIDA

El grupo de adolescentes que no han iniciado su vida sexual es muy importante en términos de prevención; una buena consejería antes del inicio de la vida sexual puede prevenir de

manera importante los embarazos en esta etapa y evitar las conductas de riesgo. A estos adolescentes se les debe proporcionar información acerca de cuatro aspectos:

1. El inicio de la vida sexual es una decisión personal, que le corresponde solo al adolescente, es su derecho decidir cuándo, cómo y con quién iniciar su actividad sexual. Tiene también el derecho de que las prácticas sexuales se lleven a cabo sin coerción, presión o violencia.
2. Es responsabilidad del adolescente informarse para que sus decisiones se lleven a cabo de manera responsable, una información confiable, veraz y oportuna, favorece un comportamiento sexual más responsable en los/las adolescentes.
3. Las/los adolescentes deben de tener presente que pueden estar expuestos a un embarazo o a una infección de transmisión sexual desde la primera vez que tienen relaciones sexuales.
4. Para que los/las adolescentes puedan efectivamente prevenir un embarazo no deseado o una infección de transmisión sexual, desde sus primeras relaciones sexuales se recomienda siempre hacer énfasis en lo siguiente: la manera correcta de usar el condón, la existencia de métodos anti fecundativos alternativos y la anti fecundación de emergencia.

Sugerencias para el docente:

- Enfatizar que el uso de la PAE es un método que puede usarse después de haber tenido relaciones sexuales no planeadas o imprevistas.
- Pueden usarse dentro de las primeras 72 hrs. o 3 días de la relación sexual no protegida.
- No son abortivas

Acciones preventivas personales: Planear y organizar sesiones educativas sobre el uso correcto de los métodos anti fecundativos y la anti fecundación de emergencia, a través de talleres, videos y apoyo del personal especializado en sexualidad de su comunidad.

Recomendaciones para el docente:

- Hacer que las y los alumnos expresen su interés en el cuidado de la salud sexual y reproductiva.
- Enfatizar la importancia de la toma de decisiones responsables en cuanto a la salud sexual y reproductiva.
- Desarrollar acciones para planear el futuro, motivarlos a pensar cuál es la mejor edad para iniciar relaciones sexuales, iniciar una familia, tener el primer hijo, etc.
- Enfatizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, ellos tienen derecho a acudir a los centros de salud a recibir orientación/consejería oportuna sobre los usos

correctos de los métodos anti fecundativos y obtener el método anti fecundativo que elijan.

- Cuidar las expresiones no verbales para evitar transmitir al adolescente reprobación, asombro o rechazo.
- Evitar expresar juicios acerca de los aspectos que corresponden a la vida privada de los adolescentes, en particular lo que corresponde a su vida sexual.
- Reconocer y respetar los derechos sexuales y reproductivos de las/los adolescentes.

Acciones preventivas colectivas (escolares, docentes, padres de familia): Promover acciones preventivas, específicas y adecuadas para disminuir los riesgos que tienen las y los adolescentes al tener prácticas sexuales sin protección y los beneficios de que ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos responsablemente.

Docentes:

- Impartir temas relativos al uso correcto del condón y otros métodos anti fecundativos, incluyendo la anti fecundación de emergencia con apoyo del personal de salud.
- Organizar actividades que favorezcan el auto cuidado de la salud sexual.
- Promover y formar promotores para adolescentes que apoyen las actividades de prevención de conductas sexuales de riesgo, prevención del embarazo no planeado e infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida.

Alumnos/alumnas:

- Actuar como promotores juveniles de salud sexual y reproductiva entre amigos, compañeros, docentes y padres de familia.
- Participar en sus centros escolares como promotores juveniles en salud sexual y reproductiva.
- Apoyar como promotores juveniles en ferias de la salud, en las semanas nacionales de salud y otros eventos educativos con acciones de promoción de métodos anti fecundativos y prevención de embarazo en adolescentes e infecciones de transmisión sexual.

Acciones de promoción (consejos escolares y municipios): Mejorar el acceso y calidad de los servicios en salud sexual y reproductiva para las y los adolescentes.

Personal de salud:

- Promover y apoyar la organización para llevar a cabo pláticas en las escuelas sobre auto cuidado de la salud sexual, prevención de embarazo no planeado y de infecciones de transmisión sexual/VIH.

- Otorgar servicios amigables en salud sexual y reproductiva con horarios exclusivos para la atención de adolescentes en un ámbito de confidencialidad y respeto.
- Contar con apoyo interinstitucional y de organizaciones de la sociedad civil en la atención en salud sexual y reproductiva a adolescentes.

Las autoridades municipales:

- Apoyar campañas de salud y eventos educativos sobre prevención del embarazo en adolescentes e infecciones de transmisión sexual.
- Apoyar la reproducción de material didáctico.

Enfrentar el embarazo adolescente requiere respuestas vinculadas que incluyan educación de la sexualidad en la familia, la escuela y la comunidad; fuera del sector formal de educación, los medios de comunicación representan un valioso espacio para la transmisión de mensajes educativos y formativos. En todos los contextos, la recodificación de los patrones de género es una estrategia clave para el logro de la igualdad en responsabilidades y derechos por parte de los hombres y las mujeres en el ejercicio de sus derechos reproductivos.

Bibliografía

- 1) Abatte, P., Arriagada, P., González, G. (1999). Texto guía para la autogestión de Jornadas de Conversación de Afectividad y Sexualidad (JOCAS). Costa Rica: Ministerio de Educación.
- 2) Ahued, J., Lira, J., Assad, L. (2001) La adolescente embarazada. Un problema de Salud Pública. *Cir Ciruj*; 69:300-3.
- 3) American Academy of Pediatrics (1999). Committed on Adolescents. *Contracepcion and adolescents. Pediatrics*. 104: 1161-66.
- 4) Belitzky, R. et al. (1985). Resultados Perinatales en Madres Jóvenes: Estudio Comparativo en Maternidades Latinoamericanas. En: *La salud del Adolescente y el joven en las Américas*. Washington, DC: OPS/OMS.
- 5) Beltrán, M.L. (2006). Embarazo en adolescentes. Caracas: Fundación Escuela de Gerencia Social.
- 6) Benson, R.C. (1985). Manual de ginecología y obstetricia. México. Manual Moderno.
- 7) Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadísticas. (2000). Enfoques Estadísticos N°9. Fecundidad Juvenil en Chile.
- 8) Burgos, P., Contreras, M., Klassen, F., et al. (2002). Embarazo en la población adolescente. Experiencia en el Hospital Víctor Ríos Ruiz de Los Ángeles y Hospitales tipo IV de la provincia de Bío-Bío Resúmenes IV Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología Infanto-juvenil.
- 9) Buvinic, M. (1998). Costos de la maternidad adolescente en Barbados, Chile, Guatemala y México. Washington DC: Population Council, *Studies in Family Planning*.
- 10) Cabezon, C., Vigil, P., Rojas I., et al. (2005). Adolescent pregnancy prevention: an abstinence- centered randomized controlled intervention in a Chilean public high school. *J Adolesc Health*; 36:64-9.
- 11) Castro, S.R. (1992). Adolescente Embarazada: Aspectos Orgánicos. Embarazo en Adolescentes. Diagnóstico 1991. SERNAM UNICEF. Primera Edición de Chile.
- 12) Castro, S.R. et al. (1989). Preclampsia Pura en Adolescentes Embarazadas. *Perinatología y Reproducción*. Vol. 2/2: 2-8, Stgo. de Chile.
- 13) Chelala C. (2000). Concern grows about adolescent pregnancy in Cape Verde. *Lancet*; 355: 128.
- 14) Climent, G. et al. (2000). Maternidad adolescente: desigualdades sociales y marginación, en: Domínguez Mon, Ana, Federico, A. et.al. Buenos Aires: Dunken
- 15) CONAPO (2004). Cuarta Encuesta Nacional de Juventud. Resultados Generales. México: Instituto Nacional de la Juventud.
- 16) Deschamps, J.P. (1979). Embarazo y Maternidad en la Adolescente. Barcelona: Herder.
- 17) Díaz, A., Sanhueza, P., Yaksic, N. (2002). Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: Estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. *Rev chil obstet ginecol*; 67:481-487.
- 18) Díaz, A., Sugg, C., Valenzuela M. (2004). Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa. *Rev SOGIA*; 11:79-83.

- 19) Elster, A.B., Lamb, M.E. (1987). The Medical and psychosocial impact of a comprehensive care on adolescent pregnancy and parenthood JAMA; 258: 1187-92.
- 20) Evans, G., Mardones, C., López, F. (2002). Comparación de resultados perinatales de embarazos entre mujeres adolescentes y adultas. Resúmenes IV Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología Infanto juvenil.
- 21) Fernández, I., Bustos, I., González, L. (2000). Creencias, actitudes y conocimientos en educación sexual. Rev méd Chile; 128:574-583.
- 22) Figueroa, P.G. (1998). Algunas propuestas analíticas para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. En: Masculinidades y equidad de género en América Latina. Chile: FLACSO.
- 23) Forrest, J.D. (1994). Timing of reproductive life stages. Obstet Gynecol; 82: 105.
- 24) Gil, S.M. et al. (1995). Resultados Perinatales Comparativos entre Madres Primigestas Adultas. Libro de Contribuciones IV Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia Infanto Juvenil, Isla Margarita, Venezuela.
- 25) González, T., Aguirre, C. et al. (2005). Caracterización de asistentes a consejería en sexualidad en un centro de salud integral de adolescentes. Rev. chil. Pediatr; 76: 573-579.
- 26) Hamel, P. (1993). Crónica de un embarazo Anunciado: Criterios de Riesgo en Adolescentes populares Urbanas. Revista de Familias y Terapias, Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar; 44-62.
- 27) IPPF. (1988). Embarazo en Adolescentes en América Latina y el Caribe. Chile: IPPF
- 28) INDEC. (1993). Infancia y condiciones de vida. Buenos Aires: INDEC
- 29) Infesta, D.G. (1996). Las adolescentes frente a la maternidad. En: La Salud en Debate. Alemania: UBA Instt. Gino Germani.
- 30) Jordan, B. (1977). Birth in four culture: A Cross-Cultural Investigation in Yucatan, Holland, Sweden and the United States. 4th ed. Prospect Heights, Illinois: Waveland Press.
- 31) Klein, J., et al. (2005). Adolescent Pregnancy: Current Trends and Issues. Pediatrics; 116: 281-286.
- 32) Konterllnik, I., Jacinto, C. (1996). Adolescencia, pobreza, educación y trabajo. Nueva York: UNICEF.
- 33) Lázaro, L. Las escuelas ante el embarazo adolescente. Extraído el 25 de octubre de 2012 desde www.salutia.com
- 34) López, N.M., Flores, M.L., Roche, P.C. (1996). Embarazo en la adolescencia. Sex Soc; 2:12-6.
- 35) Luengo, Ch. X. (1991). Definición y Características de la Adolescencia: Embarazo en Adolescentes. Chile: SERNAM/UNICEF.
- 36) Marfan J., Córdoba C. La educación sexual en América Latina: revisión de algunos programas educativos en la región. Documento presentado al Consejo Episcopal Latinoamericano (CELAM). Extraído el 1 de febrero del 2012 desde <http://www.reduc.cl/reduc/marfan.pdf>

- 37) Mogensen, C. (2000). La Atención Prenatal de las Adolescentes Embarazadas: Aspectos Socioculturales de la Toma de Decisiones. Tesis de Maestría. Buenos Aires: FLACSO
- 38) Molina, M., Ferrada, C., Pérez, R. (2004). Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. Rev. méd. Chile; 132:65-70.
- 39) Molina, M., Jara G., Toledo, V., et al. (1996). Enfoque y experiencia en educación sexual del Centro de Medicina y Desarrollo Integral del Adolescente. Rev SOGIA; 3:17-26.
- 40) Molina, M., Peña, I., Quiroz, M. (1992). Embarazo Precoz. Revista Trabajo Social; 59: 21-8.
- 41) Molina, M., Pérez, R., Ferrada, C., et al. (1997). Embarazo en la adolescencia. Rev Ciencia y Salud; 1: 25-9.
- 42) Molina, R. (1988). Sistemas de atención para adolescentes embarazadas. La salud del adolescente en Chile. Chile: Ediciones R. Florenzano, M. Magdaleno, E. Bobadilla.
- 43) Molina R., Luengo X., Sandoval J., et al. (1998). Factores de riesgo del embarazo, parto y recién nacido en adolescentes embarazadas. Rev SOGIA; 5:17-32.
- 44) Molina, R. et al. (19985). Resultados de un Modelo de Atención Médica para Adolescente Embarazadas. Rev. Méd. de Chile; 113: 153-61.
- 45) Molina, R. (1990). Salud Reproductiva del Adolescente. Revista del Hospital Clínico de la Universidad de Chile; 1: 18-20.
- 46) Muñoz, B., Berger, C., Aracena, M. (2001). Una Perspectiva Integradora del Embarazo Adolescente: La Visita Domiciliaria como Estrategia de Intervención. Revista de Psicología de la Universidad de Chile; 10:21-34.
- 47) National Center for Health Statistics. (1993). Advance report of final natality figures 1990. Monthly Vital Statistics Report. Hyatts Ville. Maryland: Public Health Services.
- 48) Olausson, P., Chattinguis, S., Haglund, B. (2001). Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. Br J Obstet Gynaecol; 106: 116-21.
- 49) OMS/OPS. (1998). Plan de acción de salud y desarrollo en la adolescente de las Américas. Washington DC: OMS/OPS.
- 50) Padilla de Gil, (2000). Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. Rev SOGIA; 7: 16-25.
- 51) Pantelides, C. (1992). Conductas reproductivas y embarazo en la adolescencia. Cuadernos de CENEP N°47.
- 52) Pantelides, G., Infesta, D. (1995). Imágenes de género y conducta reproductiva en la Adolescencia. Cuadernos del CENEP N° 51.
- 53) Peláez, J. (1997). Adolescente embarazada: características y riesgos. Rev Cubana Obstet Ginecol; 23:13-17.
- 54) Peláez, M.J. (1996). Consideraciones del uso de anti fecundativos en la adolescencia. Rev Cubana Obst Ginecol; 22:11-5.
- 55) Perloff, J.K. (1994). Congenital heart disease and pregnancy. Clin Cardiol 17 (11): 579-87.
- 56) Poo, A., Baeza, B., Capel, P., et al. (2005). Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. Rev SOGIA; 12:17-24.

- 57) n/r (2005). Programa de educación integral de la sexualidad, orientado a adolescentes. Rev Méd Chile; 133:1173-1182.
- 58) Rangel, J., Valcricio, L., Patiño J., et al. (2004). Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM; 47:24-27.
- 59) Rico de Alonso, A. (1986). Madres Solteras Adolescentes. Bogotá: Edit. Colombia.
- 60) Rosselot, J. (1993). Adolescencia: Problemática de Salud del Adolescente y Joven en Latinoamérica y el Caribe. Pediatría Meneghello. Chile: Inter-Médica.
- 61) Ruoti, A. (1994). Patología obstétrica en la adolescente embarazada. Rev SOGIA; 1:70-2.
- 62) Ruoti, M., Ruoti, A. (1992). Sexualidad y embarazo en adolescentes. Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud. Paraguay: Universidad de Asunción.
- 63) Guerschanick, G. et al. Resultados Perinatales según Edad Ginecológica en Adolescentes de un Hospital Público. Libro de Contribuciones 111 Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología Infanto Juvenil. Stgo. Chile.
- 64) Sáez, V. (2005) Morbilidad de la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol; 31. Extraído el 15 de febrero del 2012 desde http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?id_revista=72&id_ejemplar=3495
- 65) Secretaría de Salud (2008). Programa de acción específico 2007-2012: Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. México: SSA
- 66) Sibali, B.M. (1991). Immunologic Aspects of Preeclampsia. Clin. Obstet. Gynecol; 34: 27-
- 67) Singh, S., Wulf, D. (1990). Adolescentes de Hoy, Padres de Mañana. Nueva York: Alan Guttmacher Institute.
- 68) Stevens, S.C. (1995). Adverse reproductive outcome and young maternal age. N Engl J Med; 333: 801-2.
- 69) Sulak, P.J., Haney, A.F. (1993). Unwanted pregnancies: understanding contraceptive use and benefits in adolescent and older women. Am J Obstet Gynecol; 168: 2042-8.
- 70) Sweeney, W.J. (1955). Pregnancy and multiple sclerosis. Am J Obstet Gynecol; 66: 124-30.
- 71) Toledo, V., Luengo, X., Molina, R., et al. (2000). Impacto del Programa de Educación Sexual: Adolescencia Tiempo de Decisiones. Rev SOGIA; 7:73-80.
- 72) Torrado, S. (1993). Procreación en la Argentina: Hechos e Ideas. Buenos Aires: La Flor).
- 73) Ulanowicz, M., Parra, K., Wendler, G., et al. (2006). Riesgos en el embarazo adolescente. Revista de Postgrado de la VIª Cátedra de Medicina; 153:13-17.
- 74) Valdivia, M., Molina, M. (2003). Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años. Revista de Psicología de la Universidad de Chile; 12:85-109.
- 75) Vigil, P., Riquelme, R., Rivadeneira, R., et al. (2005). TeenStar: una opción de madurez y libertad: Programa de educación integral de la sexualidad, orientado a adolescentes. Rev Méd Chile; 133:1173-1182.
- 76) Villaseca, P. (1989). La embarazada y la madre Adolescente; Aspectos Biomédicos. Sexualidad y embarazo en adolescentes, Consejo de Educación de Adultos en América Latina. Stgo. de Chile.

Guadalupe Ávila García

Las niñas y niños con discapacidad no escapan al proceso de desarrollo en la pubertad y en la adolescencia, cuando inicia el desarrollo puberal las madres y los padres viven con mayor preocupación el desarrollo de la sexualidad de sus hijas o hijos con algún déficit; enfrentan dificultades para su orientación y es con las y los docentes con quienes no encuentran respuesta a sus inquietudes, ni para aclarar sus temores y dudas.

Ante este escenario es elemental que el personal docente de Educación Básica y de Educación Especial fortalezca sus competencias para implementar estrategias didácticas para abordar la educación de la sexualidad con alumnas, alumnos, madres, padres o tutores, sin olvidar que en este desarrollo se ven implicados los aspectos culturales del contexto y las diferencias en cuanto a su desarrollo y construcción.

Barragán refiere que para *abordar el tema es necesario considerar las manifestaciones sexuales de los grupos de adolescentes con discapacidad en relación a sí mismos y no en referencia a los grupos considerados "normales"* (Alegre, O. 2002 p. 250).

MARCO NORMATIVO

En los países en desarrollo, el número de niñas y niños con discapacidad es mayor, en los países desarrollados la discapacidad incide mayoritariamente en personas adultas mayores como consecuencia de enfermedades. Existe una relación entre discapacidad y pobreza, por un lado la discapacidad aumenta las condiciones de riesgo de pobreza y la pobreza aumenta las condiciones de riesgo de discapacidad; el resultado de este ciclo es que las personas con discapacidad están, la mayoría de las veces, entre los más pobres de los pobres.

En México, el INEGI en el año 2010 reportó que las personas que tienen algún tipo de discapacidad son 5 millones 739 mil 270, lo que representa 5.1% de la población total. De cada 100 personas con discapacidad:

- 39 la tienen por alguna enfermedad.
- 23 por edad avanzada.
- 16 por herencia, durante el embarazo o al momento de nacer.
- 15 por lesiones a consecuencia de algún accidente.
- 8 debido a otras causas.

Atención integral en una sociedad incluyente

La atención integral de las necesidades derivadas de la discapacidad requiere soluciones estructurales y políticas públicas orientadas a la construcción de una sociedad incluyente, específicamente en relación con la discapacidad, entendemos por atención integral aquella que implica la participación de la totalidad de los actores sociales involucrados: la persona con discapacidad, su familia, los profesionales de la salud y de la educación, las instituciones públicas y sociales, así como la comunidad en su conjunto, para brindar las oportunidades de educación, capacitación para el trabajo y oportunidades de empleo; asimismo, los apoyos necesarios para la vida independiente, servicios que fortalezcan la integración familiar, social, escolar y comunitaria así como la participación en los programas de recreación, deporte y cultura a los que tiene acceso el resto de la población.

La atención integral debiera abarcar aspectos que van desde la prevención y la educación, para ser integral; además, debiera tener en cuenta las necesidades cambiantes a lo largo del proceso de vida, desde la *salud sexual, la salud reproductiva*, las condiciones del nacimiento, infancia, juventud, vida adulta y vejez.

Aunque las palabras integración e inclusión en español se utilizan indistintamente al hablar de atención a la discapacidad, en el ámbito internacional, la *integración* es considerada como el derecho a incorporarse o insertarse, mientras que al concepto *inclusión* se le da un sentido más amplio. Así, la nueva perspectiva de inclusión profundiza el sentido de participación y pertenencia (DIF-DF, UNICEF, 2006).

En México, la posición jurídica relativa a los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad es contradictoria. Por un lado, los mismos están contemplados en forma implícita en varias Leyes Nacionales y Convenios Internacionales. Por el otro, el gobierno no ha tenido una participación amplia e integral para promover y proteger estos derechos y la dignidad de las personas con discapacidad al interior de las instituciones que les prestan servicios.

Gran parte de las Leyes para Personas con Discapacidad vigentes no han sido reglamentadas aún y su cumplimiento es un problema. Por lo demás, la población con discapacidad y sin ella conoce muy poco los derechos sexuales y reproductivos que tienen las personas con discapacidad.

En general existen pocos recursos para que las personas con discapacidad puedan acceder a la educación de la sexualidad. Habitualmente, el gobierno no utiliza formatos alternativos para brindar información sobre este tema, con excepción de algunos documentos en Braille, destinados específicamente a las personas con discapacidad visual. Cabe señalar que estas publicaciones no son gratuitas.

De acuerdo al comunicado 283 de la Secretaría de Educación Pública 104 mil 674 alumnos con discapacidad son atendidos en los servicios de educación especial en nuestro país (SEP, 2010). La mayoría de las niñas y niños con discapacidad que participa en programas de servicios educativos son niños con **déficit intelectual, deficiencias auditivas, déficit motor y deficiencias visuales**.

Para ninguno de estos grupos se han creado programas específicos de educación de la sexualidad que den atención a sus necesidades y que satisfagan los requerimientos de información de madres y padres de familia.

Lo anterior se entiende si consideramos que la formación para profesionistas de educación y salud que prestarán sus servicios a esta población, no han incorporado una asignatura sobre **“Sexualidad en la Discapacidad”** en los planes de estudio, aun cuando se realizan acciones de capacitación en esta materia, mismas que han sido desarrolladas; las más de las veces, por profesionistas no formados en el área de Discapacidad y Sexualidad.

En los últimos 25 años, los organismos nacionales e internacionales responsables de formular políticas a favor de las personas con discapacidad han demostrado un gran interés por la inclusión del tema de sexualidad en documentos normativos, por ello es creciente el número de leyes, normas, convenios y convenciones que incluyen preceptos o versan sobre esta temática. Sin embargo, las personas con discapacidad y las organizaciones que los atienden no siempre han tenido una participación significativa en el diseño o reformas de los mismos; en consecuencia, no se han considerado las múltiples necesidades especiales o características de cada tipo de discapacidad y como resultado, el impacto en las intervenciones sobre sexualidad de estas leyes se ve disminuido. Si bien existen numerosas referencias legales para la educación y atención a la salud sexual de las personas con discapacidad, su incumplimiento sigue siendo el problema.

En general, *El marco jurídico nacional no restringe, sino por el contrario, hace énfasis en la igualdad de las personas con **discapacidad [...]** y la **no discriminación en todos los aspectos de la vida social**. Es en la práctica donde se observa que ha faltado una cultura de la discapacidad mediante la cual la sociedad sienta a este grupo social como parte de sí misma y lo acepte con todas sus características* (Hernández, 2004). La participación de las organizaciones de la sociedad civil en la formulación de políticas de desarrollo social –incluyendo la atención a la sexualidad- es cada vez más intensa y trascendental, lo que podrá mejorar esta situación en el futuro.

Dar atención integral a la sexualidad de las personas con discapacidad es una obligación considerando la legislación vigente en el país y los tratados internacionales que México ha suscrito ya que, desde el 7 de noviembre 1945 se convirtió en un Estado miembro de las Naciones Unidas y a partir de esa fecha ha votado, en general, de manera positiva en los

tratados concernientes a las personas con discapacidad. Las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas fueron formalmente adoptadas por México en el año 1995 con la creación del Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad (CONVIVE). Además, las Normas Uniformes establecieron las directrices que han permitido definir el sentido de las políticas y normativas concernientes al tema de la discapacidad en México, por ejemplo, las leyes estatales para personas con discapacidad se ajustaron a los fundamentos de estas normas (Hernández, 2004).

Incorporación de la atención a la sexualidad en la legislación nacional e internacional

Las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (ONU, 1993) se elaboraron sobre la base de la experiencia adquirida durante el Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos (1983-1992). El fundamento político y moral de estas Normas se encuentra en la Carta Internacional de Derechos Humanos que comprende la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y, también en la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación Contra la Mujer, así como en el Programa de Acción Mundial para los Impedidos. Aunque no son de cumplimiento obligatorio, todas son normas vinculantes consuetudinarias que se aplican con la intención de respetar el derecho internacional.

La finalidad de estas normas es garantizar que niñas y niños, mujeres y hombres con discapacidad, en su calidad de miembros de sus respectivas sociedades, puedan tener los mismos derechos y obligaciones que los demás.

En materia de atención a la sexualidad, las Normas Uniformes constituyen un precedente importante a nivel mundial al quedar asentado en el *Capítulo II. Esferas Previstas para la Igualdad de Participación, Artículo 9. Vida en familia e integridad personal*: **“Los Estados deben promover la plena participación de las personas con discapacidad en la vida en familia. Deben promover su derecho a la integridad personal y velar por que la legislación no establezca discriminaciones contra las personas con discapacidad en lo que se refiere a las relaciones sexuales, el matrimonio y la procreación”**.

Agregando que: “Las personas con discapacidad no deben ser privadas de la oportunidad de experimentar su sexualidad, tener relaciones sexuales o tener hijos. Teniendo en cuenta que las personas con discapacidad pueden tropezar con dificultades para casarse y para fundar una familia, los Estados deben promover el establecimiento de servicios de orientación apropiados. Las personas con discapacidad deben tener el mismo acceso que las demás a los métodos de planificación de la familia, así como a información accesible sobre el funcionamiento sexual de su cuerpo”.

Los Estados deben promover medidas encaminadas a modificar las actitudes negativas ante el matrimonio, la sexualidad y la paternidad o maternidad de las personas con discapacidad, en especial de las jóvenes y las mujeres con discapacidad, que aún siguen prevaleciendo en la sociedad; se debe exhortar a los medios de información a que desempeñen un papel importante en la eliminación de las mencionadas actitudes negativas.

Las personas con discapacidad y sus familias necesitan estar plenamente informadas acerca de las precauciones que se deben tomar contra el abuso sexual y otras formas de maltrato ya que son particularmente vulnerables al maltrato en la familia, comunidad o en las instituciones y, necesitan que se les eduque sobre la manera de evitarlo, para que puedan reconocer cuándo han sido víctimas de él y notificar dichos casos.

En México, la Ley General para la inclusión de las Personas con Discapacidad, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo de 2011; dispone en el Artículo 7, que *las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud, rehabilitación y habilitación*, puntualizando en la fracción X *la necesidad de crear programas de orientación, educación y rehabilitación sexual y reproductiva para las personas con discapacidad y sus familias*.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada por México el 17 de diciembre de 2007, contempla en el Artículo 25 referente al Derecho a la Salud, que las Personas con Discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivo de discapacidad; señala que los Estados parte: *proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población* (CONAPRED, 2007).

Además de estos tres documentos que en forma específica hacen referencia al derecho a la sexualidad de las personas con discapacidad, existen en el país otras leyes que sustentan la obligatoriedad de la educación, orientación y atención a la sexualidad de este grupo de población. Por el interés que revisten en el propósito de este texto se enuncia lo contenido en la Ley General de Educación y la Ley General de Salud y se enlistan para el lector interesado otros documentos:

La Ley General de Educación (DOF, 28-01-2011) contempla lo siguiente:

Artículo 7o.- La educación que impartan el Estado, sus organismos descentralizados y los particulares con autorización o con reconocimiento de validez oficial de estudios tendrá, además de los fines establecidos en el segundo párrafo del artículo 3o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los siguientes:

I.- Contribuir al desarrollo integral del individuo, para que ejerza plena y responsablemente sus capacidades humanas;

VI.- Promover el valor de la justicia, de la observancia de la Ley y de la igualdad de los individuos ante ésta, propiciar la cultura de la legalidad, de la paz y la no violencia en cualquier tipo de sus manifestaciones, así como el conocimiento de los Derechos Humanos y el respeto a los mismos;

X.- Desarrollar actitudes solidarias en los individuos y crear conciencia sobre la preservación de la salud, el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana, así como propiciar el rechazo a los vicios y adicciones, fomentando el conocimiento de sus causas, riesgos y consecuencias;

XV. Difundir los derechos y deberes de niños, niñas y adolescentes y las formas de protección con que cuentan para ejercitarlos (*Fracción adicionada DOF 17-04-2009*).

XVI.- *Realizar acciones educativas y preventivas* a fin de evitar que se comenten ilícitos en contra de menores de dieciocho años de edad o de personas que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o para resistirlo.

De igual forma refiere:

Artículo 41.- La educación especial está destinada a personas con discapacidad, transitoria o definitiva, así como a aquellas con aptitudes sobresalientes. Atenderá a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones, con equidad social incluyente y con perspectiva de género.

Tratándose de menores de edad con discapacidad, esta educación propiciará su integración a los planteles de educación básica regular, mediante la aplicación de métodos, técnicas y materiales específicos. Para quienes no logren esa integración, esta educación procurará la satisfacción de necesidades básicas de aprendizaje para la autónoma convivencia social y productiva, para lo cual se elaborarán programas y materiales de apoyo didácticos necesarios.

Artículo 42.- En la impartición de educación para menores de edad se tomarán medidas que aseguren al educando la protección y el cuidado necesarios para preservar su integridad física, psicológica y social sobre la base del respeto a su dignidad, y que la aplicación de la disciplina escolar sea compatible con su edad.

En caso de que las y los educadores así como las autoridades educativas, tengan conocimiento de la comisión de algún delito en agravio de las y los educandos, lo harán del conocimiento inmediato de la autoridad correspondiente (Párrafo adicionado DOF 19-08-2010).

Puede observarse que la educación de la sexualidad es un tema implicado puntualmente en la atención a los infantes y adolescentes, con o sin discapacidad, que forman parte del sistema educativo nacional.

En relación a la *Ley General de Salud (DOF, 2010)*, se expone en relación a la atención a la sexualidad y la discapacidad:

Artículo 6. - El sistema nacional de salud tiene los siguientes objetivos:

- I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;
- III. Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y *minusválidos*, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social;
- IV. Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez;

Artículo 66. - En materia de higiene escolar, corresponde a las autoridades sanitarias establecer las normas oficiales mexicanas para proteger la salud del educando y de la comunidad escolar. Las autoridades educativas y sanitarias se coordinarán para la aplicación de las mismas. La prestación de servicios de salud a los escolares se efectuará de conformidad con las bases de coordinación que se establezcan entre las autoridades sanitarias y educativas competentes.

Artículo 67. - La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información antifecundativa, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja. Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de *toda persona* a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.

Artículo 68. - Los servicios de planificación familiar comprenden:

- I. La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo Nacional de Población;
- II. La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de planificación familiar;

III. La asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población.

IV. El apoyo y fomento de la investigación en materia de antifecundación, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana;

Artículo 71.- La Secretaría de Salud prestará, a través del Consejo Nacional de Población, el asesoramiento que para la elaboración de programas educativos en materia de planificación familiar y educación sexual le requiera el sistema educativo nacional.

Artículo 77 bis 37.- Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán además [...], los siguientes derechos:

I. Recibir servicios integrales de salud;

II. Acceso igualitario a la atención;

III. Trato digno, respetuoso y atención de calidad;

V. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen;

XV. Presentar quejas ante los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud o ante los servicios estatales de salud, *por la falta o inadecuada prestación de servicios* establecidos en este Título, así como recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que se atenderán las quejas y consultas, y

XVI. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

Artículo 112.- La educación para la salud tiene por objeto:

I. Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud;

III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, *educación sexual*, planificación familiar, cuidados paliativos, riesgos de automedicación, prevención de farmacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la *invalidez* y detección oportuna de enfermedades.

Artículo 113.- La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas, y con la colaboración de las dependencias y entidades del sector salud, formulará, propondrá y desarrollará programas de educación para la salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población.

Artículo 174.- La atención en materia de prevención de *invalidez* y rehabilitación de *inválidos* comprende:

- I. La investigación de las causas de la *invalidez* y de los factores que la condicionan;
- II. La promoción de la participación de la comunidad en la prevención y control de las causas y factores condicionantes de la *invalidez*;
- III. La identificación temprana y la atención oportuna de procesos físicos, mentales y sociales que puedan causar *invalidez*;
- IV. La orientación educativa en materia de rehabilitación a la colectividad en general, y en particular a las familias que cuenten con algún *inválido*, promoviendo al efecto la solidaridad social;
- V. *La atención integral* de los *inválidos*, incluyendo la adaptación de las prótesis, órtesis y ayudas funcionales que requieran;

Aún cuando en esta Ley no se relaciona en forma directa y explícita la atención a la sexualidad en el marco de la discapacidad, existen elementos suficientes para demandar conforme a derecho el cumplimiento de la misma en lo que corresponde a la atención a la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad.

Es necesario que se hagan recomendaciones para la modificación de términos que en este momento histórico resultan ya valorativos al referirse a las personas con discapacidad como **“inválidos” o “minusválidos” en razón no sólo de la existencia de la Convención por los Derechos de las Personas con Discapacidad**, sino también de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, instrumento de uso primordial en el sector salud.

Como se mencionó previamente, existen otros documentos normativos en México que hacen referencia a la obligatoriedad de atender las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva de las Personas con Discapacidad, los que se enlistan a continuación para conocimiento del lector:

- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (DOF, 2003)
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (DOF, 2007)
- Norma Oficial Mexicana para la Atención Integral a Personas con Discapacidad (NOM-173-SSA1-1998)
- Norma Oficial Mexicana para el Fomento de la Salud Escolar (NOM-009-SSA2-1993)
- Norma Oficial Mexicana para la Prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores (NOM-167-SSA1-1997)
- Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993)
- Modelo de Atención de los Servicios de Educación Especial: Marco Normativo (SEP, 2009)

CONCEPTOS BÁSICOS EN DISCAPACIDAD

El concepto de “normal” es complejo, ya que puede significar la conformación a un promedio estadístico o a una pauta ideal de conducta o simplemente ser capaz de estar lejos de la

atención de médicos y agencias de bienestar; ninguna de estas definiciones tienen validez definitiva; el promedio estadístico no indica nada, el ideal es demasiado subjetivo y alguien que evita la atención médica puede ser simplemente un solitario que quizá viva con dolor.

Definir la discapacidad al hablar de niños y adolescentes significa entender ésta como una **interferencia u obstrucción en el crecimiento, desarrollo o progreso educacional "normales", o bien**, en los tres factores al mismo tiempo.

En general, las definiciones de discapacidad utilizadas en documentos oficiales y legales se refieren a las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad y el Programa de Acción Mundial para los Impedidos (ONU, 1993).

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), plantea modificar el enfoque tradicional de la discapacidad mediante la integración de los modelos médico y social (OMS, 2001). Los documentos oficiales incluyen las siguientes definiciones que pueden considerarse como las más representativas (Hernández, 2004):

Discapacidad. Limitación o ausencia de la capacidad para realizar una actividad dentro del margen que se considera *normal* para un ser humano, como consecuencia de una deficiencia física o mental (INEGI, 2000).

Discapacidad. Ausencia, restricción o pérdida de la habilidad, para desarrollar una actividad en la forma o dentro del margen considerado como *normal* para un ser humano (SSA, 1998).

Persona con Discapacidad. Toda persona que presenta una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social (DOF, 2005).

Un análisis de 13 definiciones contenidas en diversos documentos oficiales permitió identificar **algunos patrones, el uso recurrente de palabras como "padece", "sufre" o "vive" implica que se concibe a las personas con discapacidad como personas enfermas o confinadas a un mal permanente, también es frecuente el uso del término "normal", el cual implica que cualquier asunto o actividad relacionada con la discapacidad es anormal, este tipo de terminología impide considerar la discapacidad como una simple condición de vida.**

La mayoría de las definiciones intentan apegarse a los modelos establecidos a nivel internacional. Para los fines de este documento, retomaremos la definición de Personas con Discapacidad propuesta por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y las definiciones de la CIF que tienen relación con este término:

Personas con Discapacidad: *Incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales de largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás* (CONAPRED, 2007).

Para tener una idea más clara respecto a este concepto, se revisan las definiciones propuestas por la CIF (OMS, 2001):

Deficiencia: Es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función **fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Con "anormalidad" se** hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida (ej. la desviación respecto a la media de la población obtenida a partir de normas de evaluación estandarizadas) y sólo debe usarse en este sentido.

Es importante puntualizar que este aspecto está definido por el órgano o función perdida o ausente, que en general es bastante precisa, definida y medible y de ninguna forma define a la persona que la presenta.

De largo plazo: Periodo convencional mayor de cinco años (dentro del tiempo comprendido en un ciclo anual se consideran a corto plazo, antes de cinco años a mediano plazo), que puede considerarse como el periodo crítico para el logro de los objetivos de atención a la deficiencia y en consecuencia la restricción de la discapacidad (Torices, I., comunicación personal, 7 de febrero de 2011).

Discapacidad: es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una **"condición de salud"**) y sus factores contextuales (**factores ambientales y personales**).

Nuevamente, este término define una condición que forma parte de la vida de la persona, más no define a la persona en sí.

Barreras: son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad, entre ellos se incluyen aspectos tales como que el ambiente físico sea inaccesible, falta de tecnología asistencial adecuada, actitudes negativas de la población respecto a la discapacidad y los servicios, sistemas y políticas que bien, no existen o dificultan la participación de las personas con una condición de salud en todas las áreas de la vida.

Restricciones en la participación: son los problemas que puede experimentar un individuo para implicarse en situaciones vitales, la presencia de una restricción en la participación viene

determinada por la comparación de la participación de una persona con discapacidad con respecto a la participación esperable de otra persona sin discapacidad en determinada cultura o sociedad.

Debido a que el concepto de minusvalía fue motivo de discusión en diversos foros y entre grupos de expertos y de personas con discapacidad, por su uso indiscriminado como sinónimo de deficiencia o de discapacidad, aun cuando es parte de las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (ONU, 1993. p. 7), no es considerado ya, en los documentos que de forma específica hacen referencia a personas con discapacidad; con la intención de hacerlo del conocimiento del lector y promover una lectura crítica de este y otros conceptos, se hace referencia al mismo:

Minusvalía es un concepto amplio, se define en función de la relación de la persona con su entorno y habla de una situación desventajosa para un individuo determinado, es consecuencia de un déficit (deficiencia) o de una discapacidad que limita o impide el **desempeño del rol que es "normal" en su caso, de acuerdo no sólo a su edad y género, sino también, a factores psicológicos, sociales y culturales.**

El concepto de minusvalía definía cómo el déficit (deficiencia) afectaba la forma de vida de la persona pero no definía a la persona en sí.

Para alcanzar una comprensión más completa sobre lo que se entendía por *minusvalía*, es importante resaltar:

1. Existencia de alguna dificultad orgánica, psicológica o culturalmente inducida en comparación con la población general.
2. Esa dificultad conducía a algunas limitaciones de la función que afectaban hasta las actividades más ordinarias comparando a la persona con algún déficit (deficiencia) o discapacidad con otras semejantes en edad, sexo, etcétera.
3. **Era posible la afección del desarrollo psicológico del individuo, especialmente su "auto imagen",** la visión de sí mismo como una persona competente que podía desempeñar funciones de liderazgo o poseer alguna otra característica sobresaliente.
4. Todo lo anterior podía ser inducido por la actitud de la sociedad y por la perspectiva de la mayoría de las personas en contacto con la persona con discapacidad; (*¿le tienen lástima?, ¿les genera ansiedad o rechazo?, ¿aceptan el déficit, la discapacidad o la minusvalía tal cómo es?*)

En virtud de lo anteriormente expuesto, al inicio de la segunda década del siglo XXI, quienes realizan acciones de atención a la discapacidad, no pueden seguir usando términos como "discapacitado", "minusválido", "persona especial", "persona con capacidades diferentes",

“anormales”, por respeto a este grupo de población se debe usar el término *Personas con Discapacidad* (DGSEI, 2011).

BASES PARA LA ORIENTACIÓN, EDUCACIÓN Y CONSEJERÍA EN SEXUALIDAD A ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD

Se observan frecuentemente actitudes prejuiciadas de los adultos que rodean a la niña, el niño o las y los jóvenes con discapacidad, en torno a su persona y especialmente alrededor de su sexualidad. Los propios educadores son portadores de algunos de estos prejuicios, ya que también tienen desconocimiento en cuanto a la educación de la sexualidad; la base de estos prejuicios son las opiniones sociales que inciden tanto en el ámbito institucional como en la familia, pues los individuos reflejan estas opiniones de la sociedad en cuanto a la discriminación de las personas con discapacidad. Estas actitudes están en relación con la aceptación o no que se tenga del déficit o discapacidad, ya que en muchas ocasiones no se aceptan estos aspectos como parte de las limitaciones de la persona (Alegre, O. 2002).

Alrededor de quien pertenece a un grupo “minoritario”, la sociedad suele elaborar numerosos mitos, los cuales están basados en el desconocimiento y la falta de información objetiva o en historias fantásticas que no coinciden con los hechos reales. Los mitos estigmatizan al sujeto y a la conducta a que se refieren; los mitos en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad son capaces de mermar drásticamente e innecesariamente su expresividad sexual, tendiendo a contaminar su identidad y sus relaciones sociales.

Una persona con discapacidad parece perder su identidad social porque la sociedad cambia sus expectativas normativas, así como su identidad real, ya que tendrá que cambiar su comportamiento si quiere participar en la vida social. Los cambios en las expectativas de la sociedad, forman la base de los estereotipos es decir, las creencias populares asociadas a un mito, que se fueron construyendo históricamente por la desatención y abandono de esta población.

En torno a la sexualidad de las personas con discapacidad, existen varios estereotipos que pueden mermar drásticamente la expresión de su sexualidad.

- 1) Que las personas con discapacidad son asexuales.
- 2) Que son como niños, dependen de los demás y necesitan protección.
- 3) Que su discapacidad genera discapacidad en su entorno.
- 4) Que deben hacer su vida y unirse en pareja con personas como ellos.
- 5) Que los padres de personas con discapacidad no desean darles educación de la sexualidad.
- 6) Que la relación sexual que culmina con el orgasmo es esencial para el goce sexual.
- 7) Que si una persona con discapacidad presenta una disfunción sexual, casi siempre se debe a su condición de discapacidad.

8) Que si una persona sin discapacidad tiene actividades sexuales con una persona con discapacidad (hombre o mujer), es porque no puede atraer a individuos "normales" (Masters, Johnson y Kolodny, 1987).

Estos estereotipos demuestran la incomodidad de la sociedad ante la idea de considerar a las personas con discapacidad como individuos con intereses sexuales, ya que el común de la gente parece pensar que éstas deberían preocuparse por cuestiones más importantes en su vida y desentenderse de las necesidades sexuales, y cuando se trata de las y los adolescentes con discapacidad esto se vuelve más restrictivo pues nunca se pensó que en algún momento el desarrollo puberal, se presentaría en ellas y ellos como parte de un crecimiento saludable.

Al tener conciencia de estas dificultades, se deben desarrollar habilidades que fortalezcan su salud sexual. Las y los adolescentes con discapacidad tienen el derecho de acceso al contacto social, emocional y sexual; como las personas sin discapacidad ya que éstos son necesarios para consolidar su identidad e independencia. Ante la posibilidad de verse destruido por la represión o la negación de sus derechos, la persona con discapacidad necesita borrar u ocultar todos los signos que son sinónimos de deficiencia o desarrollar ciertas pautas de conducta con las cuales pueda interactuar socialmente y minimizar en lo posible, las desventajas que le da su condición, aun a riesgo de perder, en parte, su identidad personal.

Cuando la discapacidad se adquiere en la adolescencia el darse cuenta de la pérdida de control de las funciones vitales del cuerpo el impacto puede ser tremendamente convulsionante, en algunos casos se produce un retorno necesario a una posición similar al estado infantil, justo cuando comienza a realizar acciones para demostrar que ya no es un niño. Así, por ejemplo, un o una joven que por la presencia de una discapacidad deja de tener control sobre sus esfínteres, pueden hacerse presentes las antiguas recriminaciones de la primera etapa de la vida cuando se orinaba; así mismo pueden presentarse disfunciones sexuales. Los trastornos del intestino y la vejiga representan una de las experiencias más alienantes (la alienación es una experiencia provocada por un descenso en la calidad de las relaciones que el individuo ha mantenido con otras personas u objetos) a las que una persona con discapacidad tendrá que enfrentarse.

El significado de tener una discapacidad incluye el reconocimiento pavoroso de que los órganos y otras partes del cuerpo han dejado de ser precisos instrumentos obedientes que ponen en práctica las instrucciones de su propietario, como no poder reunirse con amistades, y dificultades en la comunicación, como hablar por teléfono o poner límites ante conductas que le resulten desagradables. (Krueger, 1988).

Causas de deficiencia

Podemos agrupar las causas de deficiencia más frecuentes en siete grandes grupos, es importante considerar que la presencia de una deficiencia no implica en forma necesaria una

condición de discapacidad, remitiéndonos a la definición que de este término se presentó anteriormente:

- A) Congénitas: Ocurren durante la gestación, el nacimiento o siete días completos posteriores al parto sin componentes hereditarios.
- B) Hereditarias: Se transmiten genéticamente a la descendencia.
- C) Accidentales: Un nulo o mal manejo de estos en el periodo agudo, puede dar origen a discapacidad.
- D) Enfermedades diversas: Como consecuencia del mayor control de las enfermedades crónicas, mayor sobrevida a enfermedades degenerativas y al mal manejo de las enfermedades en su periodo agudo, se generan secuelas discapacitantes con mayor frecuencia que en el pasado.
- E) Quirúrgicas: Pueden ser permanentes o transitorias.
- F) Iatrogénicas: Iatrogenia y error, son términos con significado distinto, no son sinónimos. Iatrogenia es un daño producido por un procedimiento o prescripción que el profesionista realiza o administra, con una indicación correcta, con un criterio justo; sin embargo produce molestias o enfermedad, de lo cual el profesionista tiene conciencia y advierte a la persona y a su familia, para que puedan elegir el procedimiento o terapéutica propuestos con todas sus ventajas y riesgos (Cerecedo, 1997). La Iatrogenia puede derivarse de una intervención quirúrgica, farmacológica, terapéutica, educativa o de cualquier otro tipo.
- G) Desequilibrio social: La falta de aceptación y consecuente marginación de grupos específicos, puede favorecer el aumento de personas consideradas con discapacidad social.

En el año 2006 el Gobierno del Distrito Federal y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en el marco de la iniciativa Todos los Niños y las Niñas en la Escuela cuyo objetivo es lograr el cumplimiento universal de los derechos de la infancia en el Distrito Federal y, en particular impulsar acciones para que todas y todos los niños estén, permanezcan y finalicen su educación básica, se consideró la importancia de saber cuántos niños están fuera del sistema educativo, en qué localidades, cuáles son las causas por las cuales no asisten a la escuela y de qué manera se puede incidir en las mismas para garantizar sus derechos. En relación a la discapacidad, según las cifras del censo del 2000, en el Distrito Federal viven 13,692 niños y niñas de 5 a 14 años de edad con alguna discapacidad, de los cuales, no asisten a la escuela un total de 3,350, lo que supone un índice de inasistencia del

24.5%; partiendo de esta situación, tanto el Gobierno del DF como UNICEF, consideraron importante elaborar un análisis de la información disponible con el ánimo de desarrollar políticas públicas para lograr el acceso a la educación de todos los niños y niñas con discapacidades en el Distrito Federal.

La causa más importante de discapacidad entre los niños de zonas marginadas del Distrito Federal tiene su origen al nacimiento, en promedio 73%, siendo éstas en primer término la intelectual (81,8%), mixta (74.5%) motora (75.1), auditiva (71.3%) y la visual (61.8%).

En las bases de datos que especifican la enfermedad de origen se encontró una gran variedad y dispersión; no obstante, la discapacidad intelectual está asociada a fiebres altas, meningitis, convulsiones, virus y problemas bronco respiratorios, la mixta tiene como origen: fiebres altas, meningitis, convulsiones; la motora: fiebres altas, meningitis, infecciones, polio y factores hereditarios; la visual muestra correlación alta con diabetes. La discapacidad auditiva no tiene correlaciones notorias con enfermedades, aunque podría estar asociada a infecciones bronco-respiratorias.

El grado de desnutrición, así como las condiciones de vivienda implican la incidencia de enfermedades, que cuando no son atendidas a tiempo evolucionan hacia cuadros muy severos que dejan secuelas discapacitantes; es necesario fortalecer la medicina preventiva, las vacunaciones (todavía aparecen casos de poliomielitis), la profilaxis para evitar infecciones, así como reforzar la valoración positiva del tratamiento oportuno de las enfermedades infecciosas que causan fiebres altas.

Accidentes como origen de la discapacidad

Se menciona como causa de discapacidad los accidentes en un porcentaje bajo: el 0.2% en el nivel de marginación media, el 0.6 en alta y aumenta hasta el 4% en marginación muy alta; se presume que la mayor incidencia de accidentes que derivan en discapacidad, está relacionada con algunas características de las familias, entre las que se mencionan: el que trabaje un mayor número de sus integrantes, que sea de tipo compuesto y que la supervisión de las niñas y niños sea laxa o nula.

Respecto a la discapacidad intelectual, los golpes y las caídas son mencionados como accidentes que la causan; para la motora, las caídas son las principales causas, seguidas de golpes y atropellamiento mientras que para la visual ocupan los primeros lugares las caídas y accidentes. La incidencia de golpes, accidentes y caídas pudiera estar ocultando situaciones graves de violencia intrafamiliar (DIF, UNICEF, 2006).

Las áreas que afecta la deficiencia en mayor o menor medida son:

- Física: Se manifiesta en el cuerpo del individuo.

- Mental: Afecta las funciones psíquicas (funciones mentales superiores y emocionales).
- Social: Los factores ambientales, de organización familiar o comunitaria restringen el desarrollo del individuo.

Considerando al ser humano como unidad biopsicosocial, aún cuando el impacto de la deficiencia se presente primordialmente en una sola de estas áreas, las otras se afectarán en algún grado, incluyendo la sexualidad de la persona.

El grado de discapacidad se encuentra determinado por las dificultades en las áreas de auto cuidado, productividad y recreación (participación social); puede estimarse que, de acuerdo a la independencia personal, para evaluar los efectos en el desarrollo y la participación, la discapacidad es:

- Mínima: cuando la repercusión en la independencia personal limita parcialmente el auto cuidado (vestido, higiene, alimentación, traslación, etcétera).
- Moderada: cuando la repercusión en la independencia personal limita parcialmente el auto cuidado y su productividad (trabajo o desempeño escolar).
- Severa: cuando la reducción en la independencia personal es tan importante que lo hace dependiente en su auto cuidado, no es posible su productividad y se afecta la esfera recreativa.

Efectos en la respuesta sexual

Directo: ocurre cuando el cerebro, médula espinal o nervios que transmiten información de los órganos sexuales pélvicos están afectados o también cuando se ha producido daño directo a las estructuras de los órganos sexuales pélvicos. Dependiendo de la localización y extensión del daño, puede resultar en una modificación del comportamiento sexual, en la pérdida de sensibilidad de los órganos sexuales pélvicos, una disfunción sexual, una disminución en la eyaculación de los hombres y puede haber efectos en la fertilidad en ambos sexos.

Indirecto. Pueden incluirse todas las complicaciones o efectos colaterales de la discapacidad: dolor, temor, baja autoestima, disminución del control corporal voluntario, actitudes de la familia y la pareja, efectos de los medicamentos

La severidad del efecto en la sexualidad de la persona estará siempre en relación con el tipo de discapacidad y el grado de severidad. Estos efectos pueden minimizarse proporcionando orientación y educación de la sexualidad oportuna, de ser necesarias consejería y terapia sexual; iniciando la atención de la sexualidad a la par de cualquier otro proceso educativo y/o terapéutico; la discapacidad no siempre origina problemas sexuales.

Para trabajar en la atención a la sexualidad de las personas con discapacidad, tendríamos que considerar lo siguiente (Masters, et al., 1987):

1. Un pene erecto no hace sólida una relación, como tampoco una vagina húmeda.
2. La incontinencia urinaria no significa incompetencia en la actividad sexual.
3. La ausencia de sensaciones no significa ausencia de sentimientos.
4. La imposibilidad de moverse no representa imposibilidad de sentir placer.
5. La presencia de deformidades no significa ausencia de deseo.
6. La dificultad para realizar el coito no significa dificultad para disfrutar la sexualidad.
7. La presencia de disfunciones sexuales no es la pérdida de la sexualidad.

La edad y la condición de discapacidad no es un factor determinante para vivir una sexualidad placentera, el entendimiento creciente del sistema inmunológico indica que las demostraciones de amor y de afecto a través de tocamientos y acercamientos físicos, son un componente importante para la salud física y emocional. A medida que cambien las actitudes hacia las personas con discapacidad y se acepte la sexualidad como un aspecto que enriquece la vida de todos los individuos, quizá un día desaparezcan todos los mitos y prejuicios, se de paso a un criterio más tolerante, franco y mejor documentado del que existe en la actualidad.

LA ATENCIÓN DE LA SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD

La niña, el niño y el adolescente con déficits diversos tienen la necesidad de reconocerse como seres sociales, buscar un espacio de realización para toda su personalidad, incluyendo la esfera de la sexualidad; sin embargo, la sociedad, la familia, e incluso la propia institución escolar ignoran o hasta reprimen abiertamente este importante aspecto de su existencia humana.

En las niñas y niños con discapacidad las habilidades sociales generalmente se desarrollan lentamente a través de la infancia y adolescencia, a través de la experiencia personal y la observación. Estas habilidades incluyen aquellas para relacionarse con otros en diferentes situaciones y la habilidad de entender su significado. Similarmente, la habilidad para aprender sobre las emociones humanas y cómo controlar la propia reacción ocurre a través de muchas experiencias.

Para la familia, las diversas manifestaciones de la sexualidad de la hija o el hijo constituyen una fuente de grandes preocupaciones y comúnmente los padres se ven sorprendidos por problemas que no saben cómo enfrentar; la escuela frecuentemente considera que esto no es de su incumbencia, que toda la responsabilidad descansa en los padres, así, la educación de la sexualidad de la niña, el niño o los adolescentes con discapacidad queda en tierra de nadie y, en definitiva, la sociedad enfrenta las consecuencias por el desajuste personal y familiar que ello implica.

Las etapas del desarrollo de la sexualidad son casi universales; sin embargo, el momento en que éstas ocurren puede variar, particularmente en un menor con discapacidad, aún cuando la secuencia de eventos sea básicamente la misma; en algunas discapacidades puede haber variables específicas que pueden ayudarnos a predecir alteraciones en el desarrollo de la sexualidad en la etapa de la pubertad y la adolescencia, algunas de estas alteraciones requieren de la intervención directa y específica por parte de los padres, docentes u otros actores encargados su educación; para tener una comprensión más clara de los efectos de la discapacidad en la infancia y adolescencia, se recupera la definición de discapacidad propuesta por Bowley y Gardner (1984): *Discapacidad es la interferencia u obstrucción en el crecimiento, desarrollo o progreso educacional "normales"; o bien, en los tres factores al mismo tiempo. Un menor con discapacidad no puede hacer ciertas cosas con métodos ordinarios o en el tiempo habitual disponible.*

La pubertad para una persona con discapacidad puede ser una fase crítica si nunca se le han mencionado los cambios biológicos, psicológicos y las implicaciones sociales que emergen, puede no tener una clara representación de las experiencias con su propio cuerpo ya que le será difícil incorporar sobre todo si sus contactos sociales son escasos sobre todo con sus pares; si su mundo estaba rodeado de silencios en relación al desarrollo de las características sexuales secundarias o francamente vedado por prohibiciones culpógenas; sin embargo ellas y ellos pueden experimentar sensaciones placenteras al observar que su cuerpo cambia como el de sus compañeros y compañeras.

El desarrollo de la sexualidad en la pubertad y la adolescencia constituye un proceso de formación de su personalidad, transcurre de acuerdo con las leyes fundamentales del desarrollo biopsicosocial, aunque adquieran una expresión peculiar por las limitaciones de las características de cada discapacidad, lo que repercute en la motivacional y en la emocional volitiva; ellas y ellos pueden lograr el desarrollo de la personalidad y de cualidades suficientemente estables mediante métodos y procedimientos adecuados de trabajo educativo.

Los sentimientos que una persona con discapacidad puede tener sobre un cuerpo "apto" pueden relacionarse con una fijación en los problemas y frustraciones asociados con ésta, a tal grado de que un chico o una chica con discapacidad puede no reconocerse como un individuo con capacidades propias y dudar de la contribución que puede hacer a la sociedad.

Para los que han tenido deficiencias sensoriales o motoras desde la primera infancia sus limitaciones pueden implicar, para algunos, un modo de vida familiar y unas relaciones hogareñas oscilantes entre la lástima y el rechazo o entre la sobreprotección y la falta de estimulación adecuada; para quien el accidente o la enfermedad súbita que condujo a la discapacidad presentó en la adolescencia la afectación se da a partir de haber frustrado las expectativas ya formadas por ellos y sus padres, provocando una gran incertidumbre por el futuro que nadie había imaginado de esa manera.

En todos los casos, independientemente de las causas físicas, se aprecian consecuencias psicológicas y sociales determinantes, los que rodean al adolescente con discapacidad motora o sensorial no lo enfrentan a las tareas propias de cada edad, le relegan de muchas exigencias cotidianas y les privan de las vivencias sociales necesarias; a estos chicos y chicas se les van de entre las manos los años de su adolescencia sin poder compartir con los coetáneos de ambos sexos.

En la pubertad en la mayoría de las chicas y los chicos surge la natural curiosidad ante los cambios del propio cuerpo, en las niñas y los niños con déficits físicos, sucede que algunas personas evitan referirse a sus cuerpos, no les responden sus preguntas que hacen sobre el mismo, o peor aún, proyectan temores o ansiedad en sus respuestas. Durante la infancia, muchos padres y docentes reflejan los tabúes sociales en torno a la sexualidad del niño y la niña con discapacidad; si sorprenden al niño tocándose o explorando sus órganos sexuales, justifican esta conducta como de hipersexualidad condicionada a la discapacidad.

En el caso de las chicas y chicos con discapacidad motora con afección medular, tienen la imposibilidad neurológica de controlar sus esfínteres, lo que origina otro problema de difícil manejo familiar, fuerte repercusión en el desarrollo de su sexualidad y un impacto negativo en su autoestima; en algunas familias la represión social en torno a las funciones eliminatorias carga ansiedad y culpa al discontrol de esfínteres.

En la representación del rol de género, propio de las etapas preescolar y escolar, con frecuencia se presenta una demora en el desarrollo. Esto viene dado por el grado de relación con los pares y de inclusión en actividades dentro y fuera del hogar. Cuando se ve limitado el juego y la incorporación escolar y, la o el adolescente resulta confinado a su hogar, se puede afectar este desarrollo teniendo como consecuencia inhibición y dificultad para relacionarse con pares e intentar cortejos; además, en algunos casos se puede apreciar mayores dificultades que las chicas y chicos sin discapacidad para el manejo de emociones y mantener relaciones interpersonales.

El interés de mantener contacto con grupos de amigas y amigos favorece el desarrollo de habilidades para establecer relaciones con ambos sexos. En el caso de adolescentes con discapacidad es común la marginación de estas experiencias, lo cual afecta seriamente su autoestima. El grupo sirve de estímulo y de soporte al desarrollo de la personalidad en esta etapa, en su seno se refuerzan el desempeño de roles, se desarrolla la comunicación entre uno y otro sexo, se evidencian las atracciones y se conforman los gustos; por eso es imprescindible motivar y crear condiciones para que las y los adolescentes con discapacidad tengan la oportunidad de vivir estas experiencias.

Como parte del desarrollo de la sexualidad en la adolescencia, con o sin la presencia de una discapacidad, están las primeras relaciones de pareja, al presentarse estas oportunidades

también se pueden dar los primeros fracasos y decepciones que pueden afectar la autoestima dando pie a conformar estrategias de enfrentamiento inadecuadas. Es importante enseñar a las y los adolescentes a distinguir la responsabilidad que cada uno tiene para que una relación de pareja se dé o se mantenga en términos favorables para ambas partes; sin depositar en los déficits o el cumplimiento de expectativas sociales (como los estereotipos de belleza) el fracaso de una relación; pues muchas de las ocasiones el temor en torno al desarrollo de la **sexualidad, las culpas por no “cumplir” con lo que la sociedad espera de la persona proviene** del contexto en donde se han desarrollado las chicas y los chicos como, la familia y la escuela; toda esta carga emocional complicará las formas de acercamiento hacia el otro u otra.

La masturbación puede ser una práctica común cuando se alcanza la pubertad; tiene la función de experimentar placer, descargar las tensiones, experimentar con la propia sexualidad, reconocer las partes del cuerpo que le generan goce, es un intento del adolescente de dominar sus impulsos sexuales y sin lugar a dudas le permite elevar su autoconfianza en el desempeño sexual, si bien esto es válido para ambos sexos, culturalmente es más frecuente y manifiesto entre los hombres, sin embargo esta práctica para muchas chicas y chicos con discapacidad puede verse seriamente limitada por las dificultades que muchos de ellos pueden tener para contar con espacios de privacidad, ya que sus padres o cuidadores están tan pendiente de ellos que no les dejan un espacio privado o un momento fuera de su vista; situaciones como pedirles que dejen la puerta abierta cuando van al baño, tocar la puerta **insistentemente y apurarlos cuando “se tardan más de lo normal”, dormir en la misma habitación o en la misma cama** son situaciones que limitan y no les permiten experimentar el autoerotismo.

Las fantasías sexuales, que se inician desde la infancia, son mucho mayores en las y los adolescentes, algunos las pueden asociar en el momento de la masturbación, aunque hay que recalcar que las fantasías no solo buscan lograr la excitación pues, para otros, suplen la falta de experiencia real, pueden representar un ensayo mental de futuras conductas. Son comunes en ambos sexos, incluso, estimuladas por el medio, así que en la medida en que las y los adolescentes con discapacidad se relacionen fuera de su hogar, se enriquecerán los elementos que integren sus fantasías. En buena medida las fantasías resultan útiles para fortalecer su autoestima.

A las y los adolescentes con discapacidad motora que tienen compromiso medular en su movilidad y sensibilidad casi nunca se les explica los efectos del déficit en la respuesta sexual y, cuando observan a sus pares, escuchan lo que sucede a otros o llega el momento en que deseen y busquen la experiencia de la actividad sexual, será angustiante el no obtener la respuesta esperada. Hay que explicarles que las relaciones íntimas con la pareja son muy excitantes aunque no se llegue a la penetración o a tener un orgasmo fisiológico, una experiencia sexual satisfactoria moviliza toda la personalidad y las vivencias son enriquecedoras; la actividad sexual es tal vez el acto interpersonal de mayor intimidad y

confianza en nuestra cultura, la capacidad de entrega así como la de recibir del otro, movilizan tales recursos de la persona que incluso llega a avanzar en otras esferas no relacionadas con la sexualidad. En general, una experiencia sexual exitosa eleva la autoestima poderosamente.

Muchos y muchas adolescentes viven con crudeza los efectos de la discapacidad en su desarrollo sexual, esta experiencia puede convertirse en una de las pruebas más importantes para demostrarse que son personas merecedoras de ejercer sus derechos sexuales. Ellos soportan creer que no están aptos para la vida de pareja y dan por hecho que la discapacidad **les hace menos "atractivos", algunos se angustian porque realmente su respuesta sexual está** alterada debido a su déficit. Por lo común su inseguridad ante la sexualidad radica en que se aprecian a sí mismos como poco deseables y elegibles para la actividad sexual sobre todo porque culturalmente se exalta la genitalidad en el encuentro sexual.

Las personas con déficit intelectual manifiestan algunas peculiaridades en el desarrollo de su sexualidad, la manera como experimentan sus necesidades sexuales no es claramente comprendida por los que le rodean, no debe establecerse un límite rígido del nivel intelectual para diferenciar a las personas y creer que de acuerdo a una clasificación, habrá quienes no serán capaces de comprender estas experiencias y auto regular sus conductas considerando las normas sociales; en realidad son pocas las personas que nunca tendrán los recursos intelectuales ni siquiera para formarse una representación de su propio cuerpo, controlar su funcionamiento y sus relaciones con los otros, además el déficit intelectual agrupa una heterogénea gama de casos al igual que se plantea con las personas sin este déficit.

En la medida en que una persona con déficit intelectual es atendida por su familia y las instituciones escolares, de salud, etc. está a su alcance adquirir habilidades de relación y cierta conciencia de sí misma, cuando se le proporcionan herramientas para su auto cuidado, independencia y se capacita para una actividad laboral, es ineludible plantearse también la educación de su sexualidad.

Las y los adolescentes y jóvenes con déficit intelectual mínimo o moderado desarrollan de manera práctica las instancias reguladoras de su personalidad, que incluyen la identidad de género y su comportamiento de acuerdo al rol de género esperado, su comportamiento sexual puede mantenerse a nivel de normas y estereotipos, adquiridos a su peculiar ritmo de aprendizaje social, al menos se reduce a normas sociales comprendidas a nivel concreto, sin otra generalización en un sistema de valores.

En la educación de la sexualidad de las y los adolescentes con discapacidad es básica la participación de la familia, no solo por ser la matriz que estimula y sostiene el desarrollo sino porque los padres portan una serie de sentimientos que inciden en el desarrollo de la sexualidad del hijo o la hija; en la medida en que se acepta como parte del desarrollo integral el desarrollo de la sexualidad se puede articular conscientemente esta educación que casi siempre reclama la ayuda profesional.

Las y los jóvenes con discapacidad, como cualquier adolescente, pueden llegar a plantearse el dilema de formar una familia en el futuro y, en particular el de concebir y criar un hijo o hija; en el desempeño de su rol de género que está condicionado por el medio en que se desenvuelve le puede llevar a esta situación existencial. No debe cederse ante el criterio de limitar o de imponer acciones o cualquier otra medida para negar la posibilidad de ejercer la maternidad o la paternidad, desconociendo la capacidad y el derecho de la persona a reconocer y valorar sus circunstancias y adoptar decisiones; lo justo sería verlo como una decisión que toma el hijo o la hija en el seno de la familia, considerando a la pareja y las habilidades para la crianza, incluyendo las económicas.

Tener una discapacidad o enfermedad crónica también puede condicionar una regresión en el desarrollo personal, los niños que crecen siendo dependientes en sus actividades y en su **cuidado diario, pueden aprender un patrón de "incompetencia aprendida" que logra que sean demasiado demandantes** pudiendo hacer que la independencia se alcance con mayor dificultad una vez llegada la adolescencia.

La independencia de los padres no solo es emocional sino también económica, para las y los adolescentes que tienen oportunidades mínimas de desarrollar habilidades laborales y la necesidad de realizar gastos médicos potencialmente significativos, el aspecto financiero es **una dificultad agregada; este es un momento muy útil para identificar un "rol modelo" de un adulto con discapacidad que haya enfrentado favorablemente esta situación**, aun cuando el rol modelo no siempre está disponible en persona, de inicio, puede encontrarse en los medios de comunicación masiva.

La influencia de la escuela, la familia y la comunidad, son decisivas en el desarrollo de la sexualidad del niño y el adolescente con discapacidad.

Las habilidades de comunicación se incrementan y revisten crucial importancia para la socialización, las oportunidades de socialización durante la adolescencia son importantes en el ensayo de los roles de género adultos. Las y los adolescentes intentan diversas interacciones para incrementar sus destrezas amistosas, de intimidad, y sus ideas acerca de ellos mismos; estos ensayos les ayudan a desarrollar un sistema de valores, incluyendo aquellos relacionados con su comportamiento sexual; y contribuyen al desarrollo de su identidad sexual.

El comportamiento sexual en este momento es completamente experimental y esporádico. Alrededor de la pubertad muchas y muchos adolescentes interactúan con otros externando su curiosidad en la manipulación y exploración de los cambios corporales incluyendo a los órganos sexuales, esto puede darse entre personas del mismo o del sexo; es una demostración de curiosidad extremadamente común, particularmente en los hombres.

Analizando la actividad social y sexual y el conocimiento en adolescentes con discapacidad en relación con otros sin discapacidad, varias tendencias son evidentes, los resultados varían y

son más positivos en estudios recientes, que en los realizados hace diez o más años; sin embargo, los adolescentes y adultos jóvenes con discapacidad física que no han tenido citas, son más en número que el resto de la población adolescente y aquellos que las han tenido han sido con menos frecuencia.

Adicionalmente, el porcentaje de adolescentes con discapacidad y adultos jóvenes que no han tenido actividad sexual es mucho más alto y de los que son tiene actividad sexual no utilizan métodos anti fecundativos; pocos han hablado con sus médicos o cualquier otro profesionista acerca de cuestiones específicas sobre sexualidad relacionadas con su discapacidad o acerca de la posibilidad de que esta sea transmitida genéticamente; a pesar de que algunos reciben educación de la sexualidad en las escuelas, sus conocimientos de anatomía, respuesta sexual, y reproducción, son menores en relación a otros grupos de adolescentes.

Las interacciones sociales exitosas reportadas, están más relacionadas con el ambiente y la familia que con la severidad de la discapacidad, un factor significativo en mujeres jóvenes con discapacidad que tienen una vida social activa son las expectativas parentales, desafortunadamente solo un pequeño porcentaje de padres esperan que sus hijas mantengan estas relaciones sociales y muchos padres, sin embargo promueven metas educativas impresionantes.

Los estudios de mujeres con discapacidad en relación a su experiencia en relaciones social y el desarrollo de su sexualidad muestran éstas tienen citas, establecen relaciones afectivas y contactos sexuales significativos más tardíamente que sus coetáneas sin discapacidad y la masturbación ocurre al mismo tiempo que en el común de las adolescentes; esto puede interpretarse como un indicador de que las mujeres con discapacidad tienen curiosidad e interés similar respecto al ejercicio de su sexualidad, pero menores oportunidades sociales para expresarlos.

La menarca es un momento importante, si no se tiene la información objetiva, sin mitos o prejuicios, puede ser impactante para las chicas con discapacidad, más que para otras chicas, el momento en que se presenta. Como parte de la información se debe mencionar es un evento que indica que el cuerpo se desarrolla de manera sana como el de cualquier otra adolescente. Contrariamente, los padres pueden percibirla como un signo de la emergente sexualidad de su hija con discapacidad y su posible independencia. La chica puede reaccionar a la menarca con miedo si no está preparada para la menstruación; si ha sido apropiadamente educada previo a la menarca por los padres o por otras personas, puede aceptarla como un evento que forma parte del desarrollo y evolución natural del ser mujer.

Las adolescentes con enfermedades crónicas se perciben con mayor riesgo de embarazo que otras adolescentes, ésto podría interpretarse como un deseo subconsciente de probar que son **“normales”**. **Es necesario que reconozcan que ante un embarazo la joven se expone a que éste**

sea de alto riesgo con posibilidad de complicaciones durante su curso o en el momento del parto.

También es necesario concientizar sobre el riesgo en la adquisición de infecciones de transmisión sexual; la discapacidad no crea inmunidad para evitar contraer una infección; por lo que es fundamental desarrollar habilidades para su prevención.

La familia y el desarrollo de la sexualidad en hijas/hijos con discapacidad

Es reconocido que no pueden acometerse acciones de educación de la sexualidad si no se cuenta con la comprensión y el apoyo de los padres, se podría decir que la clave del éxito de estos programas dirigidos a niñas, niños y adolescentes con discapacidad, radica en el compromiso de la familia, la cual constituye el medio originario y el soporte principal del desarrollo y de la expresión de la sexualidad; está caracterizada por un modo de vida objetivo que depende en primer lugar de sus condiciones materiales, de existencia y de las relaciones sociales extra familiares en las que se desarrollan quienes la conforman.

La familia desarrolla diversas actividades, socialmente condicionadas, que están encaminadas a la satisfacción de las necesidades de sus integrantes y de la vida en común, en las que se despliegan las relaciones intrafamiliares, las que incluyen, entre otras, el rol de género; la familia tiene, para sus miembros, una razón psicológica de ser, ellos se trazan ideales a lograr, que son más o menos consientes y estructurados, esto ocurre no por capricho, sino como respuesta a las exigencias encarnadas en los valores sociales, lo que algunos autores llaman el modelo social de familia, así los miembros, trazan planes a corto y a largo plazo y los mecanismos de comunicación, identificación afectiva, evaluación interpersonal, etc. y ejercen un control regulatorio en su cumplimiento.

Las exigencias sociales son específicas para cada etapa del ciclo vital por el cual transcurre la vida familiar, diferenciándose de acuerdo a las referencias sociales de cada hogar, en el terreno de la educación sexual de las hijas y los hijos, encontramos que se ejerce una acción y regulación más o menos consiente, pero a la vez se manifiestan diversas formas de influencia espontáneas e incluso no reguladas por la conciencia de los padres.

En resumen, la familia es un pequeño grupo humano primario, cuyos lazos de parentesco y convivencia conforman un sistema peculiar, que cumple entre sus funciones la de educar a sus hijos y formar cualidades de su personalidad, entre otras su actuación sexual, tratan de ajustar sus aspiraciones y exigencias educativas a los valores plasmados en el modelo social existente el cual se representa a través de sus condiciones y su modo de vida.

Las familias con hijos que presentan alguna discapacidad, pueden encontrarse en un medio más tensionado por el evento que produjo la discapacidad y su repercusión ulterior al desarrollarse las interrelaciones en torno al hijo o a la hija.

Al igual que en la población general, existen familias con hijos con algún déficit o discapacidad que son disfuncionales y otras que logran la funcionalidad, es decir, que mantienen el equilibrio del sistema, a pesar de las dificultades por las que eventualmente atraviesan; estas familias funcionales logran un balance entre las distintas actividades de la vida familiar, asegurando la satisfacción de las necesidades de sus miembros de una manera aceptable para todos, ellas despliegan recursos para resolver a lo largo del ciclo vital las tareas del crecimiento de sus hijas e hijos con discapacidad, lo que conduce a una progresiva independencia y madurez de los mismos, sin que se frustre la vida de los padres y su relación de pareja.

Enfocando la mirada en las familias disfuncionales, se aprecia que dejan de asegurar armónicamente importantes actividades de la vida hogareña, comúnmente tienen problemas en el desempeño de la función económica, se pierde la incorporación de la madre al trabajo, disminuyen los ingresos en el núcleo familiar y la figura femenina se recarga más aún de las tareas de subsistencia.

La atención a la rehabilitación del hijo desequilibra la dedicación de los miembros a otras importantes actividades intrafamiliares, en particular, la vida de pareja se afecta, en el núcleo familiar dejan de satisfacerse necesidades emocionales, las relaciones en torno al hijo con discapacidad, desbalancean los vínculos afectivos del colectivo familiar; lo más grave ocurre cuando los padres postergan sus planes de realización personal por centrarse en el cuidado de la hija o el hijo y esto les ocasiona frustraciones y conflictos; a la vez, dejan de realizarse actividades del grupo familiar que pudieran ampliar su cultura, enriquecer sus vivencias, recrear a sus miembros y contribuir a la socialización de los todos y todos.

El vínculo afectivo familiar en la infancia resulta esencial para el desarrollo de la sexualidad, una carencia de comunicación emocional en la primera infancia lastrará este desarrollo, en particular las actitudes de los padres hacia el cuerpo, la salud y las capacidades en desarrollo del hijo o hija con discapacidad y sin ella le van condicionando su autoimagen; si los padres manifiestan amor aceptante por el hijo y por su cuerpo, esto lo conforta y favorece en su desarrollo; si rechazan aspectos desagradables del físico del menor, aunque parezca que existe preocupación por cuidar al hijo o a la hija, ello lo dañará. En resumen, el amor que los padres expresan por su hija o hijo y la aceptación que éste percibe cimentan su amor propio y autoestima.

Si no se valoran sus avances y les plantean menos exigencias en la infancia, en la adolescencia, se mostrarán con poca confianza en sí mismos, con dificultades de relación, dependientes, se considerarán inútiles y muchas veces, desde el punto de vista estético se sentirán feos y desagradables; esto les dificultará enfrentarse a las actitudes sociales de algunas personas hacia la discapacidad, como malestar, rechazo o invisibilidad, lo que puede hacerle sentir culpable y responsable del rechazo.

Otra dificultad para que las y adolescentes con discapacidad sean autónomos es el no identificar y respetar los límites entre las actividades adultas y las infantiles, resolviendo problemáticas que les correspondería a las y los adolescentes atender y provocando curiosas simbiosis emocionales. Al transcurrir el ciclo vital familiar y arribar a la adolescencia, ocurre que los padres no los “dejan crecer”, le relegan importantes tareas de la edad y les limitan las actividades con sus pares de ambos sexos, cargan de angustia los avances en el desarrollo sexual del hijo o la hija o les riñen cuando motivado por sus pares, busca su independencia.

Los padres no quieren abordar la realidad de que sus hijas e hijos van cambiando a partir de la pubertad y que inevitablemente en la adolescencia se manifiestan como seres humanos sexuados, que expresan su sexualidad y desean también recibir amor. Algunas de estas familias presentan reiteradas discusiones, con clara carga agresiva entre los miembros en ocasiones se producen “escaladas” de recriminaciones en donde el hijo juega con las culpas de los padres y estos manejan las dependencias de aquel.

Con todas estas situaciones, la familia con hijos con discapacidad tienen dificultades para encarar la educación de la sexualidad de éstos, comenzando por el proceso de reconocimiento de las limitaciones reales del hijo (que frecuentemente está cargado de incógnitas angustiantes) y concluyendo con la elaboración de planes para la vida futura de la familia y del hijo o la hija; al acercarse a la adolescencia y juventud, la mayoría de los padres tienen necesidades de recibir orientación para encarar la sexualidad de sus hijas e hijos, pues tienen grandes dificultades para responder a las preguntas o demandas de ellos o no saben cómo reaccionar ante las nuevas manifestaciones de su comportamiento sexual.

EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD EN LA DISCAPACIDAD DURANTE LA PUBERTAD Y LA ADOLESCENCIA

Las acciones para la Educación sexual de las y los adolescentes con discapacidad se basan en los siguientes principios:

1. Ofrecer a las y los adolescentes la oportunidad de conocer y explorar su cuerpo.
2. Ofrecer a las y los adolescentes la oportunidad de conocer el cuerpo y el funcionamiento del otro sexo.
3. Evaluar la imagen que tiene de sí mismo como hombre o mujer.
4. Ayudar a las y los adolescentes a desarrollar una imagen positiva como ser sexuado.
5. Instruir a las y los adolescentes sobre la forma de manejar sus respuestas ante el rechazo social o las reacciones y observaciones inadecuadas de las y los demás.
6. Con las adolescentes establecer un historial de la menarca y valorar la capacidad para cuidar de sí misma, una mujer pubescente dentro del contexto de las actividades diarias o de cualquier otra evaluación habitual.
7. Adiestrar al hombre y a la mujer pubescente en los cuidados personales y la higiene de los órganos sexuales pélvicos y su higiene sexual.

8. Instruir a las y los adolescentes en el manejo adecuado de las interacciones sociales que implican con ambos géneros.
9. Proporcionar información e intervención para el control de la espasticidad excesiva, articulaciones dolorosas y otras limitaciones físicas y sensoriales que puedan interferir en expresiones de intimidad tales como acariciar y besar.
10. Desarrollar la educación sexual como parte de todo el proceso de transformación de sus personalidades, de su ajuste e integración social.
 - Proporcionarla dentro de todo el proceso de educación escolar y familiar.
 - Llevarla a cabo de manera activa, tomando al adolescente como un sujeto protagónico.
 - Desarrollarla principalmente a través de acciones grupales, como aprendizaje interrelacional.
11. Respetar al adolescente, sus vivencias y sus valores. Asumir que cada persona tiene un desarrollo de la sexualidad peculiar y único. El respeto es una condición para propiciar su desarrollo.
12. Darle al adolescente la orientación necesaria para que pueda decidir sobre el ejercicio de su sexualidad de una manera autónoma y responsable.
13. Enfocar la orientación hacia la prevención de situaciones que puedan interferir en su salud sexual.
14. Atender la problemática que agobia al sujeto.

El problema de las y los adolescentes con discapacidad no consiste solo en aceptarse y adaptarse a sus limitaciones, sino en descubrir sus posibilidades humanas y potenciarlas. Por lo tanto, no se trata de prepararse para tolerar las frustraciones, para manejar el repudio o para sobreponerse al desprecio, sino de afirmarse como personas con todos sus derechos y de asumir su sexualidad plenamente.

La riqueza y variedad de la sexualidad humana da cabida a que cualquier persona con discapacidad la exprese y disfrute con los recursos de su personalidad y de su cuerpo, todos pueden llegar a ser aptos para buscar y encontrar su plenitud sexual. Las y los adolescentes con discapacidad tienen, como toda persona, el derecho a vivir su propia experiencia y aprender de ella, incluyendo sus equivocaciones, no es justo tratar de resguardarlos de posibles riesgos o presuntas frustraciones en sus primeras experiencias amorosas. Con base a lo anterior, la educación de la sexualidad dirigida a adolescentes con discapacidad tiene los siguientes objetivos generales:

1. Orientar en momentos cruciales y a veces difíciles del proceso de desarrollo de su sexualidad.
2. Permitir sus expresiones sexuales, considerando las normas sociales establecidas en la institución en donde se encuentran, como parte crucial del proceso de su atención.
3. Contribuir con nuevas vivencias al desarrollo de su personalidad.

4. Mejorar y enriquecer sus relaciones interpersonales.
5. Elevar su autoestima, corregir sus subvaloraciones.
6. Contribuir al desarrollo de valores ético-morales en torno a la sexualidad.
7. Ampliar conocimientos sobre la sexualidad y erradicar concepciones equivocadas en este terreno.
8. Enseñarles medidas de higiene y salud sexual.
9. Que comprendan sus sentimientos y necesidades en lo relacionado a su sexualidad, así como de las personas que los rodean y se los comuniquen.
10. Que aprendan acerca de su cuerpo y el cuerpo del otro sexo, su higiene, cuidado, funcionamiento, etc. hasta poder sustentar una conducta responsable.
11. Enseñarles la necesaria privacidad de sus comportamientos sexuales.
12. Que aprendan a autorregular su conducta sexual.
13. Que conozcan y comprendan derechos y responsabilidades sobre lo que implica la vida de pareja y el ejercicio de la paternidad y la maternidad.
14. Analizar el uso de metodología anti fecundativa.
15. Poner en práctica estrategias para la prevención de violencia y abuso sexual de adultos y entre pares.
16. Fortalecer los tipos de comunicación para expresar sus derechos.

Los objetivos antes expuestos se pueden abordar con las y los adolescentes en talleres que cumplan con una planeación y reforzarse de manera cotidiana en el aula.

Los talleres de educación de la sexualidad

Una condición para el trabajo en los talleres es crear un ambiente adecuado para la aceptación de la sexualidad como parte del desarrollo del ser humano y de la expresión de la personalidad de las y los adolescentes con discapacidad, se pretende prepararlos para una futura vida adulta, con una personalidad autónoma y con el disfrute pleno de sus recursos; el reconocimiento de sus potencialidades implica la superación de temores respecto a sus cuerpos, la reconciliación con su imagen corporal, y sobre esa base, el derecho al amor, el aprendizaje para la utilización de todas sus posibilidades en la elección de cómo y con quién quieren vivir.

Además deben ayudarles a resolver dudas y contar con nuevos aprendizajes en el área, dándoles una preparación adecuada para la vida amorosa y sexual, así como para la vida familiar, les posibilitará ser más sensibles, felices y humanamente plenos; se trata de una preparación intelectual y emocional que ejercerá una regulación inmediata en su comportamiento, ha de propiciar la reflexión sobre su vida íntima con mejores argumentos y mayor serenidad; así se prepararan para la toma de decisiones personales. Los contenidos y enfoques del programa deben permitir, además, la comprensión de los valores humanos para la vida de pareja y se descubran en sus posibilidades, el análisis colectivo de los temas persigue hacer más rica y franca su relación humana con los compañeros.

Orientación a madres y padres para asumir el desarrollo de la sexualidad de las hijas e hijos con discapacidad.

La orientación a la familia debe concebirse como un sistema de influencias dirigido por especialistas, encaminado a elevar la preparación de los familiares en las características de la educación de sus hijas e hijos con discapacidad, saber identificar los conflictos familiares y contribuir a resolverlos, armonizar las influencias hogareñas y posibilitar una mayor regulación consiente de este proceso.

La orientación suministra conocimientos, contribuye a argumentar opiniones y desarrolla actitudes y convicciones en los padres, también estimula sus intereses y consolida sus motivaciones relacionadas con la vida familiar, esta orientación influye en los valores de las personas, pero por sobre todas las cosas, los respeta; al hacerlos consientes, estimula su reflexión crítica contribuyendo a la coherencia con los valores más progresistas del medio social.

El objetivo de esta orientación no es enseñar a los padres determinadas recetas para resolver cada problema que se les presente, sino que ellos analicen acerca de su vida familiar y lleguen a auto regularse conscientemente y auto desarrollarse como grupo humano.

Los propósitos generales de la orientación sexual a la familia incluyen proveer a los padres la información necesaria sobre el desarrollo de la sexualidad de sus hijos e hijas considerando los efectos de la discapacidad en dicho desarrollo, así como las alternativas que permiten el logro de un desarrollo pleno en el que incluya, si es su deseo, una relación de pareja; sobre esta base, que sean capaces de identificar determinados prejuicios discriminatorios que afectan a las personas con discapacidad y estimularlos a luchar contra ellos. También se requiere abordar algunas actitudes y estilos de funcionamiento familiar que frenan la independencia de la hija o hijo, y por tanto, el desarrollo de relaciones responsables.

Es necesario el trabajo entre padres y docentes, que lleguen a acuerdos congruentes para dirigir acciones, como orientaciones, en beneficio del desarrollo integral de las y los adolescentes con discapacidad, de lo contrario se creará confusión en la comprensión de su desarrollo. Los talleres de *Escuela para Padres* son una oportunidad para sensibilizar y preparar a las madres, padres, tutores y otros adultos miembros de la familia responsables de la educación y atención de las y los adolescentes con discapacidad. Los mismos abren un espacio de reflexión y debate en torno a los problemas de la educación en el seno de un grupo de familiares con intereses afines y en estrecha relación con el colectivo pedagógico.

Si bien los procedimientos grupales en los talleres son muy valiosos porque “normalizan” los problemas de cada padre, frecuentemente las familias con hijas o hijos adolescentes con discapacidad requieren una ayuda terapéutica individual. Cada etapa del ciclo vital familiar trae

sus retos. Hasta que no se logre la independencia de la hija o el hijo teniendo un trabajo y/o constituyendo su familia (siempre que sea posible), se mantendrán relaciones muy estrechas, que consideramos han de requerir nuevos momentos de orientación, consejería o atención terapéutica.

La orientación a los profesores y al personal

Las y los docentes de Educación Básica, Educación Especial y, el personal encargado de la educación y atención de las y los adolescentes con discapacidad necesitan contar con los conocimientos sobre el desarrollo de la sexualidad en la pubertad y la adolescencia y, los efectos que en ella provoca los diversos tipos de discapacidad. Para esto se necesita una formación que considere los siguientes propósitos:

- Reconocer el desarrollo de la sexualidad de las alumnas y los alumnos en la pubertad y la adolescencia.
- Identificar y comprender las legítimas necesidades de los alumnos en esta esfera, y las respeten.
- Actualizar sus conocimientos e incluso esclarecer sus dudas y preocupaciones sobre el desarrollo de la sexualidad en el ciclo vital; sobre la base de una comprensión clara de la sexualidad humana, llegar a conocer y comprender las peculiaridades de la respuesta sexual ante la presencia de una discapacidad.
- Identificar sus actitudes y reconocer sus prejuicios ante la diversidad de las expresiones comportamentales de la sexualidad y la preferencia sexual para evitar la discriminación.
- Conocer los principios éticos y los métodos de enseñanza de la educación de la sexualidad que puedan contribuir a prevenir o dar solución a algunos problemas que pueden surgir de la expresión de la sexualidad en la complejidad de las comunidades escolares.
- Comprender el papel que corresponde a la escuela en esta labor y establecer vínculos con madres y padres, a través de orientaciones asumiendo la corresponsabilidad.

Las actividades que pueden desarrollarse comprenden:

- Pláticas sobre el desarrollo de la sexualidad, motivando la discusión, la participación, presentando materiales audiovisuales atractivos, estudios de casos, etc.
- La inclusión del personal en las reuniones con madres y padres en donde se trate el tema.
- Consulta y discusión de material bibliográfico para enriquecer su conocimiento.
- El estudio de casos específicos de alumnas o alumnos, a través de sesiones en que participen las y los especialistas, para realizar un análisis y buscar estrategias de atención de la educación de la sexualidad; en este punto es necesaria la confidencialidad para evitar exhibir ante otros el caso.
- Si es necesario contactar con otras instituciones u otros especialistas (médicos, fisioterapeutas, logopedas, etc.) articulando todas las acciones educativas sobre la sexualidad.

La educación y orientación de la sexualidad de las y los adolescentes con discapacidad representa una ardua labor en la cual deben involucrarse las y los docentes, padres, madres, profesionistas en educación de la sexualidad para contrarrestar las limitaciones en el desarrollo de su sexualidad (Alegre, O. 2002).

LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD Y LA EDUCACIÓN ESPECIAL

Tiempo atrás se pensaba que las personas con discapacidad no podían aprender a expresar su sexualidad de formas que fueran tanto satisfactorias personalmente como socialmente responsables. Poco o ningún esfuerzo se dirigía a sentar las bases para su desarrollo social y sexual saludable debido a que las expectativas entonces eran que nunca saldrían del espacio familiar o institucional en que se encontraban.

Los intentos por normativizar el comportamiento sexual humano contradicen claramente toda la tradición investigadora que demuestra que la sexualidad humana admite una diversidad ilimitada de formas de manifestación; no solo existen diferencias entre culturas sino entre personas dentro de la misma cultura, la creación y difusión del mito de la homogeneidad no es más que una forma de favorecer a las culturas hegemónicas y en el caso de la escuela la educación de la sexualidad de las personas con discapacidad en los diseños curriculares está excluida.

El desarrollo de la sexualidad de las y los adolescentes con discapacidad también engloba aspectos culturales y no presenta deficiencias, sino diferencias en cuanto a su desarrollo y construcción; si se acepta el principio de que el aprendizaje –desde la perspectiva constructivista- se favorece por la interacción social, tanto interacción entre iguales como con las personas adultas, no existe razón para no aplicar este principio en los grupos de población con discapacidad en escuelas de Educación Básica y en Centros de Atención Múltiple; es momento de considerar las manifestaciones sexuales de los grupos de adolescentes con **discapacidad en relación a sí mismos y no en referencia a los grupos considerados “normales”**.

La mayor parte de la bibliografía existente sobre la sexualidad en personas con discapacidad intelectual insisten en ver la reproducción como problema o limitación, centrando los debates en torno a si pueden o deben acceder a los métodos anti fecundativos o si tiene o no la capacidad suficiente para decidir en temas de salud reproductiva. La capacidad para aprender en las personas con déficit cognitivo y en la discapacidad sensorial puede verse limitada por la falta de recursos y estrategias didácticas, por lo que habría que revisar si el uso los de métodos de enseñanza-aprendizaje que se tienen implementados son los adecuados para esta población.

Desde el punto de vista educativo se pone claramente de manifiesto que la población de niñas, niños y adolescentes con discapacidad plantea los mismos problemas y por tanto la intervención educativa debe seguir las mismas pautas que para los demás sectores educativos.

La elección de contenidos

De acuerdo a Barragán, referido por Alegre, O. (2002) las necesidades de aprendizaje e intereses de las y los adolescentes con déficits y discapacidad son idénticos a las expresadas por otros grupos; así una propuesta incluye los temas de anatomía y fisiología, cambios en la pubertad, apariencia física, higiene sexual, conductas públicas y privadas, masturbación, comportamientos sexualmente responsables, amistad y noviazgo, enamoramiento, derechos sexuales y reproductivos, prevención de infecciones de los órganos sexuales, embarazo y parto, identificación y prevención de la violencia sexual y todos los que abarcan el campo de la educación de la sexualidad.

Esto va encaminado, a asistir a las personas con discapacidad para acceder a una vida plena desarrollando para ello acciones especializadas de enseñanza y estrategias para trabajar y promover mayores competencias sociales así como responsabilidades en su sexualidad (SEP, 2011).

El constructivismo posibilita la consideración de diferentes grupos y ritmos de aprendizaje que se favorecen por la interacción social, es necesario contemplar las diferentes dimensiones que implica el abordaje de los temas, es decir:

- La perspectiva biológica: reconocer el funcionamiento corporal así como los cambios anatómicos y fisiológicos que irá teniendo el cuerpo sexuado durante la vida así como sus sensaciones.
- La perspectiva sociocultural: la aprobación o condena de una conducta, la discriminación, el etnocentrismo, el enfoque de género.
- La perspectiva afectiva y psicológica: las presiones ejercidas hacia las personas ante una conducta, los sentimientos, sensopercepciones de placer o displacer, afecto, culpa, vergüenza.
- La perspectiva moral: permitirá analizar las valoraciones sobre los comportamientos.

De acuerdo con la metodología constructivista, el diseño y desarrollo curricular de un tema implica las siguientes etapas:

- Diagnóstico de necesidades e intereses. A partir de las observaciones, de conductas específicas que se hayan presentado en el aula, la escuela o de la indagación directa con las alumnas y los alumnos.
- Diseño de la planeación. Una sugerencia incluye objetivos, contenidos, estrategias de enseñanza y aprendizaje; el papel del docente en educación especial ocupa un papel relevante en la puesta en marcha de los contenidos, ya sea en la clase, taller o la modalidad que haya elegido para abordar alguna de las temáticas de sexualidad, ha de ocupar un papel

relevante el autoanálisis de las creencias y concepciones o teorías del propio profesorado, estar alertas para no transmitir impresiones personales, especialmente las que puedan hacer juicios de valor ante los comportamientos de las alumnas y los alumnos o los sentimientos de rechazo o desaprobación.

- Desarrollo en el aula:

- Se realiza el planteamiento del problema pudiendo hacer una o varias preguntas detonadoras, así se conocerá los aprendizajes previos de las alumnas y los alumnos ante los temas, se puede en la expresión de ideas autónomas profundizar en la posibilidad de expresar experiencias, analizar el papel que juegan los condicionamientos sociales, culturales y sentimientos que representan los temas.

- Búsqueda de información. En este momento se favorece la contrastación entre iguales contraponiendo las diferentes ideas expresadas por las alumnas y alumnos; la función del docente es poner en evidencia de manera cuidadosa las incoherencias y las contradicciones entre diferentes afirmaciones del alumnado; para luego realizar una exposición que incluya lo más significativo de la información científica que se haya revisado para el tema considerando la información de las ideas previas. *Desde esta perspectiva se puede afirmar que la información sexual no promueve conductas, sino que en todo caso favorece su integración, su explicación como conducta...* (Barragán, 1994).

- Intento de solución. Aunque se haya dedicado cierto tiempo al estudio de un tema no se ha de esperar un cambio significativo, es difícil y lento el trabajo para modificar conceptos, actitudes y valores, no solo con personas con discapacidad, sino con la población en general. La afectividad asociada a un tema puede en algunos casos impedir un análisis objetivo, podría aparecer ansiedad ante la imposibilidad de cambio, lo cual puede ser convenientemente utilizado para explicar que cualquier cambio requiere tiempo; un aspecto clave en esta etapa metodológica, es el estudio más pormenorizado **de las "normas entendidas como construcción social y que no deben ser impuestas por unos grupos sociales sobre los demás.**

- Generalización y cambio de contexto. El cambio de contexto supone poder aplicar el conocimiento adquirido a situaciones problemáticas nuevas, semejantes y diferentes.

- Evaluación. Se ha de contemplar la metodología, los procesos y resultados de aprendizaje en las alumnas y los alumnos, sin olvidar el papel del profesorado; se hará especial hincapié en la evaluación de actitudes, valores (lo que es importante para el alumno o la alumna) y procedimientos, sin olvidar los demás aspectos como es el cognitivo.

Los docentes de Educación Especial están finalmente capacitados para la enseñanza de habilidades académicas, utilizando técnicas creativas bien concebidas que pueden adaptar dependiendo las barreras que enfrenten las y los adolescentes ante las formas en que se presenta el déficit o la discapacidad para el trabajo en la educación de la sexualidad.

Frecuentemente la educación de la sexualidad relacionada con la Educación Especial recibe poca atención, muchas escuelas públicas no están preparadas para considerar el hecho de que las alumnas requieren educación de la sexualidad para su seguridad, satisfacción y éxito, dicho en los términos que plantea el Marco Normativo del Modelo de Atención de los Servicios de Educación Especial (2009): los alumnos de educación especial requieren Modelos de Educación para la vida que propicien el *desarrollo de una vida sexual, afectiva y familiar plena*.

Al principio la gente se rehusaba a creer que este híbrido que relaciona la educación especial y la educación de la sexualidad fuera posible; ahora esperan que esta combinación resulte exitosa porque es una necesidad imperiosa; es claro que puede hacerse y que las técnicas son asequibles para hacerlo, lo que falta es que los educadores se aseguren de incluir a las personas con discapacidad en los programas de educación sexual.

Bibliografía

- 1) Alegre, O. (2002). Educar en la diversidad. España: Grupo Editorial Universitario.
- 2) Asbah-Spod. (1983). For young people with spina bifida or cerebral palsy. Londres: Howard Jones
- 3) Barragán, F. (1994). La educación sexual. Guía teórica y práctica. Barcelona, México, Buenos Aires: Paidós.
- 4) Bowley, A.H., Gardner, L. (1984). El niño minusválido. Ed. CEC. México.
- 5) Cámara de Diputados del H. Congreso e la Unión (1984). Ley General de Salud. (Publicación DOF 27-04-2010) México: Diario Oficial de la Federación
- 6) Cámara de Diputados del H. Congreso e la Unión (1993). Ley General de Educación. (Publicación DOF 19-08-2010) México: Diario Oficial de la Federación
- 7) Cámara de Diputados del H. Congreso e la Unión (2005). Ley General de las Personas con Discapacidad. (Publicación DOF 01-08-2008) México: Diario Oficial de la Federación
- 8) Carrasco, J.L., (2004). Sexualidad y Síndrome de Down. México: Ducere.
- 9) Castro, P.L. (1993). Atención psicológica a familias con hijos minusválidos en la educación especial. Manuscrito personal, pedagogía. Cuba.
- 10) Castro, P.L., Castillo, J.J., y Suárez, B. (1992). Educación y terapia sexual con adolescentes y jóvenes discapacitados físico-motores. Manuscrito personal. Cuba.
- 11) Cerecedo, C.V. (1997). Iatrogenia y error médico. En Revista Médica del Hospital General de México. Vol. 60. No. 2. México: Hospital General de México
- 12) CONAPRED. (2007). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad: Protocolo facultativo. México: CONAPRED
- 13) Desarrollo Integral de la Familia D.F., Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2006). El reto de la inclusión y atención integral de niños, niñas y jóvenes en el Distrito Federal. México: Gobierno del Distrito Federal / Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- 14) Dirección General de Servicios Educativos Iztapalapa. (2011). Educación de la sexualidad y prevención del abuso sexual. México: SEP en el D.F.
- 15) Haffner, D.W. Patierno, C., Hollander, D. (1995). SIECUS REPORT. Nueva York: Seaport Graphics & Communications.
- 16) Hale, G. et. al. (1980). Manual para minusválidos. España: Blume
- 17) Hernández, M.A. (2004). Informe Regional de las Américas: México. En Monitoreo Internacional de los derechos de las Personas con Discapacidad 2004. Estados Unidos: IDRM
- 18) Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2010). Censo de Población y Vivienda 2010. México. Extraído el 17 de febrero de 2012 de: <http://cuentame.inegi.gob.mx/impresion/poblacion/discapacidad.asp>
- 19) Kaufman, M., Silverberg, C., Odette, F. (2003). The ultimate guide to sex and disability. Estados Unidos: Clevis Press

- 20) Kempton, W. (1975). A teacher's guide to sex education for persons with learning disabilities. Ed. Duxbury Press, USA.
- 21) Krueger, D.W. (1988). Psicología de la Rehabilitación. España: Herder
- 22) Masters, W., Johnson, V., Kolodny, R. (1987). La Sexualidad Humana. Barcelona España: Grijalbo.
- 23) Monga, T.N. (1995). Sexuality and Disability: Physical Medicine and Rehabilitation, State of the art Reviews. Philadelphia: Hanley & Belfus, Inc.
- 24) OMS. (2001). Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF. Ginebra: OMS
- 25) ONU. (1993, 20 de diciembre) Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, Extraído el 2 de octubre de 1999 desde <http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissres0>
- 26) Salama, M.R. (1993). Sexualidad y muerte de discapacitados. Documento personal, CEAC. Argentina.
- 27) Secretaría de Educación Pública. (2009). Modelo de atención de los servicios de educación especial: Documento de trabajo. México: SEP, Dirección de Educación Especial.
- 28) Secretaría de Educación Pública. (2009). Comunicado 283.-Avanza la SEP en la consolidación de la RIEB en preescolar y secundaria. Extraído el 3 de febrero del 2011 desde http://www.sep.gob.mx/es/sep1/comunicado_283
- 29) Secretaría de Educación Pública. (2011). Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones a la Ley General de Educación. México: DOF 28-01-2011
- 30) Secretaría de Educación Pública. (2011). Educación de la Sexualidad y prevención del abuso sexual. México: Dirección General de Servicios Educativos Iztapalapa
- 31) SPOD. (1982). Sexuality and the physically disabled. Londres: SPOD.
- 32) Stanfield, J. (1992). Be cool. Santa Barbara, CA: James Stanfield Co.
- 33) Torices, I. (2006). La Sexualidad y Discapacidad Física. México: Trillas
- 34) Torices, I., Ávila, G. (2006). Orientación y Consejería en Sexualidad para Personas con Discapacidad. México: Trillas
- 35) Torices, I., (2007). Guía didáctica para la promoción de la salud en la sexualidad de personas con discapacidad. México: GEISHAD A.C.
- 36) Torices, I., López, K. (2006). Sexo sin Lata..... educación de la sexualidad para niñas, niños y jóvenes con discapacidad. México: GEISHAD A.C.

MALTRATO, ABUSO SEXUAL Y VIOLENCIA ENTRE PARES EN LA PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

Guadalupe Ávila García
Irene Torices Rodarte

Durante siglos la agresión al menor ha sido justificada de diversas formas; como ofrecerlos en sacrificios para agradar a los dioses o para mejorar la especie o bien como una forma de imponer disciplina; la historia revelada en narraciones o relatos dan cuenta de que en diferentes épocas y culturas se han presentado casos de los que ahora se concibe como maltrato. **Aristóteles decía: "Un hijo o un esclavo son propiedad, y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto", en el Códice Mendocino se describen diversos tipos de castigos que se imponían a los menores como pincharlos con púas de maguey, hacerlos aspirar humo de chile quemado, dejarlos sin comer, quemarles el pelo o exponerlos a largas jornadas de trabajo.**

El maltrato infantil se sigue ejerciendo y puede provocar en el niño o la niña una mayor susceptibilidad a tener problemas sociales, emocionales y cognitivos durante toda la vida y, presentar comportamientos perjudiciales para la salud, como por ejemplo el abuso a sustancias adictivas, la iniciación a la actividad sexual en los primeros años de la adolescencia o perpetrar la violencia; las consecuencias en la salud mental se encuentran la ansiedad, depresión, alucinaciones y alteraciones de la memoria, entre otras.

En el presente capítulo se revisan los conceptos de maltrato infantil considerados por organismos internacionales y nacionales, las causas, las formas en cómo se ejerce, en las que se incluyen la violencia en el noviazgo y el bullying o acoso escolar, la normativa legal y el proceso de atención al maltrato infantil.

CONCEPTO DE MALTRATO Y ABUSO SEXUAL INFANTIL

Margaret Lynch describe casos de maltrato mencionados por el médico griego Soranus en el siglo II, en tanto que otros fueron identificados en los siglos XVII, XVIII y XIX; por ejemplo, el de la pequeña Mary Ellen en 1874, quien era cruelmente golpeada y encadenada por sus padres adoptivos, ante esta situación sus vecinos decidieron llevarla a los tribunales, pero tuvo que ser representada por la Sociedad Protectora de Animales al no existir instancia legal alguna que la defendiera; a raíz de este suceso surge en Nueva York la primera Sociedad para la Prevención de la Crueldad en los Niños y posteriormente se crearon sociedades semejantes en varios países; no obstante, el síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en

1868 por Ambrosie Tardieu, catedrático de medicina legal en París, luego de realizar las autopsias de 32 niños golpeados y quemados.

Posteriormente, en 1946 Caffey describió la presencia de hematomas en la cabeza asociados con alteraciones radiológicas de los huesos largos en los niños; Henry Kempe y Silverman, en 1962, crearon la expresión síndrome del niño golpeado, con base en las características clínicas presentadas por los casos que ingresaban al servicio de pediatría del Hospital General de Denver, Colorado. Este concepto fue ampliado por Fontana al indicar que estos niños podían ser agredidos no sólo en forma física sino también emocionalmente o por negligencia, de modo que sustituyó el término golpeado por el de maltratado; desde entonces se ha publicado una serie de artículos sobre este concepto, que trata de abarcar las diferentes modalidades que existen en cuanto a la acción de lesionar a un niño (Santana, Sánchez, y Herrera, 1998).

En el 2001 en la Clínica de Atención Integral al niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría, Perea, Lobedo, Trejo, Báez, Martín, Monroy y Venteño, especialistas del área médica y en psicología, se dieron a la tarea de revisar las definiciones de maltrato infantil que han sido propuestas por organismos nacionales, internacionales, grupos especializados y profesionales inmersos en el tema del maltrato infantil para precisar cuales son los elementos básicos o primordiales de la misma con la finalidad de dar a conocer un concepto que cubra todas las facetas inmersas en esta entidad. Del estudio se presentan algunas definiciones:

Organismos Mundiales

- Organización de las Naciones Unidas (ONU): toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico y mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentra bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.
- Fondo Internacional de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF): entiende a los menores víctimas de maltrato y el abandono como aquel segmento de la población **conformado por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años que "sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales". El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o transgresión** de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial.

Organizaciones Nacionales

- Federación Iberoamericana contra el maltrato infantil: una enfermedad social, internacional, presente en todos los sectores y las clases sociales; producida por factores multicausales, interactuantes y de diversas intensidades y tiempos que afectan el desarrollo

armónico (íntegro y adecuado de un menor, comprometiendo su educación y consecuentemente su desenvolvimiento escolar con disturbios que ponen en riesgo su socialización y, por lo tanto, su conformación personal y posteriormente social y profesional.

- Sistema de Protección y Desarrollo Integral de la Familia (DIF): Un maltrato en el sentido amplio de la palabra donde se involucra no solo la agresión física, sexual o psicológica, sino también la falta de atención a sus necesidades vitales como son la alimentación, respuesta a sus dolores cuando enferman o al cuidado de su aseo y otras más.

En el análisis de estas y otras definiciones lo encontrado con más frecuencia es, en primer lugar, la mención de la existencia de un agresor; que hay un daño; cómo es lesionado el menor, es decir, que el daño no se circunscribe solo al daño físico, también se incluye el daño psicológico y la agresión sexual; hay una intencionalidad del fenómeno y dos definiciones refieren la repercusión del maltrato a mediano y largo plazo. Cabe señalar que en ninguna se define el sitio donde el niño o la niña puede ser agredido, situación que seguramente favorece la creencia de que el problema solo ocurre en el hogar, porque habitualmente se habla de violencia familiar, sin embargo es muy claro que en cualquier sitio en donde la niña o el niño se encuentre puede ser una víctima y la frecuencia dependerá si se conjugan los elementos necesarios para que ello suceda, por ejemplo los niños en situación de calle.

De acuerdo a los autores precisar que ninguna de las definiciones reúne todos los elementos considerados como indispensables –identificación del agresor, forma de agresión, sitio en donde ocurre la agresión, intencionalidad del evento, etapa de la vida involucrada, repercusiones de la agresión en el menor y amplitud de la definición- obliga a que en una definición se tengan estos elementos en cuenta pues de ello dependerá su universalidad. Hay que recordar que la violencia hacia una niña o un niño también puede partir de una institución, de la sociedad o bien del Estado; de no ser considerado el problema desde esta perspectiva quedará un buen número de menores como víctimas de cualquier forma de maltrato, como las niñas y los niños con discapacidad, los que viven maltrato étnico y los que viven en situación de calle. Como se puede observar, definir los malos tratos a la Infancia parece sencillo, sin embargo, en la práctica resulta complejo.

Existe un consenso referente a los grandes Síndromes del Niño Maltratado y situaciones de alarma social, pero otras circunstancias no se presentan tan evidentes; es de notar que los propios profesionales tienen diferentes criterios, lo que se traduce en la existencia de múltiples definiciones.

El concepto del maltrato infantil inicialmente se hizo en referencia al maltrato físico con un predominio de criterios médicos-clínicos, a la explotación laboral y al trabajo de los niños para ir evolucionando hacia la situación actual en que las definiciones se basan en las necesidades y derechos de los niños.

Por otra parte considerando que el *abuso sexual infantil* es una forma de maltrato que se da con frecuencia pero que pocas veces se atiende adecuadamente por las dificultades para ser revelado por las niñas y los niños que lo viven, así como la identificación, la atención oportuna y adecuada por parte de los adultos encargados de su protección y educación, se hace referencia en este apartado al concepto y a su tipología.

La OPS (2002) en el documento de la Serie Género y Salud Pública como parte del Programa Mujer, Salud y Desarrollo conceptualiza el abuso sexual de la siguiente manera: *Incluye cualquier conducta sexual directa o indirecta cometida por una persona mayor contra una persona de menor edad. La misma puede darse en contra de la voluntad del niño o la niña, o bien, por medio de la coerción, el chantaje y la manipulación. Debe tenerse presente que el consentimiento no es posible entre un adulto y una niña o niño, ya que las diferencias entre poder, estatura, habilidades cognitivas, información –entre otras-, hacen imposible la negociación para la actividad sexual.* Esta forma de violencia causa lesiones físicas y emocionales a niñas y niños y dejan graves secuelas en la vida de las personas sobrevivientes.

La Convención de los Derechos de los Niños de las Naciones Unidas en su Artículo 19, se refiere al *maltrato infantil*, como:

Toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona que le tenga a su cargo.

En todas las definiciones se debe precisar el fenómeno de la intencionalidad de la violencia, lo cual diferencia un daño por accidente, lo cual se convierte en un elemento de distinción. La Convención también establece que las instituciones encargadas de la salvaguarda de las niñas y los niños crearán las estrategias para evitar el maltrato o la explotación. En el caso de instituciones educativas las causas por las que cabría la intervención de la escuela se presentan de manera esquemática:

Causas	Salvaguarda a la integridad del menor por parte de la familia
Orfandad Prisión de los padres Enfermedad o ingreso hospitalario	Imposible
Abandono total Abandono de madre No reconocimiento de los padres	Incumplimiento
Maltrato y abandono físico Maltrato y abandono emocional Abuso y explotación sexual Mendicidad y explotación laboral Incapacidad para el control	Inadecuado

Causas de maltrato en donde interviene la escuela.

A partir de estos conceptos se establecen los malos tratos a la infancia como:

Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.

Esta definición incluye lo que se hace (acción), lo que se deja de hacer (omisión), o se realiza de forma inadecuada (negligencia), ocasionando al niño no solamente daño físico, psicológico-emocional y social, sino que considerándole persona-objeto de derecho atenta contra sus derechos y su bienestar, los autores pueden ser las personas (familiares o no) y las instituciones-administraciones (maltrato institucional).

La OPS y la OMS refieren al maltrato de los niños y las niñas como un tipo de violencia interpersonal (2002).

Causas del maltrato infantil

El castigo corporal impartido a niñas y niños tanto en la familia como en las escuelas se **consideraba como un derecho de "corrección" y tenía aceptación social (DIF, 1998); así como** la existencia de castigos crueles y humillantes, la mutilación genital de las adolescentes, la desatención, el abuso sexual, el homicidio y otras formas de maltrato contra las niñas y los niños, pero hasta hace poco no se había puesto de manifiesto la gravedad y la urgencia de este problema mundial. Actualmente esas acciones son consideradas como maltrato y, en teoría, aplican al maltratador sanciones a partir del reconocimiento de que el niño es una persona con derechos y no una propiedad, los padres, maestros y autoridades no son dueños de los niños, sin embargo un gran número de casos siguen sin denunciarse.

Los factores que influyen en el *desconocimiento de la magnitud del problema* son la falta de estudios epidemiológicos y la omisión de los profesionales de comunicar los casos debido a que:

- **No siempre es fácil su diagnóstico, muchos no llegan siquiera a sospecharse.**
- **La ausencia de una definición** omnicomprensiva, que permita reconocerlos sin grandes dificultades.
- **Dificultad de diferenciarlos en muchos casos de las lesiones producidas de forma accidental.**
- **La formación profesional que recibe el pre y post graduado sobre el maltrato es escasa o nula e impide identificar las lesiones.**
- **Criterios personales del propio profesional:**
 - Pueden formar parte de costumbres sociales, culturales o religiosas que el profesional comparte.
 - Considerar el castigo físico como medida de disciplina y no como maltrato.
 - Todos los accidentes de la infancia son evitables y, por lo tanto serían malos tratos y viceversa.

Los factores que influyen en que *no se dé parte* aún cuando se detecte el maltrato son:

- **Las lesiones son consideradas poco importantes**
- **No se sabe** con seguridad, aunque se sospeche, como se han producido (miedo a equivocarse)
- **Miedo al pensar que el emitir un parte de lesiones equivale a poner una denuncia**
- **Preocupaciones de índole personal del profesional: legales (tener que declarar), económicas** (pérdida horas de trabajo, pérdida de clientes), comodidad (traslado al juzgado si tiene que prestar declaración), miedo (reacción de los padres)
- **Experiencias anteriores, en las cuales a pesar de comunicar la sospecha de maltrato a las autoridades, el niño fue entregado a los padres, sin la atención pertinente**
- **Muchos profesionales piensan que al comunicar la sospecha de existencia de un maltrato el niño sale más perjudicado que beneficiado por qué:**
 - El agresor ve en el niño el motivo de que se le investigue ó interroque y actuará posteriormente con más violencia.
 - Más valen unos malos padres que una buena Institución.
 - Consideran que no deben interferir en los asuntos privados de otras familias.

Cuando se reconoce a los padres como aquellos que deben amar, proteger, orientar y apoyar a sus hijos en sus posibilidades de desarrollo, resulta difícil entender por qué el maltrato infantil es un problema tan generalizado; los padres que maltratan a sus hijos son personas diversas, pertenecen a todas las clases sociales, tienen distintos grados de educación y un muy bajo porcentaje presenta algún tipo de enfermedad mental, es decir, no existe un perfil típico de estos progenitores, sin embargo, diversos estudios han establecido que un buen número de padres que maltratan a sus hijos fueron maltratados de una u otra forma en su infancia.

Algunos factores que se registran en casos de maltrato infantil son: el número de hijos y la relación de la pareja, muchos hijos representan una carga de estrés para los padres, así como una relación de pareja violenta que puede desencadenar en maltrato infantil; en estos casos, es frecuente que el padre maltrate a la madre e hijos, o bien sólo a la madre y ella a su vez a los hijos. Otros hallazgos refieren que son personas con baja tolerancia a la frustración y poco manejo de sus emociones, sobre todo el enojo; falta de habilidades o sentirse incapaces para la crianza (UNICEF, 2000).

Pinheiro (2006) encuentra que las razones para ocultar y no denunciar el maltrato en primer lugar, es el miedo que muchos niños tienen de denunciar los episodios que ejercen sobre ellos; otra razón es que en numerosos casos los padres, que deberían proteger a sus hijos, permanecen en silencio si la violencia la ejerce su pareja u otro miembro de la familia, un miembro de la sociedad al que se le da poder como un jefe o un policía. Otras ocasiones el **miedo está relacionado al estigma de ver afectado el "honor" de la familia situándose por**

encima de la seguridad y el bienestar de las niñas y los niños; en particular, la violencia sexual como la violación puede acarrear el ostracismo, más violencia o la muerte.

La aceptación social de la violencia es también un factor importante: tanto las niñas y los niños como los agresores pueden aceptar el maltrato, la disciplina ejercida mediante castigos físicos y humillantes, intimidación y acoso sexual con frecuencia se percibe como algo normal, especialmente cuando no produce daños físicos visibles o duraderos; la falta de una prohibición legal explícita del castigo corporal es muestra de ello. La violencia pasa desapercibida también porque no existen vías seguras o fiables para que los niños o los adultos la denuncien. En algunos lugares del mundo la gente no confía en la policía, los servicios sociales u otras autoridades; en otros, sobre todo en zonas rurales, no hay autoridades accesibles a las que se pueda acudir: en los casos en que se recopilan datos, no se recogen siempre de forma completa, coherente o transparente, y otras ocasiones solo quedan archivados (Pinheiro, 2006).

No se puede hacer a un lado los aspectos relacionados con la violencia de género considerada como un fenómeno que reproduce uno de los mecanismos de naturalización de la violencia. Saucedo (CDHDF, 2010), menciona el papel de la violencia en la sociedad, de acuerdo a Foucault en su libro *Vigilar y Castigar*, plantea el poder como un regulador de las relaciones sociales, lo que lo convierte en un mecanismo de control, para esto se necesita vigilar, educar y corregir, así la cultura y los sistemas jurídicos norman el comportamiento de los individuos a través del derecho, leyes, instituciones y dentro de la familia, en esta última se le delega al hombre la función de vigilar y castigar. Estas disposiciones fueron tomadas del código napoleónico, bajo cuyos preceptos las mujeres casadas eran calificadas junto con los niños como seres irracionales y aunque en años recientes ha habido modificaciones en las leyes, en la dinámica de las relaciones de pareja siguen funcionando las concepciones que otorgan al **hombre el poder de normar y vigilar los actos de los integrantes de "su" familia, además de castigar** ejerciendo violencia contra quienes no cumplen: niñas, niños y mujeres. Esta función a la vez la delega a otros cuidadores que pueden ser su misma madre, las hermanas o hermanos, la pareja y los hijos.

Otro aspecto es la valoración de lo femenino y lo masculino, la construcción del género condiciona la existencia de una valoración social asimétrica para hombres y mujeres y las relaciones de poder entre ellos; la supremacía del hombre radica en el aspecto ideológico cultural que no tiene que ver con la biología, en la construcción del género se jerarquiza y auto excluye a niñas y mujeres asignándole el espacio de la fragilidad y la sumisión y, al hombre la agresividad y la violencia, así el hombre detenta el derecho de ejercer la violencia para resolver los conflictos pasando a ser algo natural.

La violencia de género también se presenta en las escuelas, las características y la intensidad en que sucede, depende del contexto social y la situación de marginación en donde se ubican,

en ciertos grupos sociales son factores asociados a la generación de violencia; por ejemplo, el hecho de que como parte de los procesos de construcción de las identidades masculinas el hombre tenga la necesidad de hacer patente su valentía, virilidad y jerarquía, son aspectos que tienden a legitimar la violencia y la discriminación hacia las mujeres.

Un estudio realizado por la Secretaría de Educación Pública y UNICEF (2009) en escuelas públicas primarias y secundarias del país, en donde se aplicaron encuestas a niñas y niños de 4º a 6º grado de primaria y, a adolescentes de los tres grados de secundaria, revela que aún cuando existe un discurso jurídico e institucional alrededor de la igualdad, la equidad y la no discriminación, éste todavía no ha permeado claramente en las generaciones que están formándose en el ámbito escolar; en el estudio es frecuente encontrar resultados que remiten a los roles de género tradicionales tanto en el espacio público como en el privado.

Aún cuando los y las docentes tienen incorporado un discurso positivo respecto de la igualdad en el trato de niños y niñas y acerca de la equidad, en un porcentaje importante, los maestros dicen entenderse mejor con los alumnos por el hecho de ser hombres. Además, los directivos consideran que las niñas necesitan mayor apoyo, pues las siguen viendo como indefensas o vulnerables por diversos motivos que van desde la menstruación hasta la marginación o maltrato por parte de algunos de los padres, mientras que los niños necesitan apoyo debido a sus características o actitudes agresivas, como el abuso que suelen cometer con otros o por la falta de apoyo familiar (SEP, UNICEF, 2009).

El *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (OPS, OMS, 2002); recurre a un «modelo ecológico» para intentar comprender la naturaleza polifacética de la violencia; su principal utilidad estriba en que ayuda a distinguir entre los innumerables factores que influyen en la violencia, al tiempo que proporciona un marco para comprender cómo interactúa. El modelo permite analizar los factores que influyen en el comportamiento (o que aumentan el riesgo de cometer o padecer actos violentos) clasificándolos en cuatro niveles.

- En el primer nivel se identifican los *factores biológicos y de la historia personal* que influyen en el comportamiento de los individuos y aumentan sus probabilidades de convertirse en víctimas o perpetradores de actos violentos. Entre los factores que pueden medirse o rastrearse se encuentran las características demográficas (edad, educación, ingresos), los trastornos psíquicos o de personalidad, las toxicomanías y los antecedentes de comportamientos agresivos o de haber vivido maltrato.
- En el segundo nivel se abordan las relaciones más cercanas, como las mantenidas con la familia, amigos, parejas y compañeros y, se investiga cómo aumentan éstas el riesgo de vivir o perpetrar actos violentos; en la violencia juvenil, por ejemplo, tener amigos que cometan o alienten actos violentos puede elevar el riesgo de que una joven o un joven sea víctima o los perpetre.

- En el tercer nivel se exploran los contextos comunitarios en los que se desarrollan las relaciones sociales como, las escuelas, lugares de trabajo y el vecindario y, se intenta identificar las características de estos ámbitos que aumentan el riesgo de actos violentos; a este nivel, dicho riesgo puede estar influido por factores como la movilidad de residencia (por ejemplo, el hecho de que las personas de un vecindario tiendan a permanecer en él durante largo tiempo o se trasladen con frecuencia), la densidad de población, unos niveles altos de desempleo o la existencia de tráfico de drogas en la zona.
- El cuarto nivel se interesa por los factores de carácter general relativos a la estructura de la sociedad en las que están inmersas las normas sociales y culturales que contribuyen a crear un clima en el que se alienta o se inhibe la violencia; entre éstas se incluyen las que conceden prioridad a los derechos de los padres sobre el bienestar de los hijos, consideran el suicidio una opción personal más que un acto de violencia prevenible, reafirman la dominación del hombre sobre las mujeres y los niños, la posibilidad de conseguir armas, respaldan el uso excesivo de la fuerza policial contra los ciudadanos o apoyan los conflictos políticos; en este nivel, otros factores más generales son las políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales que contribuyen a mantener las desigualdades económicas o sociales entre los grupos de la sociedad (OPS, OMS, 2002).

TIPOLOGÍA DEL MALTRATO Y EL ABUSO SEXUAL

Cifras recabadas a través del Programa de Prevención del Maltrato al Menor del DIF, indican que entre 1982 y 1992 se recibieron más de 11,550 denuncias por maltrato a menores.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha calculado que en 2002 murieron alrededor de 53,000 niños por homicidio, documentos elaborados en numerosos países señalan que entre un 80 y 98 % de las niñas y los niños reciben castigos corporales en el hogar. Una encuesta mundial realizada en escuelas *mostro que entre el 20% y 65% de niñas y niños en edad escolar había sufrido acoso físico, o verbal durante los días anteriores a la encuesta* (Pinheiro, P. 2006).

En mayo del 2010 la Secretaría de Salud en el boletín del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica menciona que la OMS calcula que anualmente alrededor de 73 millones de niños y 150 millones de niñas menores de 18 años viven algún tipo de violencia sexual en el mundo y que más de un 20% de las personas adultas ha experimentado algún tipo de abuso, una problemática que se ha encontrado es el ocultamiento aunado a el silencio social que se sigue manteniendo a pesar de que se incrementan los casos; así mismo en el boletín refiere que en México en el 2003 el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) reportó 27,301 niñas y niños maltratados; 1255 de los cuales correspondieron a abuso sexual con una tasa de 4.6%.

En este mundo en vertiginosa evolución, proteger la vida y la dignidad humana exige esforzarse por lograr un consenso y establecer normas universales de comportamiento basadas en el desarrollo de derechos humanos. Maltrato y violencia están íntimamente relacionados por este motivo es necesario entender que es la violencia.

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: *el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Cubre también una amplia gama de actos que van más allá del acto físico para incluir las amenazas e intimidaciones* (OPS, OMS, 2002).

La clasificación utilizada en el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* divide a la violencia en tres grandes categorías según el autor del acto violento: la violencia dirigida contra uno mismo, la violencia interpersonal y la violencia colectiva; a su vez, estas tres amplias categorías se subdividen para reflejar tipos de violencia más específicos.

- La violencia dirigida contra uno mismo comprende los comportamientos suicidas y las autolesiones, como la automutilación. El comportamiento suicida va desde el sólo pensamiento de quitarse la vida al planeamiento, la búsqueda de medios para llevarlo a cabo, el intento de matarse y la consumación del acto.
- La violencia interpersonal se divide en dos categorías: el primer grupo abarca formas de violencia como el *maltrato de las niñas y los niños*, la violencia contra la pareja y el maltrato de los ancianos; en el segundo grupo se incluyen la violencia juvenil, los actos violentos azarosos, las violaciones y las agresiones sexuales por parte de extraños y, la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y residencias de ancianos. Como parte de esta violencia está la violencia intrafamiliar o de pareja: en la mayor parte de los casos se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales y suele acontecer en el hogar, aunque no exclusivamente.
- La violencia colectiva es el uso instrumental de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro o conjunto de individuos, con objeto de lograr objetivos políticos, económicos o sociales; adopta diversas formas: conflictos armados dentro de los Estados o entre ellos; genocidio, represión y otras violaciones de los derechos humanos; terrorismo; crimen organizado.

Esta clasificación tiene también en cuenta la naturaleza de los actos violentos, que pueden ser físicos, sexuales, psíquicos, basados en las privaciones o el abandono, así como la importancia del entorno en el que se producen, la relación entre el autor y la víctima y, en el caso de la violencia colectiva, sus posibles motivos. (OPS, OMS, 2002).

El maltrato contra las niñas y los niños no es un hecho aislado, es un proceso que viene determinado por la interacción de múltiples factores: sociales, familiares y personales, no siempre delimitados cuantitativa ni cualitativamente; su clasificación sólo implica determinar el problema emergente o más relevante que afecta al niño pero no se debe olvidar la existencia de una multi causalidad (contextos promotores del maltrato).

El *maltrato a niñas y niños* puede clasificarse desde diversos puntos de vista. Estas perspectivas son las siguientes:

- Según el momento en que se produce el maltrato.
- Según los autores del maltrato.
- Según las acciones concretas que constituyen el maltrato infligido.

Los *malos tratos prenatales*: en algunos casos resultan evidentes los efectos en el niño, otros serían objeto de debate, en otros se aprecia la conveniencia de no culpabilizar a la madre; en cualquier caso, el hecho de que se debata estas circunstancias, implica el valor que la sociedad concede a la infancia y la importancia que da a los niños.

<i>El momento en el que se produce</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prenatal: cuando el maltrato se produce antes del nacimiento del niño/a. ■ Postnatal: cuando el maltrato se produce durante su vida extrauterina
<i>Los autores</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Familiar: cuando los autores del maltrato son familiares del menor, principalmente familiares en primer grado (padres biológicos o no, abuelos, hermanos, tíos, etc.). ■ Extra familiar: cuando los autores del maltrato no son familiares del menor o el grado de parentesco es muy lejano (familiares en segundo o tercer grado) y no tienen relaciones familiares. ■ Institucional: es el maltrato provocado por las instituciones públicas, bien sean sanitarias, educativas o de otro tipo. ■ Social: cuando no hay un sujeto concreto responsable del maltrato, pero hay una serie de circunstancias externas en la vida de los progenitores y del menor que imposibilitan una atención o un cuidado adecuado del niño o la niña.
<i>La acción o la omisión concreta que se está produciendo</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Maltrato físico: Toda acción de carácter físico voluntariamente realizada que provoque o pueda provocar lesiones físicas al menor. ■ Negligencia: Dejar o abstenerse de atender a las necesidades del niño o niña y a los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado al menor. ■ Maltrato emocional: Toda acción, normalmente de carácter verbal o toda actitud hacia un menor que provoquen o puedan provocar en él daños psicológicos. ■ Abuso sexual: Cualquier comportamiento en el que un menor es utilizado por un adulto como medio para obtener estimulación o gratificación sexual mediante el ejercicio de poder.

Tipología del maltrato resultante resumida.

Los *malos tratos postnatales*: son los que afectan al niño ya en su vida extrauterina, y su tipología es mucho más amplia.

El *maltrato físico por acción*: el más fácil de detectar y, por tanto, el que más se identifica, se define como cualquier intervención no accidental, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o lo coloquen en situación de grave riesgo de padecerlo. Las formas de presentación del *maltrato físico* pueden ser: lesiones cutáneas (escoriaciones, equimosis, heridas, hematomas, escaldaduras, quemaduras, mordeduras, alopecia), fracturas, zarandeado («shaken baby»), asfixia mecánica, arrancamientos, intoxicaciones y síndrome de Münchausen por poder.

La *negligencia* como forma de maltrato infantil consiste en dejar o abstenerse de atender las necesidades de la niña o el niño, los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado. El máximo grado, es el *abandono* que tiene repercusiones psicológicas y somáticas características e incluso, se podría hablar de una situación de emergencia específica de aquellos que son atendidos en instituciones de protección a la infancia (estancias, orfanatos, hogares).

Los «*Niños en situación de Calle*» son aquellos que carecen de hogar y de familiares que les atiendan, viven solos o teniendo familia están de forma continua o transitoria en la calle, por las obligaciones laborales de sus padres permanecen solos la mayor parte del día disponiendo de llave para entrar en su domicilio pero sin que exista un adulto para su atención / cuidado; son niños sin escolarizar, pueden realizar actos delictivos, trabajos marginales, pueden estar en riesgo de prostitución infantil, entre otros.

La *explotación laboral*: podríamos pensar que en las sociedades avanzadas no es un hecho frecuente; pero la utilización de niños para obtener beneficio, que implique explotación económica y el desempeño de cualquier trabajo que entorpezca su educación o sea nocivo para su salud o su desarrollo, no sólo se da en países pobres o en vías de desarrollo, si no **que, la mendicidad, el trabajo “profesional” en menores, también se presenta en cualquier sociedad.**

Todas las formas de maltrato tienen repercusiones sobre el área psicológico-emocional de la niña o el niño. Además, el *maltrato emocional* es una entidad clínica en sí misma y se define como toda acción, omisión o negligencia de carácter afectivo, capaz de originar cuadros psicológicos-psiquiátricos, por afectar a sus necesidades según los diferentes estados evolutivos y características del niño.

Una forma de presentación del maltrato por omisión es el *Retraso en el Crecimiento No Orgánico* en niños que no incrementan sus parámetros de crecimiento estaturoponderal con normalidad en ausencia de enfermedad orgánica, su etiología es la inadecuada o falta de

atención a las necesidades emocionales, afectivas y sociales del niño que tienen consecuencias físicas, afectando a su crecimiento y desarrollo y, su estabilidad emocional y social.

El niño que por exigencias académicas u obligación de asistir a clases extras sin contar con posibilidades, de tiempo de reposo y juego necesario con el deseo de una mayor formación en un ambiente progresivamente competitivo sufre *abuso pedagógico*; la consecuencia es un grave estrés escolar, que se manifiesta por enfermedades más frecuentes, diversos trastornos psicossomáticos o alteraciones emocionales que son motivo de consulta.

El *abuso sexual* una de las formas más frecuentes de maltrato infantil, la OPS (2002) considera abuso sexual directo a la penetración oral, anal, vaginal, masturbación y sexo oral, tocamientos o manoseos en las partes íntimas, proposiciones sexuales y explotación sexual comercial; el abuso sexual indirecto es el exhibicionismo, voyerismo, mostrar material sexualmente explícito, exponer a presenciar actos sexuales, utilizar imágenes de niñas, niños o adolescentes en material sexualmente explícito por la vía del internet, videos o cualquier otro tipo medios; presenciar espectáculos de índole sexual donde participan niñas, niños y adolescentes, tráfico de personas menores de edad con fines sexuales, intermediarios en el comercio sexual de niños, niñas y adolescentes, etc.

La *explotación sexual comercial* de personas menores de edad es una grave violación a los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes; el agresor casi siempre es un hombre adulto y la víctima por lo general es una niña o adolescente, implica contratar u ofrecer los servicios de una niña, niño, o adolescente para realizar actos sexuales a cambio de dinero u otro beneficio, las formas reconocidas de explotación sexual comercial son el sexo remunerado, el material sexualmente explícito y la utilización de niñas, niños o adolescentes en espectáculos sexuales, el turismo sexual y el tráfico con fines sexuales.

Dentro de las tipologías del maltrato infantil está el *maltrato institucional* que es el derivado de cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión de los poderes públicos que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos de las niñas y los niños.

Las niñas y los niños con discapacidad son un grupo que vive maltrato con mayor frecuencia, es un fenómeno que se presenta tanto en países industrializados como en vías de desarrollo, el hecho de que el maltrato ocurra dentro de ámbitos muy delimitados como en la familia, la escuela o las instituciones médicas asistenciales y, contra un grupo aparentemente minoritario, dificulta el conocimiento de la realidad; de las principales formas de maltrato son las relacionadas con la nutrición, golpes, quemaduras, mutilaciones y asesinatos; abuso sexual, rechazo, discriminación, segregación y explotación laboral.

En el caso específico de niñas y niños con algún déficit, una discapacidad o con determinados tipos de personalidad y conducta (por ejemplo niñas o niños desafiantes, con hiperactividad o dominantes) el maltrato ocurre cuando éstos dejan de cumplir con las expectativas afectivas, de utilidad económica o herencia social y cultural de sus padres o tutores. por su parte el DIF (1999) hace referencia que dependiendo de la gravedad del maltrato puede ocasionar, a su vez, algún tipo de discapacidad.

Los datos recopilados por la OMS (Pinheiro, P. 2006) *indican que si bien en algunos casos los episodios de violencia son inesperados y aislados, la mayoría de los actos violentos que viven las niñas y los niños los perpetran personas adultas, que forman parte de sus vidas, como padres, madres, pareja de alguno de ellos, hermanas, hermanos, familiares como tías, tíos, primos, primas, profesores, profesoras, empleados, etc., sin embargo hay que tomar en cuenta que en el ejercicio de la violencia también se ven involucrados los pares como los compañeros de escuela, amigos, amigas, novios o novias, vecinos y otros miembros de la comunidad.*

VIOLENCIA DURANTE EL NOVIAZGO EN LA ADOLESCENCIA

Son pocas las investigaciones que se han realizado sobre la violencia en el noviazgo, los estudios que se han documentado se han enfocado a la violencia que viven las adolescentes y las mujeres adultas; diversos estudios reconocen que el maltrato que se ejerce a las adolescentes se vincula con factores individuales, entre ellos está el bajo rendimiento escolar, depresión, baja autoestima y ciertas conductas de riesgo como el consumo de alcohol, el inicio temprano de las relaciones sexuales, uso de drogas ilegales, ser víctima de maltrato infantil por parte de alguno o ambos padres y haber sido víctima de abuso sexual infantil; se ha demostrado que la violencia durante el noviazgo puede ser un precursor de la violencia en la vida de pareja.

En México Rivera, Allen, Rodríguez, Chávez y Lazcano (2006) señalan que *entre el 30 y el 72% de las mujeres mexicanas son víctimas de violencia cometida por la pareja*; estos autores realizaron un estudio en el estado de Morelos con mujeres adolescentes estudiantes de secundaria, bachillerato y nivel superior; la edad media fue de 15 años, la mayoría estudiaba la secundaria y tenían o habían tenido una relación de noviazgo; se reconoció que los actos de violencia más frecuentes las faltas de respeto: los empujones, hacerlas sentir inferiores, proferirles insultos o gritos con palabras ofensivas, los menos frecuentes (pero que estuvieron presentes) fueron la amenaza de terminar la relación en caso de rehusarse a tener relaciones sexuales o no obedecer en todo. Se encontraron factores que se vincularon en esta investigación, con hallazgos consistentes de investigaciones realizadas en poblaciones de estudiantes de adolescentes de otros países, tales como el tabaquismo, intoxicación aguda por el abuso de alcohol, bajo promedio de calificaciones y tener actividad sexual.

La OPS refiere que la Asociación Contra el Abuso Sexual de Texas (TAASA), reporta datos estadísticos de adolescentes de edades entre 14 y 17 años que fueron violadas; por personas conocidas: el novio (11%), en una cita con un amigo (30%), en una cita (56%) y por un desconocido (3%); así mismo refiere (OPS, 2000):

El abuso en el noviazgo es también una experiencia común que viven las adolescentes. Se presenta generalmente en relaciones donde la pareja constantemente ejecuta actos a nivel físico, sexual o verbal que dañan a la adolescente. Por lo general no es una experiencia aislada sino que ocurre en un contexto de violencia, miedo e intimidación, empeorando generalmente con el tiempo en frecuencia y peligrosidad. En este contexto de abuso y agresión, los novios agresores utilizan variadas estrategias de poder y control, tales como los celos, la posesividad, el aislamiento de amigos y de la familia. Es común escuchar a las adolescentes quejarse del control experimentado en torno a la forma de vestir, maquillarse, peinarse y conducirse. Por lo general, estas estrategias de control se van generalizando hacia la gran mayoría de áreas de comportamiento de las jóvenes, hasta presentarse en forma de agresión física y sexual. El abuso físico incluye empujones, golpes y patadas. En la forma sexual, por lo general se presenta una agresión incrementada que va desde los tocamientos indeseados, la crítica hacia el comportamiento sexual, las acusaciones y el ataque. Una vez instaurado el patrón de abuso, las agresiones aumentan en su diversidad y cantidad. Los datos de los Estados Unidos relacionados con el abuso dentro del noviazgo y las relaciones de pareja formales, muestran que algunas mujeres llegan a ser asesinadas por el novio o marido.

Algunos signos o señales de alerta sobre el abuso en el noviazgo han sido detectadas e incluyen: sensación de que algo está mal en la relación debido a los sentimientos de temor; crueldad o violencia física contra la adolescente, otras mujeres, y animales; estrategias de control; celos y posesividad. Barry Levy (2000) ejemplifica la forma sexual del abuso en el noviazgo, de acuerdo con los reportes de las adolescentes (TAASA):

- Demandar sexo después de una golpiza.
- Sexo forzado sin protección.
- Golpear durante la actividad sexual.

En comparación con las mujeres adultas, las adolescentes casadas o unidas, tienen un mayor riesgo de experimentar violencia y este riesgo es mayor cuando ellas están embarazadas.

Se cree que las mujeres adolescentes y adultas “deberían tener la fortaleza y la decisión para poner fin a las situaciones de maltrato”, sin embargo se deja de lado que los antecedentes de maltrato vividos en la infancia les dotan de muy pocos o nulos elementos para desarrollar estrategias de protección y auto cuidado.

La violencia durante el noviazgo puede prevenirse si se desarrollan medidas de intervención antes de que las y los adolescentes comiencen a tener relaciones de pareja; esto indica que desde la infancia se tendrán que enseñar las habilidades de auto cuidado, que incluyan el fortalecimiento de su autoestima, vivirse como personas valiosas no merecedoras de maltrato, el desarrollo de habilidades comunicativas basadas en la asertividad para poner límites ante situaciones que desagraden o dañen y tener conocimiento sobre las formas en cómo se ejerce la violencia, haciendo énfasis en las relaciones de pareja.

BULLYING, ACOSO ESCOLAR O VIOLENCIA ENTRE PARES

Además del maltrato infantil, existe la violencia entre los propios niños, niñas y adolescentes, la violencia entre iguales o entre pares; se considera iguales a *aquellos sujetos que están en una posición social y en una etapa de la vida semejante; escolares o estudiantes con sus mismos derechos y deberes, que son conscientes de su estatus y de su diferencia social respecto a otros segmentos de población y que mantienen relaciones sociales de igual a igual con sus semejantes* (Garaigordobil, y Oñederra, 2010).

Los países escandinavos han sido los pioneros en las investigaciones de violencia entre pares y tras producirse hechos dramáticos les han seguido otros países europeos; durante mucho tiempo se creía que la violencia entre niños y adolescentes sobre todo hombres, era parte **“normal” del desarrollo, inclusive hay frases habituales como “tienen que aprender a defenderse”, “cuando era chavo también me tocó darme con otros”, “siempre hay el abusado y el dejado y esto pasaba también en mi escuela”, “así se va aprendiendo con los golpes de la vida” “si te dan tienes que dar más fuerte”;** así mismo respuestas de los padres de los niños agresores suelen ser **“es cosa de niños” e incluso piensan que es mejor “dar que recibir” o que su “hijo es fuerte y como otros lo provocan y sabe defenderse”.** La violencia entre iguales no es algo normal, natural ni una forma sana del desarrollo, por el contrario las consecuencias pueden afectar gravemente la salud de niñas, niños y adolescentes e impactar en su desarrollo y aprovechamiento escolar. El término *bullying*, de origen anglosajón, deriva de *bully*, que literalmente significa matón, bravucón, abusador. El bullying también se le ha denominado *acoso escolar* (Garaigordobil, Oñederra, 2010).

Los Lineamientos para la atención de quejas o denuncias por Violencia, Maltrato, Acoso Escolar y/o Abuso Sexual Infantil, en los Planteles de Educación Inicial, Básica, Especial y para Adultos en el Distrito Federal (SEP, 2011) se refieren al acoso escolar o bullying como:

Toda conducta intencional que se ejerce entre iguales dentro y en el entorno de la institución educativa, con el objeto de intimidar, someter, controlar, excluir, causar daño u otros, pudiendo ser psicológico, físico, sexual, afectando las relaciones interpersonales entre los diferentes actores educativos, el ambiente del plantel educativo y el proceso de enseñanza aprendizaje.

Existen tres características distintivas del acoso escolar:

- a) Intencionalidad (busca intimidar, someter, controlar, excluir, causar daño, etc.).
- b) Direccionalidad (hacia cualquier compañero de la comunidad educativa).
- c) Frecuencia (conducta persistente que se repite durante días, semanas o años).

Los malos tratos, bromas pesadas o peleas entre menores en edad escolar no son un fenómeno reciente y no se pueden calificar de *bullying*, en caso de constituir incidentes aislados; sin embargo es fundamental tener en cuenta que el fenómeno del bullying ha venido creciendo en diversas latitudes y México se encuentra en esa situación. El conocimiento sobre este fenómeno y sus manifestaciones contribuye en gran medida a desarrollar estrategias que permitan su detección oportuna, así como su prevención.

En el estudio realizado en México por SEP y UNICEF (2009) reporta que:

El bullying es un fenómeno de violencia interpersonal injustificada que ejerce una persona o grupo contra sus semejantes y que tiene efectos de victimización en la persona que lo recibe. Se trata, estructuralmente, **de un abuso de poder entre pares... y puede expresarse en** diferentes tipos de maltrato físico y/o psicológico, pero de manera deliberada y continua, y con el objetivo de someter o asustar a una persona.

Los sujetos o alumnos que intervienen en el *bullying* se encasillan en tres roles: la o el agresor, la víctima y, la o el espectador, observador o testigo; una característica que hace que la violencia se perpetúe y no sea tan evidente es que esta relación de quienes intervienen en ella esté regida bajo el silencio y la condena pública del delator.

Los criterios para identificar el bullying, que son más comúnmente aceptados por investigadores son:

- La existencia de diversos tipos de violencia manifestada en la conducta. Las personas que ejercen la violencia lo hacen con la intención clara de molestar y humillar y, generalmente sin que exista provocación previa por parte de la víctima, la agresión supone un dolor, no solo en el momento del ataque, sino de forma sostenida, ya que crea la expectativa en la víctima de poder ser el blanco de futuros ataques.
- Las conductas de violencia se producen repetidamente en el tiempo y siempre dirigidas a las mismas personas. La repetición de la conducta que ha de ser evaluada por quien la padece como no meramente incidental, sino como parte de algo que les espera sistemáticamente en el entorno escolar en la relación con aquellos que le acosan.
- La duración en el tiempo con el establecimiento de un proceso que va a ir minando la resistencia del niño o la niña y afectando significativamente a todos los órdenes de su vida (académico, afectivo, emocional y familiar).

- Es provocada por un individuo o un grupo de individuos contra otra persona (aunque también pueden ser varias, situación que se presenta con menos frecuencia) que se considera indefensa o en inferioridad de condiciones. Hay una desigualdad desde cómo se ejerce el poder entre el que se considera el más fuerte y el que se considera débil, no hay un equilibrio físico, social o psicológico en cuanto a posibilidades de defensa.

Se han identificado que los contextos principales que influyen en la conducta violenta de las niñas y los niños son (Garaigordobil, y Oñederra, 2010):

- *El contexto familiar.* Es el más importante y el primero en donde el niño socializa, adquiere normas de conducta, convivencia y forma su personalidad, de manera que es fundamental para su ajuste personal, escolar y social, el vínculo afectivo del apego, las pautas de crianza, la estabilidad, la participación de la familia y la idoneidad de normas y reglas son factores que tienen clara relación con la violencia de niñas, niños y adolescentes. Menores que tienen un vínculo de apego seguro y relaciones familiares en donde los conflictos se resuelven poniendo en práctica la escucha, la tolerancia y el respeto, tendrán muy pocas posibilidades de ser víctimas o acosadores.

Las niñas y los niños que ejercen violencia suelen pertenecer a familias en donde los conflictos se resuelven con violencia, no se provee de cuidado y afecto, hay abandono, maltrato y abuso hacia ellas y ellos, con modelos de crianza autoritarios o punitivos; así mismo familias muy permisivas o con disciplina inconsistente, donde no hay normas o éstas son inestables y/o inadecuadas.

- *El contexto escolar.* Junto con la familia, la escuela es un contexto clave en el desarrollo de la madurez y la socialización de las niñas y los niños; los episodios de maltrato están estrechamente relacionados con las actividades y el discurso de quienes son responsables en las aulas. Influyen muchas variables como: la organización escolar, el currículum, los estilos de cómo se ponen las reglas, métodos y estilos de enseñanza y aprendizaje, la gestión –democrática, autoritaria, permisiva-, las formas de relación docentes-docentes, docentes-alumnos, la forma de organizar los espacios y tiempos, las normas y los reglamentos y, por supuesto las formas en que las y los docentes resuelven los problemas y conflictos.

Algunos de los factores de riesgo en el contexto escolar podrían ser: políticas educativas que no sancionan adecuadamente las conductas violentas, falta de atención a la diversidad, contenidos excesivamente academistas que centran la evaluación en ello, falta de reconocimiento social de la profesión docente, omisión ante acciones de violencia entre el personal del plantel o el alumnado, invisibilizar a los alumnos con poca participación en las actividades escolares y pobres relaciones con sus compañeras y compañeros, escasa comunicación entre el alumnado y el profesorado y, ausencia de la figura de autoridad de

referencia en el centro escolar; las exigencias académicas que se plantean a menudo exigen competición y dejan de lado la cooperación, la reflexión y las inquietudes individuales.

- Los medios de información. La violencia que presentan los medios como la televisión, internet, los periódicos, las revistas, los videojuegos, etc. puede hacer creer que es **“normal” el uso de la violencia como la forma de arreglar los conflictos o creer que quien la utiliza es quien “gana” y tiene la razón, la televisión** es uno de los medios que refuerzan la conducta violenta de niñas y niños ya que quienes pasan largas horas viendo programación con gran cantidad de escenas violentas a menudo se comportan de manera más agresiva y tienen menos empatía con las personas que reciben la agresión.
- El contexto socioeconómico y cultural junto con los valores y los factores individuales.

Perfil de los involucrados y consecuencias del bullying o acoso escolar

El bullying tiene consecuencias perjudiciales para todos los implicados, que se manifiestan de diferente forma; aunque los efectos más acusados se muestran en la víctima, los agresores y los espectadores también son receptores de aprendizajes y hábitos que influirán de manera poco favorable en su comportamiento actual y en su futuro.

- *Quien recibe la violencia:* Entre las características físicas que se han observado en las víctimas cabe destacar rasgos como la obesidad, el color de la piel, algún déficit, discapacidad o la falta de alguna habilidad; entre las características psicológicas se ha encontrado en las víctimas tendencia a la introversión, pocas habilidades sociales, falta de asertividad, baja autoestima, inseguridad, sumisión, son reservados, tímidos y por lo general no tienen un amigo en quien confiar.

Los indicadores que pueden observar las madres y los padres para identificar si sus hijas o hijos están siendo violentados de manera física son los menos frecuentes, precisamente porque aportan una prueba fácilmente verificable de la situación, pueden ser indicios de que están siendo víctimas de violencia, perder con frecuencia los útiles escolares, dinero, llegar a casa con la ropa rasgada. Los indicadores psicológicos podrían ser los cambios demasiado notorios -sin ser confundidos con los cambios del desarrollo sobre todo de la pubertad y la adolescencia- mostrar frecuentemente tristeza y/o síntomas de depresión, aislarse; los indicadores psicósomáticos como dolores abdominales, de cabeza, vómito, dolores en el cuerpo sin razón aparente pero que están relacionados con situaciones de estrés y ansiedad (palpitaciones, taquicardia, pánico), dificultad para dormir, rechazo de su cuerpo, trastornos de alimentación; pasan muchas horas solos y evitan salir con sus amigos (si es que los tienen) o compañeras y compañeros; evitan ir a la escuela o llegan justo a tiempo para evitar encontrarse con quien los violenta, abandonan bruscamente

actividades que antes realizaban con entusiasmo con amigas y amigos, hablan poco o nada de sus actividades escolares y evitan preguntas al respecto; disminuye su **rendimiento escolar e incluso terminan aceptando ser un "mal estudiante"**.

El profesorado puede detectar a tiempo y evitar que una situación de violencia escolar se convierta en bullying, es importante prestar atención a los indicadores antes mencionados y a los que a continuación se refieren: empieza a faltar a clases de manera continua, sale solo o sola del salón durante un período largo de tiempo y de manera frecuente; se aísla del grupo y prefiere trabajar solo; se relaciona poco o nada con sus compañeros y compañeras, entra del recreo o receso con golpes, raspones o moretones; fuera del salón muestra nerviosismo o inquietud, se muestra solitario, durante un período corto de tiempo (como un mes) puede haber tenido dos o más problemas con los mismos compañeros.

- *Quien ejerce la violencia.* Es frecuente que las personas agresoras se consideren más fuertes, listas o en definitiva, mejores que el compañero o la compañera violentada; entre las características psicológicas que se han observado en los agresores se ha destacado un temperamento impulsivo, necesidad de dominar y someter a otros estudiantes, dificultad para regular sus emociones, baja tolerancia a la frustración, baja capacidad de empatía, suelen ser desafiantes y agresivos con los adultos, algunos pueden ser consumidores de alcohol o drogas. Entre los indicadores que los padres pueden detectar al poner atención para saber si su hijo o hija se comporta de manera violenta en la escuela son: mostrar rebeldía, no cumple con las normas familiares, quiere tener siempre la última palabra, se muestra dominante con sus amigos y amigas, nunca o casi nunca acepta la responsabilidad de sus actos ni pide disculpas por los mismos mostrándose irreflexivo; suele disfrutar burlándose y humillando a sus compañeras, compañeros, amigas y amigos cada vez que tiene oportunidad; en ocasiones puede ser parte de una pandilla.

Otros indicadores que pueden observar las y los docentes, además de los anteriores son: disfruta burlándose de sus compañeros cuando participan en clase, quebranta habitualmente las normas establecidas, se muestra rebelde ante las llamadas de atención, desvía continuamente la atención hacia quien comete violencia, evade sus responsabilidades, falta al respeto como forma de interactuar con los demás para obtener algo o solucionar un problema. Sin embargo, éstas no son reglas generales ya que habrá alumnos o alumnas que acatan las reglas estando presentes los docentes, cumplen con las solicitudes académicas, incluso suelen ser sobresalientes en alguna asignatura y ganar algún evento, pero saben que con sus compañeras y compañeros pueden actuar de **manera violenta en "secreto"; por esto algunos docentes evitan creer las quejas cuando las alumnas, alumnos u otros adultos reportan el maltrato.**

- *Los espectadores.* En cuanto a las repercusiones que tiene el bullying en los espectadores, éstos al temer verse implicados, desarrollan mecanismos de defensa

basados en el miedo que les conducen a despreocuparse de los demás, callarse ante los abusos ajenos y disminuir la capacidad de empatía, la observación reiterada de conductas violentas acarrea la desensibilización ante el dolor del prójimo y falta de solidaridad; existe la sensación que el miedo a ser incluido dentro del círculo de victimización y convertirse en blanco de acciones violentas es lo que impide que alumnas y alumnos que sienten que deberían hacer algo no lo hagan; esta situación les puede llevar a desarrollar sentimientos de culpabilidad por la situación que viven sus compañeros y compañeras, a su vez, también pueden reforzar posturas individualistas.

Si observan situaciones en que el agresor sale impune y victorioso de una acción intimidatoria, algunos espectadores interiorizan que el uso de la violencia es una vía para conseguir sus deseos o éxitos, se produce un contagio social que inhibe la ayuda e incluso fomenta la participación en los actos intimidatorios, este factor es esencial para entender la regularidad con que actos de esta índole pueden producirse bajo el conocimiento de las y los observadores (Garaigordobil, Oñederra, 2010)

Incidentes de violencia sexual en las escuelas

Es importante señalar que en la bibliografía de autores extranjeros revisada sobre violencia escolar y bullying no se notifica incidentes de violencia sexual presentados en las escuelas. El documento que hace referencia es el estudio realizado por SEP y UNICEF (2009).

Se preguntó a los niños y a las niñas de 4º y 5º de primaria si se habían presentado en sus escuelas situaciones que pudieran estar relacionadas con violencia sexual. Casi una quinta parte del alumnado señaló que en su escuela se ha presentado el caso de que en un rincón del patio uno o más niños molesten a una niña intentando tocarla sin su consentimiento. Alrededor de la mitad de las y los docentes señaló que sí se han presentado agresiones sexuales entre niños (no se especifica las conductas). Quienes reconocieron haber intervenido **recientemente en casos de agresión sexual, detallaron que se trató de conductas “impropias”** de niñas, casos de agresión verbal hacia niñas o hacia niños, grupos de alumnos que se manoseaban entre sí, faltas de respeto como levantar la falda o bajar los pantalones, casos de abuso sexual por parte de familiares como padre, abuelos, padrastros, entre otros. En relación a las directoras y los directores poco menos de la mitad menciona que en su centro escolar no se han dado situaciones de agresión sexual entre alumnos y alumnas.

En el nivel secundaria se encuentra que un alto porcentaje de directivos dicen que no se han dado situaciones de agresión sexual en su plantel. Tanto en el caso de agresiones sexuales presentadas entre alumnas como entre alumnos, el personal directivo refirió que se ha tratado, principalmente, de agresiones verbales, específicamente al mencionar lo que sucede entre las alumnas se refieren al uso de insultos y palabras altisonantes. En el caso de **agresiones entre alumnos, “el golpearse en las partes bajas” tiene porcentajes significativos.**

La experiencia del trabajo realizado en las escuelas, en relación con la atención a casos de violencia sexual entre pares, muestra que estas conductas conllevan actividad sexual forzada por alguno de los participantes, tocamientos en partes privadas, insultar a las mujeres **diciéndoles “zorras”, obligar a oler el pubis, hacer “sándwich” a una adolescente; si se considera que uno de los factores que puede predisponer a que un niño o una niña violenta a otro son las situaciones de maltrato que pueden estar viviendo en otros contextos, es fundamental considerar que si obliga a compañeros o compañeras a tener conductas sexuales, es probable que esté siendo víctima de abuso sexual infantil, situación que deberá investigarse con la mayor cautela y ser atendida de manera inmediata.**

Detección del bullying

El estudio realizado en México refiere que el 43.2 por ciento del personal docente menciona que se han detectado casos de bullying en su escuela, las maestras manifestaron haber detectado más casos que los maestros y los directores, asimismo, casi la quinta parte de docentes de primaria y secundaria señalaron que entre sus alumnos y alumnas, existen grupos que intimidan a otros compañeros y compañeras en el salón; docentes de secundaria plantearon en mayor proporción que docentes de primaria que existen grupos que intimidan en sus salones.

La detección de la violencia escolar a tiempo, puede ayudar a prevenir importantes consecuencias e intervenir en el momento adecuado para evitar el bullying; la responsabilidad recae principalmente en los adultos que comparten la mayor parte del tiempo con el alumnado ya que además son parte de sus principales núcleos de socialización (Serrano, 2006).

El manejo del bullying

El manejo por parte de directoras y directores de los centros escolares reporta que las primeras dicen optar por soluciones relacionadas con el diálogo para llegar a ciertos acuerdos, básicamente a través de la firma de una carta compromiso por parte del niño o niña que ha cometido este tipo de práctica o mediante la conversación con las madres de familia y pláticas de orientación. En cambio, los directores han optado por el diálogo con los alumnos y alumnas hasta llegar a que se comprometan; las alternativas utilizadas con más frecuencia por los directores han sido amenazar con la suspensión, llamar a la policía o asumir que éste es un problema que se da fuera de la escuela. Esto, muestra que existe una gran discrecionalidad y/o indiferencia en el manejo de los casos de bullying en los planteles escolares (SEP, UNICEF, 2009).

Coincidiendo con el estudio, se hace evidente la necesidad de concientizar al personal respecto de la importancia de tomar la responsabilidad de formar al alumnado en una cultura de no violencia, con el fin de evitar la naturalización de la misma o que se le considere como una

forma de interacción aceptable o divertida, como lo mencionan algunos de los alumnos y las alumnas; esta es una tarea que corresponde a todas las personas a cargo de la formación de niños, niñas y adolescentes.

Pautas de actuación: Al intervenir para atender una situación de bullying es necesario considerar a todas las partes que están involucradas y actuar de manera cautelosa, cualquier paso de la familia o la escuela debe ser acordado y conocido por quien recibe la violencia. Por otro lado siempre tener presente que quien actúa violentando en la escuela es un niño, niña o adolescente hombre o mujer que aún está en proceso de formación y socialización, y como se mencionó, es probable que en otro contexto sea victimizado o victimizada, por tanto también necesita ayuda. Reconocer que las conductas violentas no desaparecen de un día a otro y demandan apoyo, una serie de intervenciones y dar seguimiento (Serrano, A. 2006).

El trabajo con la familia consistirá en establecer normas claras en casa y supervisar su cumplimiento, ofrecer modelos de conducta congruentes con lo que se solicita y lo que se hace; aceptar que en ocasiones es necesario reflexionar sobre los estilos de crianza acompañándose de un apoyo terapéutico.

Ante la sospecha de los padres de que su hijo o hija está viviendo bullying, establecer acciones que ayuden a romper el silencio abordando el tema con serenidad en casa para hacerle sentir confianza y seguridad; en caso de confirmarlo hacerle ver que es una situación transitoria y que tiene solución analizando las posibles alternativas; explicarle que es necesario afrontar la situación sin confrontarlo con quien ejerce la violencia, siendo necesario dar a conocer el caso a las autoridades de la escuela y buscar ayuda con los profesionales que sean necesarios.

En la escuela: si el docente es testigo de la situación de violencia deberá intervenir de inmediato para poner fin a esta situación, posteriormente hablar en privado con la víctima y determinar si hay lesiones físicas y si hay necesidad de una atención médica de urgencia atender ésta; por separado hablar con quien violentó, nunca enfrentar a ambos. Si el profesor sospecha de que algún alumno está siendo violentado informar a la autoridad y de manera discreta observar y prestar especial atención a las conversaciones del alumnado en pasillos, patios, agudizándola sobre los espacios en donde pueda encontrarse la víctima y el agresor. Si se confirma la sospecha de que un alumno está siendo víctima de bullying (incluso por la denuncia de la víctima o por reporte de algún compañero o compañera) hablar con la víctima procurando crear un ambiente de confianza y buscando estrategias para evitar que se vuelva a violentar al chico o a la chica; en otro espacio hablar con el agresor sin comprometer a la víctima, a éste se le deberá invitar e incluir en actividades escolares recreativas, culturales o deportivas con el fin de nutrir su autoestima y aumentar su entorno social.

Al enterarse como madre o padre que su hija o hijo está ejerciendo bullying hay que evitar estallar y caer en situaciones de maltrato, entender que es una situación que puede ser

transitoria y se puede solucionar si se atiende con rapidez. No hay que esperar a que el niño, la niña o el adolescente hable de su situación porque tal vez nunca lo haga, se debe abordar con preguntas claras y directas sobre la sospecha; expresar que este comportamiento no es tolerable; hacer saber que las conductas violentas tienen sanciones y aplicarlas de manera inmediata; si los padres no sienten que tiene la suficiente autoridad para abordar el problema buscar ayuda con un profesional, pactar normas de manera conjunta con el centro escolar y cumplirlas, apoyar las decisiones tomadas por la escuela sin discutir las frente al hijo o a la hija, si no se está de acuerdo con ellas discutir las en privado; si el maltrato ha sido dirigido a algún compañero o compañera de su grupo solicitar que no continúe con el maltrato.

Cuando un docente identifica que un alumno o alumna está ejerciendo bullying lo entrevistará haciendo preguntas claras sobre la agresión sin comprometer a la víctima, es importante que el cuerpo docente esté enterado de la situación para poner en práctica un plan que aborde temas de convivencia escolar con todo el grupo, un clima escolar de ignorancia y silencio puede favorecer que el acoso se perpetúe.

Cuando las y los docentes no disponen de información sobre los diversos programas, métodos e instancias alternativas a las que pueden recurrir funcionan por reacción a los acontecimientos con prisa y urgencia.

Las investigaciones sobre el tema concluyen que los programas de prevención más eficaces son los que tienen un modelo de intervención sistémica, es decir que incluyen perspectivas sobre el desarrollo, que están dirigidos no solo a los alumnos sino también a los adultos y que no ignoran los eventos de violencia. Es preciso promover un clima escolar en donde la violencia escolar y el bullying sean considerados como inaceptables por todos los actores de la comunidad escolar, pero no solo en el discurso, hay que ser congruentes con las acciones y las actitudes, para lograrlo es primordial fortalecer (con todo el personal de la escuela) las habilidades sociales para la resolución de las problemáticas y los conflictos de una manera no violenta, que permitan y fomente la empatía, la escucha y la negociación; dar cumplimiento a los acuerdos y a las normas de convivencia establecidas en la normatividad, los lineamientos y las que de manera particular son creadas de manera conjunta entre docentes, con las alumnas y los alumnos y, con las madres y los padres.

Si las y los docentes, el personal administrativo, de asistencia y todos los que conforman el centro educativo no están convencidos de la necesidad de crear acciones pacíficas para combatir la violencia, será difícil o casi imposible convencer a las alumnas, alumnos, madres, padres y a la comunidad en general de que existen otras formas de relación y, que la violencia **no es algo "natural" ni tampoco es "parte del desarrollo de las niñas y los niños"**.

El clima institucional se refiere al tejido de relaciones humanas en el que se destaca el vínculo alumnado-docentes y se pone en juego la dinámica institucional. Un clima institucional positivo

es el pilar en donde se asienta la posibilidad de promover conductas saludables desde la institución escolar; para ello es necesario que toda la comunidad educativa se encuentre comprometida en la tarea (Cardozo, 2005).

Serrano (2006) propone los siguientes factores para favorecer un clima escolar libre de violencia:

- Un sistema de control de la disciplina justo, coherente y conocido por los alumnos y los adultos.
- Una proporción de alumnos a cargo del profesor que facilite la comunicación y la vigilancia.
- La capacitación de las y los docentes y de los equipos de directivos.
- Una percepción positiva de sus competencias.
- Una concienciación de la importancia de las relaciones con otras y otros docentes y con las alumnas y los alumnos.
- Inclusión de las familias de alumnas y alumnos y la comunidad en el proceso de mejora de la convivencia escolar.
- Políticas de inclusión de todas las alumnas, los alumnos y de intolerancia de la violencia y del maltrato incluida formalmente en la vida cotidiana y en la ética de los centros.
- Un alto nivel de sentimiento de pertenencia por parte de las alumnas y los alumnos.

Hay que tener presente que los programas de intervención necesitan tiempo para mostrar los primeros efectos.

NORMATIVA LEGAL

El marco jurídico y de garantías de nuestro país se establece en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el Código Penal Federal y en el Código Penal para el Distrito Federal. Entre los textos internacionales de mayor importancia destacan:

- La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989
- La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, suscrita por México el 17 de diciembre de 2007

Los documentos institucionales que regulan las acciones para garantizar la integridad del alumno en la Secretaría de Educación Pública son:

- La Ley General de Educación (DOF, 28-01-2011) que contempla lo siguiente:

Artículo 7o.- Fracción XV.- Difundir los derechos y deberes de niños, niñas y adolescentes y las formas de protección con que cuentan para ejercitarlos (*Fracción adicionada DOF 17-04-2009*).

XVI.- Realizar acciones educativas y preventivas a fin de evitar que se comenten ilícitos en contra de menores de dieciocho años de edad o de personas que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o para resistirlo.

De igual forma refiere:

Artículo 42.- En la impartición de educación para menores de edad se tomarán medidas que aseguren al educando la protección y el cuidado necesarios para preservar su integridad física, psicológica y social sobre la base del respeto a su dignidad, y que la aplicación de la disciplina escolar sea compatible con su edad. En caso de que las y los educadores así como las autoridades educativas, tengan conocimiento de la comisión de algún delito en agravio de las y los educandos, lo harán del conocimiento inmediato de la autoridad correspondiente (Párrafo adicionado DOF 19-08-2010).

- Los Lineamientos Generales para la Organización y Funcionamiento de los Servicios de Educación Inicial, Básica, Especial y para Adultos en el Distrito Federal (ciclo escolar 2011-2012), en el apartado *Aspectos Generales* inciso 1.5, numerales 39 al 42 en forma explícita y, de manera implícita en los numerales 5, 11, 16 y 21 al 25. En el apartado *Administración Escolar* en los numerales 44, 48, 77, 81, 87, 91, 93, 94, 96, 97, 99, 119, 122, 123, 135. En el apartado *Mejora en la Calidad Educativa* en los numerales 152, 157, 170, 171, 175, 177, 189 y 190. En el Apartado *Los líderes Escolares* en los numerales 201, 202, 211, 220, 225. En el apartado Participación Social, en el inciso 6.2, numerales 266 Fracc. V y VIII.
- En el Anexo VII: Políticas y Procedimientos de Comunicación, Gestión y Seguimiento de Procesos Institucionales (ciclo escolar 2011-2012).

Es necesaria la actualización en las disposiciones y la normatividad ya que son susceptibles de ser modificadas cada ciclo escolar.

PROCESO DE ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL

La actuación ante el maltrato infantil debe:

1. Estar englobada dentro de planes generales del centro escolar.
2. Contemplar principios básicos de intervención.
3. Establecer un proceso de atención.
4. Elaborar manuales con los contenidos del programa.

- La *atención al maltrato infantil* se enmarca dentro de la Ley General de Educación y los documentos normativos de la Secretaría de Educación Pública; los sistemas de atención social a la infancia actuales están basados en derechos y necesidades, bienestar y promoción social frente a los modelos de proteccionismo y beneficencia. La *buena práctica en la protección a la infancia* estaría determinada por *criterios de actuación* considerados como óptimos para alcanzar determinados resultados según los objetivos establecidos.
- Las actuaciones ante situaciones de maltrato infantil deben cumplir una serie de criterios básicos de intervención, entre ellos:

A. Los niños y las niñas tienen derecho a que sus necesidades básicas sean cubiertas. La familia, la escuela, los servicios de protección a la infancia, de salud y los adultos en general son responsables de que los niños y las niñas puedan vivir en condiciones que les permitan satisfacer sus necesidades.

B. Las instituciones y los servicios no deben estar únicamente en función de que se produzcan graves carencias, sino que son responsables de que los niños y las niñas desarrollen sus mejores posibilidades.

C. Los niños y las niñas son particularmente vulnerables, no pudiendo proporcionarse a sí mismos las respuestas más adecuadas a sus necesidades ni protegerse de todos los riesgos.

D. La familia es la institución que mejor puede responder a algunas necesidades básicas y proteger a los niños y las niñas.

E. La familia por sí sola no puede satisfacer todas las necesidades de las niñas y los niños. La escuela, los servicios de salud, de protección a la infancia, deben responder a las necesidades básicas de los niños y las niñas propias de su competencia de forma complementaria con la familia.

F. Cuando a los padres les es imposible o no desean proteger a sus hijas e hijos de situaciones abusivas o son ellos mismos los agentes del maltrato, la comunidad escolar debe intervenir para proteger a los menores.

G. Cuando las niñas y los niños viven carencias y riesgos que amenazan su adecuado desarrollo, todos los adultos e instituciones públicas tienen el deber de denunciarlo y ofrecer las ayudas o peticiones de ayuda que sean más eficaces.

H. Las instituciones y servicios públicos con competencia en protección infantil son el contexto al que la comunidad puede recurrir para proteger a los niños y niñas para que vivan en condiciones de desarrollo adecuadas.

I. Los menores sobre los que sea necesario tomar medidas de protección tienen derecho a un plan que prioritariamente debe hacer lo posible para mantenerlos o integrarlos después de un tiempo (siempre el más corto posible), en la familia.

J. El interés superior del menor debe ser el principio en que estén basadas las tomas de decisión.

K. La oferta que la comunidad haga a las niñas y los niños que han tenido que ser separados de la familia (padres, tutores, responsables de un centro, responsables de los servicios de protección infantil) tiene que satisfacer mejor sus necesidades de lo que estaba haciendo su familia de origen.

L. El plan de actuación debe contemplar la mayor colaboración posible de los padres y del propio menor.

M. La mejor forma de proteger a niños y niñas del maltrato es ayudar a sus padres o cuidadores a que adquieran o vuelvan a asumir sus funciones de protección y cuidado de sus hijos/as.

N. Los padres afectados por medidas de protección deben recibir ayudas que faciliten su colaboración, debiendo mantenerse el mayor contacto posible con los padres y, entre los padres y los hijos, salvo indicación específica por entrañar graves desventajas para el menor.

O. En caso de separación definitiva debe proporcionarse al niño las condiciones para establecer otros vínculos de apego estables, ya sea a través de la adopción o de acogimiento permanente.

3. El proceso de atención debe ser el *marco teórico* que sirva de referente y guiar su trabajo en el ámbito de la protección al menor.

4. El desarrollo de programas de prevención y atención debe buscar la participación de las diferentes instituciones y profesiones implicados en este problema, buscando un consenso y elaborando un documento que sirva de marco de referencia.

Un *Protocolo de actuación ante los malos tratos en la infancia* pretendería:

- **Recoger de manera ordenada y sistemática las actuaciones a realizar en casos de maltrato infantil.**
- **Protocolizar el trabajo en los diferentes equipos y servicios.**
- Realizar una propuesta de trabajo del sistema de funcionamiento para el centro escolar.

El Proceso de atención al maltrato infantil es un esquema básico de fases interdependientes que no necesariamente siguen siempre una dirección lineal; por ejemplo la gravedad en algunos casos puede exigir como primer paso tomar medidas para garantizar la seguridad y protección del niño como puede ser la hospitalización o ingreso en una Casa Hogar Temporal .

El esquema que se presenta puede coincidir o no con el que se esté desarrollando en cada una de las diferentes Direcciones Regionales o Centros Escolares, pero ofrece una idea general de las *actuaciones* (detección, recepción, investigación, evaluación, planificación, intervención, evaluación, fin de intervención) y de los *organismos/ servicios* que pueden estar implicados (de salud, sociales, educativos, judiciales, etc.).

Detección / Diagnóstico

La detección-diagnóstico de maltrato infantil consiste en reconocer o identificar una posible situación de éste:

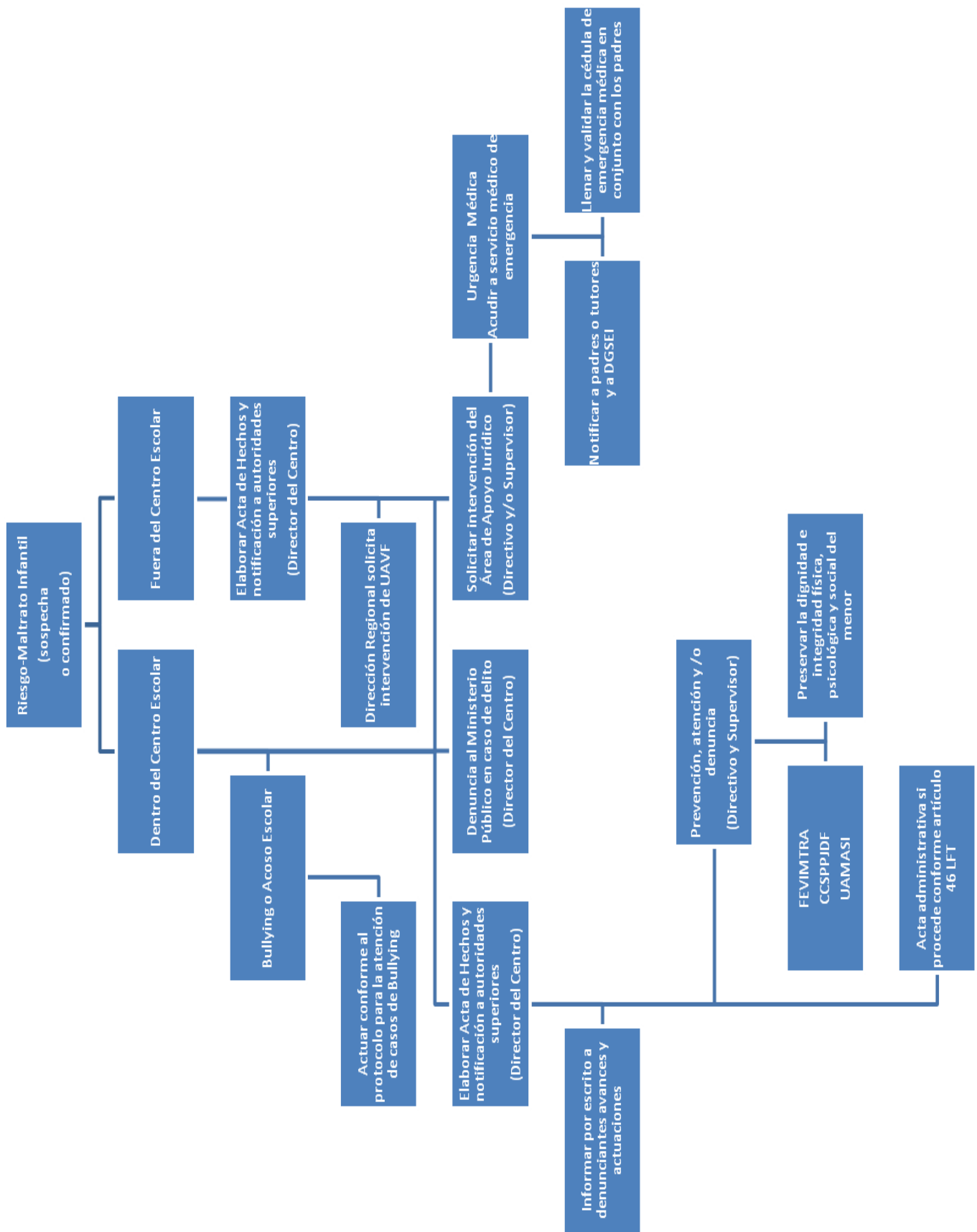
- **Es** la primera condición para poder intervenir en casos de maltrato infantil y posibilitar así la ayuda a la familia y al niño que vivan este problema, ya que, como resulta evidente, si no se detecta la situación de malos tratos, difícilmente se puede actuar sobre las causas que dieron lugar a esta situación y proteger al menor.
- **Debe ser lo más precoz posible para evitar la gravedad de consecuencias para el niño e** incrementar las posibilidades de éxito de la intervención, tratar las secuelas, prevenir la repetición, etc.

La determinación de un caso de maltrato infantil debe realizarse en base a cuatro elementos:

- *Historia*: datos aportados por el propio niño, otros profesionales (maestro, médico, trabajador social) y/o otras personas (vecinos, amigos, parientes).
- *Evaluación por CAPEP o USAER*: identificar la existencia de indicadores físicos y comportamentales del niño y en la conducta del posible agresor/acompañante.
- *Pruebas complementarias*: realización de pruebas médicas (radiología, análisis), psicológicas (test, entrevistas), para confirmar o realizar diagnóstico diferencial con otros procesos.
- *Datos sociales*: factores de riesgo presentes que actúan como facilitadores de la existencia del maltrato infantil, que nos van a ayudar a entender por qué se produjo esta situación y a orientar en la toma de decisiones y la intervención.



Detección – Diagnóstico de maltrato



Fases del proceso de actuación en casos de riesgo y maltrato infantil

De aquí la importancia de que los profesionales tengan conocimientos suficientes sobre signos, síntomas, pruebas complementarias, etc., que se requieren para intuir una situación de maltrato y establecer un diagnóstico de presunción así, como de los indicadores que se presentan en esta situación.

Los indicadores son aquellos datos derivados de la historia, evaluación psicológica, pedagógica, exámenes médicos y de la historia social que señalan la posible existencia de malos tratos.

Algunos indicadores:

- **Físicos y comportamentales del** niño y de la conducta del posible agresor / acompañante que pueden estar presentes en las diferentes formas de maltrato infantil: físico, negligencia, emocional y abuso sexual.
- **Según el ámbito de atención a la infancia: se han seleccionado indicadores** fácilmente detectables desde distintos ámbitos profesionales y de atención a la infancia sin reincidir en los referentes a aspectos escolares, de salud, etc.

El diagnóstico de malos tratos a un niño puede requerir el apoyo de una institución de salud para la realización de exploraciones médicas que en el caso del maltrato infantil debemos ser especialmente cuidadosos ya que:

- **Pueden causar re-experiencia del trauma** (revictimización).
- **Deben evitar exploraciones innecesarias.**
- **Prever la participación** de un médico forense en casos de exploración genital y anal en casos de abuso sexual.

Indicadores físicos y comportamentales del niño y del posible agresor (a) / acompañante

	Físicos en el niño	Comportamentales en el niño	Del posible agresor
MALTRATO FÍSICO	<p>Signos de higiene deficiente, malnutrición, localización de lesiones en zonas no prominentes</p> <p><i>Maquilladuras o hematomas:</i> en rostro, labios o boca; en torso, espalda, nalgas o muslos; en zonas extensas del agrupado o como señal o marca del objeto con el que ha sido ocasionado; en varias áreas indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones.</p> <p><i>Quemaduras:</i> de pueros o cigarros; quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (guante) o de los pies (calcetín) o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas, órganos sexuales, indicativas de inmersión en un líquido caliente: quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas; quemaduras con objetos que dejan señal claramente definida: parrilla, plancha, etc.).</p> <p>Hematomas en distintas fases evolutivas. Otras lesiones asociadas.</p> <p><i>Fracturas:</i> en el cráneo, nariz o mandíbula: fracturas en espiral en los huesos largos (brazos o piernas); en diversas fases de cicatrización; fracturas múltiples; cualquier fractura en un niño menor de dos años.</p> <p><i>Heridas o raspaduras:</i> en la boca los labios, encías y ojos: en los órganos sexuales externos; en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.</p> <p><i>Lesiones abdominales:</i> hinchazón del abdomen, dolor localizado, vómitos constantes.</p> <p><i>Mordedura humana:</i> huella del adulto separación mayor de 3 cms. entre caninos.</p> <p><i>Intoxicaciones:</i> por ingestión de sustancias químicas (medicamentos).</p> <p><i>Münchenhausen por poder:</i> síntomas recurrentes, inventados, inexplicables, desaparecen al separar al niño de su familia y reaparecen al contactar de nuevo, discordancia entre la historia del progenitor y la clínica analítica.</p> <p>Asistencia rotando por distintos centros médicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Niños generalmente lactantes o menores de 3 años Cauteloso con respecto al contacto físico con adultos. Se muestra cuando otros niños lloran. Muestra conductas extremas: agresividad o rechazo extremos. Parece tener miedo de sus padres, de ir a casa o llora cuando terminan las clases y tiene que irse a la escuela o guardería. Dice que su padre / madre le han causado alguna lesión. Va excesivamente vestido y se niega a desnudarse ante otros. Es retraído y no participa en actividades y juegos comunes. Ingresos múltiples en distintos hospitales Hermanos con enfermedades raras, inexplicables o «nunca vistas» Déficit psicomotor, trastornos del comportamiento, retraso estaturoroponderal 	<ul style="list-style-type: none"> Fue objeto de maltrato en su infancia. Utiliza una disciplina severa, inapropiada para la edad, falta cometida y condición del niño. No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño o estas son lógicas, no convincentes o contradictorias. Parece no preocuparse por el niño. Percebe al niño de manera significativamente negativa, por ejemplo le ve como malo, perverso, un monstruo, etc. Rasgos de psicopatía. Abuso de alcohol o drogas. Intenta ocultar la lesión o proteger la identidad de la persona responsable de ésta. Retrasos en la búsqueda de asistencia médica Historia inaceptable, discordante o contradictoria <p><i>Madres:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Visitan al niño con gran frecuencia. Manifiestan veneración y sobreprotección hacia su hijo. Cuentan con conocimiento de medicina, enfermería o clínica médica. Extremadamente amables y atentas Colaboradoras con los médicos para encontrar el falso diagnóstico. <p><i>Familia:</i> Conflictos de pareja violencia, tendencia al uso de drogas y automedicación.</p> <p><i>Padres:</i> antecedentes de autolisis (degradación de tejidos corporales)</p>

<p>NEGLIGENCIA - ABANDONO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de higiene. • Retraso del crecimiento. • Infecciones leves, recurrentes o persistentes. • Consultas frecuentes a los servicios de urgencia por falta de seguimiento médico. • Hematomas inexplicados. • Accidentes frecuentes por falta de supervisión en situaciones peligrosas. • Enfermedad crónica llamativa que no genera consulta médica. • Ropa inadecuada para las condiciones climáticas. • Alimentación y/o hábitos horarios inadecuados. • Retraso en las áreas madurativas. • Problemas de aprendizaje escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamientos auto gratificantes. • Somnolencia, apatía, depresión. • Hiperactividad, agresividad. • Tendencia a la fantasía. • Ausentismo escolar. • Se suele quedar dormido en clase. • Llega muy temprano a la escuela y se va muy tarde. • Dice que no hay quien le cuide. • Conductas dirigidas a llamar la atención del adulto. • Comportamientos antisociales (vandalismo, prostitución, toxicomanías). 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida en el hogar caótica. • Muestra evidencias de apatía o inutilidad. • Sospecha de enfermedad mental o con bajo nivel intelectual. • Enfermedad crónica. • Fue objeto de negligencia en su infancia.
<p>MALTRATO EMOCIONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0-2 años: Talia corta, retraso no orgánico del crecimiento, enfermedades de origen psicosomático, retraso en todas o en algunas áreas madurativas. • 2-6 años: Talia corta, enfermedades de origen psicosomático, retraso del lenguaje, disminución capacidad de atención, inmadurez socioemocional. • 6-16 años: Talia corta, enfermedades de origen psicosomático. 	<ul style="list-style-type: none"> • 0-2 años: excesiva ansiedad o rechazo en relaciones psicoafectivas (trastornos del vínculo primario); asustadizos, tímidos, pasivos, comportamientos negativistas o agresivos, ausencia de respuestas a estímulos sociales. • 2-6 años: retraso del lenguaje, disminución de la capacidad de atención, inmadurez socioemocional, hiperactividad, agresividad, escasa discriminación y pasividad en las relaciones sociales. • 6-16 años: problemas de aprendizaje y lectoescritura, ausencia de autoestima, escasa capacidad y habilidad ante situaciones conflictivas; inmadurez socioemocional, relaciones sociales escasas y/o conflictivas, conductas compulsivas y/o de autolesión, discontrol de esfínteres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Culpa o desprecia al niño. • Es rechazante. • Niega afecto. • Trata de manera desigual a los hermanos. • Parece no preocupado por los problemas del niño. • Exige al niño por encima de sus capacidades físicas, intelectuales, emocionales. • Tolera absolutamente todos los comportamientos del niño sin ponerle límite alguno.
<p>MALTRATO - ABUSO SEXUAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para andar y sentarse. • Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada. • Se queja de dolor o picazón en los órganos sexuales y zona perianal. • Contusiones o sangrado en los órganos sexuales externos, vagina o ano. • Tiene una infección de transmisión sexual. • Tiene el cérvix o la vulva inflamados o rojos. • Presencia de cuerpos extraños en uretra, vejiga, vagina o ano. • Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia). • Infecciones urinarias de repetición. 	<ul style="list-style-type: none"> — Conductuales: <ul style="list-style-type: none"> • Dice que ha sido atacado sexualmente por un padre / cuidador. • Manifiesta conductas o conocimientos sexuales no acordes a su edad de desarrollo. — Psicosomáticos: <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del sueño y alimentación. • Diversos dolores abdominales, de cabeza, trastornos neurológicos, respiratorios, esfinterianos, etc., que originan intenso consumo de fármacos sin aclarar las causas. — Emocionales: <ul style="list-style-type: none"> • Depresiones crónicas, intentos de autolisis (pérdida de tejidos), automutilaciones. • Desvalorización corporal: obesidad, anorexia, bulimia. • Conductas disruptivas: fugas, dificultades escolares y profesionales. • Conducta sexual extrovertida, prostitución masculina o femenina • Criminalidad (bajo forma de abusos sexuales ocasionalmente). • Conductas violentas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Extremadamente protector o celoso del niño. • Alienta al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia del cuidador. • Vivió abuso sexual en su infancia. • Experimenta dificultades en su matrimonio. • Abuso de drogas o alcohol. • Está frecuentemente ausente del hogar.

Indicadores observables en el ámbito escolar

Ámbito escolar	Indicadores
Indicadores en los niños	<ul style="list-style-type: none"> • Señales físicas repetidas (moretones, quemaduras) • Sucios, malolientes, ropa inadecuada. • Cambio significativo en la conducta escolar sin motivo aparente • Conducta sexual explícita, juegos y conocimientos sexuales inapropiados para su edad, estimulación repetitiva de sus órganos sexuales en público • Presenta frecuentes dolores inespecíficos sin causa aparente • Falta a clase de forma reiterada sin justificación • Retraso en el desarrollo físico, emocional e intelectual • Conductas antisociales, fugas, vandalismo, hurtos. • Regresiones conductuales conductas muy infantiles para su edad
Indicadores en los padres	<ul style="list-style-type: none"> • No se preocupan por el menor, no acuden a reuniones • Golpean a sus hijos estando presente el o la docente • Desprecian y desvalorizan al niño en público, así como su desempeño escolar • No permiten contactos sociales del menor (aislamiento social) • Están siempre fuera de casa (nunca tiene tiempo para ...) • Compensan con bienes materiales la escasa relación personal / afectiva que mantienen con sus hijos • Son celosos y protegen excesivamente al niño

Notificación

La notificación del caso es la transmisión de información referente al menor supuestamente maltratado y del propio informante. Lo que se pide al profesional es que detecte «indicios razonables para sospechar» y lo informe. La notificación debe hacerse *siempre* a los servicios de protección al menor y a otras instituciones según los casos.

La notificación es una condición necesaria para posibilitar la intervención en casos de maltrato infantil y una obligación legal y profesional.

No solo los casos detectados más graves y evidentes deben ser notificados, también los aparentemente leves y las situaciones de riesgo generan obligación de notificar. No obstante, debemos ser rigurosos, ya que si se notifican numerosos casos erróneos se saturan los servicios, se pierde eficacia, las instituciones pierden credibilidad y se pueden producir daños irreparables a niñas, niños y sus familias.

La notificación debe incluir:

- **Datos del menor.**
- **Datos del informante.**
- **Datos del caso.**

Tratamiento / Intervención

La actuación en casos de maltrato infantil, independientemente del nivel en que se produzca, tiene que cumplir los siguientes requisitos mínimos:

- Actuar sobre todo el problema en su conjunto, sobre todas las circunstancias predisponentes, desencadenantes y modificadoras de su presentación, intensidad y desarrollo del maltrato; no puede ser puntual ni tratar sólo el síntoma.
- Considerar a la persona como una totalidad, como un conjunto bio-psico-social y su entorno familiar; no debe limitarse al niño, sino incluir a su familia y el medio.
- Realizarse por un equipo de profesionales con formación específica en los problemas familiares y de la infancia, con conocimiento en recursos y estrategias propias de estas situaciones (equipo especializado, no por un conjunto de especialistas).
- Desarrollo de un trabajo coordinado, en equipo y con bases científicas y no desde el voluntariado.

La *actuación en casos de maltrato infantil* conlleva desde el ámbito escolar:

- Valoración con Equipo Educativo/Directivo y notificación a las instancias correspondientes y/o
- trabajo coordinado con servicios de protección al menor.
- Seguimiento del niño/familia.

La atención al niño maltratado presenta unas características particulares y deberá:

- Atender las lesiones (atención sanitaria, comprobación diagnóstica, validación de las declaraciones), acompañarse de apoyo emocional y tratamiento psicológico. La *atención clínica* de las lesiones no difiere de otras lesiones equivalentes por otras causas, por lo que en cuanto al tratamiento exclusivamente médico - quirúrgico no existen diferencias.
- Considerar el tratamiento de la crisis (lesiones, problemas de salud asociados, posibles secuelas, repetición del maltrato) y después de la crisis (efectos a corto y largo plazo).
- Brindar apoyo emocional.
- Involucrar a un equipo multiprofesional (intervención de los servicios sociales y de salud mental).
- Mantener coordinación.
- Realizar seguimiento posterior del niño y su familia.
- Establecer estrategias de prevención.

La *validación* (comprobación diagnóstica) deberá determinar la validez de la notificación evaluando:

- Veracidad de la denuncia/notificación.

- Gravedad del daño infligido al menor.
- Riesgo de maltrato o daño y su severidad.
- Las causas (etiología) que originaron la situación de maltrato y factores de riesgo existentes.
- El grado en que las necesidades básicas estén cubiertas, y los recursos familiares y sociales en torno al menor.

El *apoyo emocional* es imprescindible en el maltrato infantil ya que las consecuencias y secuelas psíquico-emocionales siempre van a estar presentes en este problema tanto a corto como a medio-largo plazo.

El maltrato infantil es un problema multifactorial con repercusiones múltiples que afecta al niño y su familia por lo que requiere ser atendido por un *equipo multiprofesional*.

La solicitud de *intervención a los servicios de protección al menor* puede ser para:

- Solicitar información para confirmación diagnóstica.
- Facilitar apoyos y ayudas.
- Adoptar las medidas de protección infantil necesarias.
- Su conocimiento a los efectos oportunos de la notificación de los hechos a instancias superiores de la institución.

Para ello, esta fase debe incluir un protocolo de trabajo / investigación de los servicios de protección al menor de acuerdo al papel y a las herramientas propias de esta instancia.

La *coordinación* es una palabra clave en la intervención en casos de maltrato infantil resultando la realización del trabajo sanitario y social de forma conjunta e imprescindible para la detección, diagnóstico y tratamiento de los casos de maltrato infantil, correspondiendo a cada ámbito profesional encargarse de las actividades propias de su actividad.

Debe realizarse un *seguimiento posterior del niño y su familia* no limitándose al tratamiento de la crisis.

La *prevención* es un esfuerzo común de toda la sociedad, no solamente de los profesionales e instituciones implicadas.

En resumen, debemos recordar la importancia de:

Motivar	La sensibilización es fundamental en la intervención en maltrato infantil modificando falsas creencias
Intervenir	Además de la obligación moral-deontológica existe la obligación legal de notificar / intervenir en casos de riesgo (sospecha) y de maltrato infantil evidentes
Dar seguimiento	La intervención requiere actuar según los distintos factores de riesgo existentes y a lo largo del tiempo
Coordinarse	Los diferentes organismos y profesionales que atienden al niño y la familia deben actuar de forma conjunta y coordinada
Promover el buen trato	El concepto de maltrato infantil debe contemplarse desde lo que es o debería ser el <i>buen trato</i> y basarse en los principios de actuación desde la <i>ayuda</i> que debe proporcionarse vía servicios de protección al menor como responsables del Estado, para actuar sobre los factores de riesgo que facilitaron la producción del maltrato.

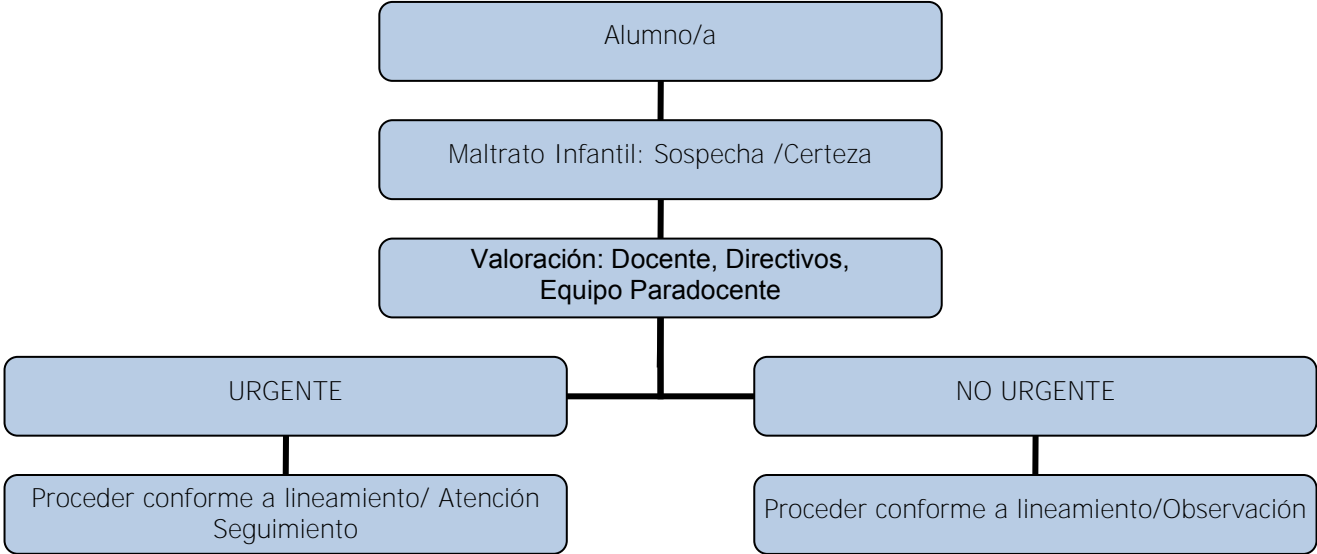
El maltrato infantil es un problema comunitario cuya solución requiere acciones a dicho nivel; los centros escolares, como servicio inmerso en la comunidad, han de comprometerse tanto a nivel institucional como a nivel de cada profesional en particular, a actuar para solucionar el problema. Los centros escolares constituyen uno de los lugares o marcos comunitarios con más posibilidades y más idóneo para las tareas de identificación, tratamiento y prevención del maltrato infantil.

El maltrato que recibe la niña o el niño por parte de sus cuidadores tiene graves consecuencias sobre su desarrollo evolutivo, dichas consecuencias pueden llegar a determinar el éxito o el fracaso no sólo en el ámbito del aprendizaje escolar sino también en la competencia social del niño y en aspectos importantes en la posterior adaptación social del sujeto. De ahí la gran importancia de que los profesionales de la educación posean una formación que les ayude a detectar los casos de niños que sean maltratados, conocer las mejores estrategias de intervención, qué hacer ante la niña o el niño, cómo dirigir la entrevista con los padres, a dónde dirigirse en caso de que tengan que intervenir agentes especializados, etc.

Algunos niños y niñas sienten temor de hablar de lo que les pasa porque piensan que nadie les creerá; otras veces no se dan cuenta de que el maltrato del que son objeto no es un **comportamiento "normal" y así aprenden a repetir este «modelo»**. La falta de un modelo familiar positivo y la dificultad para crecer y desarrollarse copiándolo, aumentan las dificultades para llegar a ser un adulto con capacidad de relacionarse; puede que no vean la verdadera raíz de sus problemas emocionales, hasta que al llegar a adultos busquen ayuda para solucionarlos.

El diagnóstico de riesgo o de maltrato infantil, sea sospecha o certeza, debe hacerse en base a información sobre: el estado físico y comportamiento del niño; el comportamiento y actitudes de los padres, a través de las entrevistas y contactos habituales que el personal educativo mantiene con ellos; y, la situación general familiar.

El docente y el directivo debe: valorar si la gravedad del caso necesita la investigación y el apoyo de servicios sociales (en caso de duda comentar con un experto); tratar a los padres con respeto y comprensión; realizar los trámites de acuerdo a lineamientos, informar de los casos de maltrato a los servicios de protección al menor de la zona; y, actuar según los casos como se refiere enseguida:



Notificación ante la sospecha de casos de maltrato infantil.

Consideraciones para notificación de casos:

1. No es necesario tener una certeza absoluta, sino que es suficiente tener una sospecha razonable de ello.
2. La relación entre el profesor y sus alumnos y alumnas es fundamental. Una relación cercana permite al adolescente tener un mejor escenario de lo que pasa; además, cuando el profesor está en sintonía con éstos y con los signos del abuso, será menos difícil detectar el maltrato; si un docente conoce al alumnado a su cargo podrá percatarse de cualquier cambio brusco en su conducta.
3. Si estimamos que el maltrato infantil es un problema complejo, en el cual al lado de la niña o del niño agredido hay que considerar al adulto agresor, además de la trama familiar, el entorno social y cultural en que ocurre la interacción, el enfoque intersectorial es el único posible para planear las respuestas integrales que el tema requiere; de lo anterior se desprende la relevancia de la coordinación entre los distintos actores que intervienen en los casos de maltrato infantil.
4. Para muchos niños que viven maltrato, la violencia del abusador se transforma en una forma de vida; crecen pensando y creyendo que la gente que lastima es parte de la vida cotidiana; por lo tanto este comportamiento se torna «aceptable» y el ciclo del maltrato continúa cuando ellos se transforman en padres que maltratan a sus hijos y estos a los suyos, se perpetúa el ciclo de violencia por generaciones.

5. Cuando se ha valorado la necesidad de notificar el caso en aquellos que sea posible, es conveniente informar a los padres que la escuela ha observado problemas en el menor; en algunas ocasiones pueden existir motivos para no informar a los padres por que se resistan a aceptar la situación, posible respuesta agresiva, porque pueda perjudicar al menor o crear hostilidad de los padres que dificulte actuaciones futuras de apoyo a realizar desde la escuela.

6. No siempre los responsables van a ser los padres y, en definitiva, lo que implica la notificación es solicitar los apoyos necesarios para resolver los problemas que dieron lugar a esta situación que afecta de forma negativa al niño, niña o adolescente; es importante aclarar que con la notificación de un caso no solo se está protegiendo al menor, sino que se pretende rehabilitar a los agresores intentando que el niño, la niña o el adolescente retorne a su casa lo antes posible y sin peligro, trabajando sobre los factores que produjeron la inestabilidad familiar. Hay que tener en cuenta que cuanto más tarde se notifique un caso, más crónica será la situación y más graves serán las secuelas, tanto físicas como psíquicas que sobrellevará el menor.

7. Todo debe realizarse desde la confidencialidad y anonimato de la fuente y los datos y sin perder de vista en ningún momento el interés superior del niño.

La escuela es un lugar privilegiado para la detección del maltrato infantil, ya que es uno de los contextos de socialización fundamentales para el niño, todos los niños pasan por ella siendo el contexto escolar donde los niños pasan el mayor tiempo del día y el docente el agente activo que ésta más tiempo en contacto con los menores, permite ser testigo del desarrollo socio-emocional e intelectual del niño: observar y conocer el comportamiento del niño en el aula, la interacción con sus iguales entre otras cosas.

Bibliografía

- 1) Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal. (2011). Lineamientos Generales para la Organización y Funcionamiento de los Servicios de Educación Inicial, Básica, Especial y para Adultos en el Distrito Federal. SEP: México.
- 2) Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal. (2011). Lineamientos para la atención de quejas o denuncias por Violencia, Acoso Escolar y/o Abuso Sexual Infantil, en los Planteles de Educación Inicial, Básica, Especial y para Adultos en el Distrito Federal. SEP: México.
- 3) Barragán F., De la Cruz, J.M., Doblas, J.J., Padrón, M., Navarro, A. (2005). Violencia, Género y Cambios Sociales. Málaga: Aljibe.
- 4) Blume, E. S. (1990). Secret Survivors: Uncovering Incest and its after effects in women. New York: Wiley.
- 5) Breinbaver, C., Maddaleno, M. (2008). Jóvenes: opiniones y cambios. Conductas saludables en los adolescentes. Washington D.C: OPS Oficina Regional de la OMS.
- 6) Bruce, D. (1993). Neurodevelopment and the Psychophysiology of Trauma I: Conceptual Considerations for Clinical Work with Maltreated Children. The Child Trauma Academy. Extraído el 21 de Febrero de 2010 desde www.ChildTrauma.org
<http://www.childtrauma.org/ctamaterials/apsac1.asp>
- 7) Cardozo, G. (2005). Promoción de Salud y Resiliencia. Argentina: Brujas.
- 8) Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, (2010). Antología para la atención a casos de abuso sexual infantil. México: CDHDF.
- 9) Convención sobre los derechos del niño. Extraído el 14 de Marzo de 2011 desde. www.cimacnoticias.com/especiales/amndi/instrumentos_inter/1_convencion_derechos_nino.pdf
- 10) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2011). Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia una época de oportunidades. EUA: UNICEF.
- 11) Garaigordobil, M. Oñederra, J.A. (2010). La violencia entre iguales. Revisión teórica y estrategias. Madrid: Pirámide.
- 12) González, R. (2001). Asalto sexual por la pareja íntima. Ponencia para la Federación Mexicana de Gineco-Obstetricia. Tijuana, Baja California, México: Monográfico.
- 13) Le Boeuf, CM. (1982). The role of the educator in the prevention and treatment of child abuse and neglect. N/E: Community Council on Child Abuse & Neglect.
- 14) Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales. (2006). Maltrato Infantil: Detección. Notificación y Registro de Casos. Madrid: Fernández Ciudad, S.L.
- 15) Organización Panamericana de la Salud. (2000). Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Serie Género y Salud Pública; 9. Abuso sexual en mujeres adolescentes. San José Costa Rica: OPS.
- 16) Organización Panamericana de la Salud. (2002). Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Serie Género y Salud Pública; 13. Documento base para la discusión: Violencia Sexual Basada en el Género y la Salud. Una aproximación Conceptual. San José Costa Rica: OPS.

- 17) Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe Mundial sobre Violencia y Salud. Washington, DC: OPS.
- 18) Perea, A. Lobedo, A. Trejo, J. Báez, V. Martín, V. Monroy, A. Venteño, A. (2001). El maltrato al menor: Propuesta de una definición integral. Bol. Med. Hosp. Infant. Méx. Vol 58, abril.
- 19) Pinheiro P. (2006). Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños, de las Naciones Unidas. Nueva York: Naciones Unidas, Asamblea General.
- 20) Rivera, L. Betania, A. Rodríguez, G. Chávez, R. Lazcano, E. (2006). Violencia durante el noviazgo, depresión y conductas de riesgo en estudiantes femeninas (12-24 años). Salud pública de México; vol. 48, suplemento 2.
- 21) Santana, R. Sánchez, R. Herrera, E. (1998). El maltrato infantil: un problema mundial. Salud pública de México; vol.40, no.1, enero-febrero.
- 22) Secretaría de Educación Pública, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2009). Informe Nacional sobre Violencia de Género en la Educación Básica en México. SEP, UNICEF: México.
- 23) Secretaría de Salud. (2010). Panorama actual del abuso sexual infantil. Boletín del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Número 20, Volumen 2, Semana 20. Extraído el 31 de enero de 2012 desde: <http://www.salud.gob.mx/unidades/epide>.
- 24) Serrano, A. (2006). Acoso y violencia en la escuela como detectar, prevenir y resolver el bullying. España: Ariel.
- 25) Shut-Aine, J. Maddaleno, M. (2003). Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: implicaciones en Programas y políticas. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- 26) Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. (1998). Memoria II Congreso Nacional sobre Maltrato Infantil. México: Subdirección General de Asistencia e Integración Social.
- 27) Stern, C. Fuentes, C. Lozano, L.R. Reynoso, F. (2003). Masculinidad y Salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. Salud pública de México; vol.45, suplemento 1. Extraído el 3 de octubre de 2011 desde <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v45s1/15444.pdf>
- 28) Yaoccihuatl A.C., Torices, I. (1994). Abuso Sexual al menor. Manuscrito Inédito. México: IMESEX.

Por mi salud y tu tranquilidad ¿Hablemos de sexualidad

El contenido y la edición estuvieron a cargo de
la Dirección General de Servicios Educativos Iztapalapa
de la Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal.

Diseño editorial: Área de Comunicación Organizacional de la DGSEI.

Esta edición consta de 1,000 ejemplares.

Se terminó de imprimir en julio de 2012.

