

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

'ASPECTOS PSICOSEXUALES DE LA ADOLESCENCIA'

TESIS PRESENTADA POR LA BR.

HENA LIGIA MADRID DE TORRES

ACTO PREVIO A LA INVESTIDURA DE:

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

TEGUCIGALPA, D.C.

AGOSTO 1978

HONDURAS, C.A.

155.5
M18
C.4

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS.

RECTOR: LICENCIADO JORGE ARTURO REINA

SECRETARIO GENERAL: LICENCIADO RAMON F, IZAGUIRRE

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.

DECANO: DR.DAGOBERTO ESPINOLA MOURRA

VICE-DECANO: DR.MARCIAL VIDES TURCIOS

SECRETARIO: DR .MARIO G. CASTEJON

PRO-SECRETARIO: DR .JAIME HADDAD Q,,

VOCAL: DRA.^{MARI}_A ELENA DE RIVAS.

VOCAL: DR.LUIS FELIPE DECKER.

VOCAL: BR oJOSE ENRIQUE SAMAYOA

VOCAL: BE.JOSE E. SELAYA

VOCAL: 3R.JUAN PEREZ.

VOCAL BR.LUIS ROGELIO GARCIA

TRIBUNAL EXAMTMannp

DRo RENE DIAZ SALINAS (COORDINADOR) Rjv*

DANILO FAJARDO CABRERA „
DR* SALVADOR LOVO LOPEZ VILLA

SUSTENTANTE

BR. HENA LIGIA MADRID DE TORRES

PADRINOS

PROFESO, JOSE ANGEL MADRID CH

CAPITAN EDWIN TORRES.

LICENCIADO ELIAS LÍZARDO.

I N D I C E

INTRODUCCION

REVISION BIBLIOGRAFICA

TRABAJO DE INVESTIGACION SOBRE ASPECTOS PSICOSEXUALES DE LA MUJER
ADOLESCENTE EN LA ESCUELA NORMAL DE VILLA AHUMADA,, DANLI.

EL PARAISO

1. OBJETIVOS.
2. MATERIAL Y METODOS
3. RESULTADOS Y DISCUSION

CONCLUSIONES

ANEXO

ANTEPROYECTO Y CONSIDERACIONES PARA ELABORACION DE UN PLAN DE EDUCACION SEXUAL
PARA ADOLESCENTES EN ESCUELA SECUNDARIA.

BIBLIOGRAFIA.

A LA MEMORIA DE MIS ABUELA

A MIS PADRES A MI ESPOSO Y MI

HIJO A MIS HERMANOS Y CUÑADAS

A MIS FAMILIARES A MIS

MAESTROS A MIS COMPAÑEROS A

MIS AMISTADES

A LA MUJER....

La presente tesis es un trabajo mixto concebido con el deseo de investigar y comparar algunos aspectos importantes dentro de la vida de la mujer.

Incluye una revisión bibliográfica donde se han reunido trabajos resumidos y conclusiones acerca de los aspectos psicosexuales del adolescente.

Estudios muy recientes incluidos aquí nos permitirán a su vez - tener presente algunos datos estadísticos de otros países (ya que en - el nuestro es el primer estudio de esta clase que se está haciendo y - que estoy segura será el inicio de un interés general), para poder con ello establecer comparaciones y conclusiones.

Se presenta además como la parte medular de esta tesis un trabajo de - Investigación sobre Aspectos Psicosexuales de la Mujer Adolescente extraídos los datos de una muestra hondureña femenina muy significativa*- Las alumnas de la Escuela Normal de Villa Ahumada, Danlí. El Paraíso - donde llegan estudiantes mujeres de todas las ciudades y pueblos de - Honduras en edad adolescente, muchachas que están a la vez en formación profesional magisterial y que como es lógico pensar serán las responsables de la educación futura de los niños de Honduras.

Anexo a este estudio y surgiendo del parecer del 100% de los encuestados de la necesidad que tienen de educación sexual, se incluye un anteproyecto de lo que puede ser, bajo un análisis más conciente y minucioso por personas entrenadas o capacitadas al respecto, un plan de educación sexual en adolescentes que está elaborado tomando en cuenta las -

mismas respuestas de las alumnas encuestadas donde tienen más fallas - y conceptos erróneos y considerando los temas en forma progresiva y gradual desde el I hasta el III año de Diversificado.

La presentación de los datos en punteo y porcentaje dan al lector una idea concisa sobre cada uno de los aspectos investigados, estableciendo conclusiones para cada uno de ellos comparando estos datos con los ya' mencionados en la Revisión Bibliográfica algunos de los cuales - coincidieron y otros no.

Debemos señalar aquí la buena colaboración brindada por las alumnas - de dicha escuela, en sus maestros y Directora del plantel educativo.

Encontramos siempre algunas respuestas ambivalentes u otras que se limitaron a no contestar a pesar de haberse hecho entrevistas previas - de preparación para llenar las mismas, lo cual es bastante significati; vo en nuestro trabajo ya que deja ver la influencia de factores religiosos, morales y ambientales que impiden que el adolescente se manifieste con sinceridad en estos aspectos.

11. REVISION BIBLIOGRAFICA

A) ASPECTOS GENERALES DEL ADOLESCENTE

1. Imagen corporal
2. Independencia
3. Coherencia en las relaciones
4. Identidad.

B) PUBERTAD Y MENARQUIA

1. Influencias intrauterinas y genéticas
2. Factores Post-natales que influyen en la pubertad.
3. Mecanismos Neuroendocrinos
4. Fisiología de la pubertad.
5. Evolución de la pubertad. Edad promedio en que comienzan los cambios puberales en la mujer estadounidense (Tanner)
6. Menarquia. Edad promedio de la menarquia
7. Reseña Histórica de Conceptos sobre Menstruación.
8. Conceptos actuales sobre menstruación.
9. Fisiología de la menstruación.
- 10, Problemas de la menstruación en la adolescente.

C) EXPERIENCIA SEXUAL EN LA ADOLESCENTE

D) EL PROBLEMA DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE

- 1) Causas

E) Técnicas anticonceptivas usadas por las adolescentes

- 1) Anticonceptivos ingeribles.

- 2) Dispositivos intrauterinos.
- 3) Métodos de "Barrera Mecánica"
- 4-) Anticonceptivos después del coito
- 5) Coito interrumpido.
- 6) Abstinencia periódica.
- 7) Abstinencia o sexo sin coito.

F) ABORTO EN ADOLESCENTES

G) ESTERILIZACION EN ADOLESCENTES.

A) ASPECTOS GENERALES DEL ADOLESCENTE

Los adolescentes son personas especiales. Entre la pubertad y los 18 años de edad los adolescentes no se asemejan ni a los niños ni a los adultos. En este año de transición comparten características de ambos, y además tienen algunas propias e individuales. Aún más su estado de transición no es estático ni uniformemente progresivo.

La naturaleza fundamental y la rapidez de la transición de la niñez a la vida adulta exigen que consideremos a la adolescencia como una fase separada del desarrollo. La adolescencia además de tener un carácter transitorio también tiene aspectos delicados y difíciles.

Las personas que tratan adolescentes, como padres, maestros y médicos fácilmente se enfrentan a situaciones difíciles e incómodas. El dilema en el terreno médico se manifiesta por el hecho de que no hay un especialista en adolescentes. Los jóvenes en esta etapa son ya - muy grandes para el Pediatra y muy jóvenes para el internista y apenas si caben en algunas de las categorías de la medicina clínica, así como en los roles de la sociedad, en términos generales. Por fortuna en el énfasis cada vez mayor que se ha dado a la asistencia - médica y la medicina familiar el adolescente recuperará la confianza en su médico.

Por ello al tratar con adolescentes más que con cualquier otro grupo los médicos necesitan una "estructura" conceptual de la cual sepan - lo que ocurre en la psique de los jóvenes en estos años.

Sin dicha estructura el médico puede encolerizarse, desconcertarse o - divertirse por la conducta que siguen pero rara vez adquirir los cono-

cimientos y datos necesarios en grado suficiente para que le sean Útiles, con el conocimiento psicológico previo el médico en ocasiones percibe la adaptación regular y difícil de la conducta en un esquema significativo .

Un esquema de la adolescencia incluirá básicamente cuatro temas del desarrollo **psicológico** en esta etapa: imagen corporal, **independencia**, **coherencia** en las relaciones e identidad.

1) ~~IMAGEN CORPORAL~~ Los cambios biológicos en la adolescencia tanto en el cuerpo en forma general como en los órganos sexuales., son bien conocidos sin embargo existe una apreciación no suficiente del importe psicológico profundo de estos cambios. Durante la adolescencia las - personas maduran biológicamente, su aspecto cambia en forma impresio- nante , comienzan las funciones sexuales y terminan asemejándose a los adultos. El término imagen corporal creado por Silder y perfeccionado por Kolv, denota La imagen que de nuestro cuerpo tenemos en la mente, esto es la forma en que nuestro cuerpo se representa ante nuestro yo'' En la adolescencia la imagen corporal debe Pasar por cambios fundamentales para integrar los grandes cambios somáticos en evolución. Integrar estos cambios somáticos en una nueva imagen mental es algo más que el hecho sencillo de mirarse en el espejo y entrafia las impresiones y sensaciones percibidas de: las sensaciones y las percepciones - corporales directas, las reacciones de actitud y valoración que el propio adolescente tiene a estos cambios y por último la percepción que - tiene de las actitudes y valoraciones de otras personas en cuanto a su

cuerpo en maduración.

Además , el adolescente constantemente valora y adopta actitudes en relación con estos cambios corporales. Para hacerlo se basa en los restos concientes e inconscientes de la experiencia personal.

De este modo para algunos la maduración sexual desencadena vergüenza - y para otros el desarrollo muscular sobrepasa al del padre y ello puede complicar en forma importante la actitud del adolescente hacia su - propio cuerpo y la que tiene hacia el de su padre, en especial si el - padre siempre ha equiparado su condición y vigor corporales con el dominio y la masculinidad. Cada aspecto y cambios finos en el desarrollo corporal en esta situación son valorados a la luz de los propios re- - cuerdos actitudes y conflictos del adolescente hacia su cuerpo, parte del mismo y el cuerpo de las personas que tienen importancia para el.

Por otra parte para jovencitas y jovencitos es de extraordinaria importancia que el cuerpo tenga el máximo atractivo y " adecuación para la masculinidad o femineidad" Una mirada aprobadora o un comentario de - desaprobación pueden alterar substancialmente la trama psicológica del adolescente.

La semejanza física externa que es resultado de la aceptación indiscriminada de las modas" en el vestir de sus compañeros y amigos, se explica en parte por el temor del adolescente a manifestar los caracteres individuales de su psique, que sean objeto de juicio y en parte - por su necesidad de ser aceptado por sus compañeros.

El resultado de este proceso complejo es una nueva imagen corporal una

nueva representación mental y nueva valoración de los cambios habidos en el cuerpo.

La importancia central de la imagen corporal para el concepto naciente que el adolescente tiene de sí mismo, hace que la aparición de enfermedad física en esta etapa sea un hecho particularmente grave y amenazador. Los problemas que tienen consecuencia en la imagen física importaban en grado sumo a jovencitas y jovencitos. Otra enfermedad que altera los caracteres sexuales primarios y secundarios, como criptorquidia o ginecomastia, también tienen consecuencias psicológicas profundas. El médico en estas circunstancias debe conocer y ser sensible a las vulnerabilidades particulares de la adolescencia, al valorar las quejas y molestias físicas a la luz de los problemas de la imagen corporal .

2) INDEPENDENCIA

Junto con los cambios en el cuerpo y la imagen corporal aparecen otros cambios psicológicos importantes y entre ellos el esfuerzo por ser independiente y autónomo. La adolescencia es el lapso en que es necesario intercambiar la dependencia de la niñez por la independencia del adulto. Gran parte de los rasgos conmovedores y algunos aspectos de la adolescencia dependen de las vicisitudes de este proceso de desarrollo

El comienzo de esta fase es repentino. Los padres aprecian que su auto-bridad antes acatada ahora es combatida y rebatida en rigor. El adolescente defiende celosamente su derecho o sea sus propias decisiones insiste en sus criterios y aborda los problemas a su modo. Rechaza seria-

parte de un sistema social cohesivo y de apoyo. En el mundo de los adolescentes las relaciones no se alcanzan pasivamente, pues cada individuo debe iniciar el contacto por si mismo con los demás y tener algo con que contribuir para así lograr éxito. La reciprocidad es la regla. En una relación entre amigos y compañeros no se puede recibir sin dar. Muchos adolescentes fracasan en este punto inicial del desarrollo

Se sienten ya incómodos en el papel de 'niños' que tienen en la familia pero simultáneamente carecen de las "pericias" o habilidades sociales para ingresar al mundo de sus coetáneos o la confianza para exponerse al rechazo en este contexto.

Una vez que el adolescente define el grupo al que pertenecerá este último comienza progresivamente a definirlo de tal forma que su iniciativa para establecer relaciones retorna a si mismo como un reflejo, como contribución a su identidad.

Un aspecto de enorme importancia y nuevo para el adolescente es la sexualidad. La capacidad de establecer relaciones íntimas en este lapso elemento sexual clave, sea homosexual o hetero sexual. Este componente sexual.

4) IDENTIDAD

La identidad contesta a la pregunta ¿Quién soy? El concepto de identidad usado originalmente por Erikson se ha definido como "la percepción psicológica de la propia persona en el tiempo, con la percepción recíproca que los demás tienen en la identidad personal".

En otras palabras, la identidad denota la percepción del adolescente de

quién es él, así como una percepción de la valoración de los demás en cuanto a lo que él es. La identidad, en su forma particular, está definida parcialmente por la propia persona y en parte es confinada por la sociedad. Es un concepto global con muchas dimensiones.

B. PUBERTAD Y UEHAROUIA

La maduración psicosexual es un proceso de desarrollo que comienza desde la vida intrauterina y alcanza su plenitud en la vida adulta. Es - un proceso multifacético en el que participan elementos genéticos ambientales, nutricionales y endocrinos en el ser humano. El efecto prenatal de hormonas de diferenciación psicosexual no es totalmente decisivo pero sí influye en forma importante en la asignación postnatal de sexo y el "sexo de crianza". El impacto de la pubertad es más profundo en la adolescente que en el joven coetáneo. La menarquia es mucho más definitiva que una polución nocturna o la apreciación del hecho de que se es capaz de eyeculación.

La menstruación en esencia, es una de las características capitales de la pubertad que reaparece durante el resto de la vida reproductiva.

En 1922 Marshall definió la pubertad como el "período en el cual el organismo se vuelve sexualmente maduro, y que se caracteriza por la aparición de cambios generales por los cuales los dos sexos se diferencian totalmente. Es un período en que las características sexuales secundarias se aprecian con mayor nitidez, y los órganos esenciales de la reproducción aumentan de tamaño notablemente*'. .

La pubertad suele ocurrir durante varios años y se caracteriza por crecimiento lineal, maduración fenotípica y sexual menstruación, ovulación, y la capacidad de procrear. Culmina con el logro de la madurez psicose

xual .

1) INFLUENCIAS INTRAUTERINAS Y GENÉTICAS

Las gonadas en la vida intrauterina se diferencian bajo la influencia del complemento cromosómico asignado al feto. La diferenciación inhibitoria neutra sigue líneas más femeninas. La diferenciación masculina ocurre solo en presencia del cromosoma "Y" mero tiene la capacidad de organizar las gónadas indiferenciadas en testículos, con el desarrollo de cordones sexuales, tubos seminíferos y células de Leyding. Esta gónada tiene la capacidad de participar en la esteroidogénesis durante la vida intrauterina y secreta hormonas masculinas que a su vez modificarán el aspecto fenotípico de los genitales externos.

En ausencia del cromosoma "Y" las gonadas indiferenciadas se desarrollan para dar los ovarios que conservan la corteza, que predomina sobre la médula ovárica. Además los cordones sexuales muestran regresión en su tamaño. Si hay anomalía cromosómica, como la Aneuploidia, en la cual falta un cromosoma sexual (como en el caso del Síndrome de Turner, con el tipo X 0) el feto muestra una diferenciación característica femenina.

En experimentos se ha logrado modificar el control genético del desarrollo gonadal. Cuando se inyecta un antiandrógeno (acetato de ciproterona) en las ratas arenadas el feto macho no responde a los andrógenos testiculares y el primordio de los genitales externos no se diferencia para dar el pene, el prepucio o el escroto y en vez de ello muestra una diferenciación a los homólogos que aparecen a los genitales externos de la hembra, esto es, clítoris y labios. Otras ratas castradas antes

de la pubertad para evitar la producción de andrógenos por los testículos y a los que se administran estrógenos y progesterona como sustancias de reposición, maduran en forma de hembras desde el P.U. fenotípico y desde el P.U. psicosexual, se comportan como tales en presencia de los machos.

En los seres humanos la mayoría de los neonatos con el síndrome adrenogenital o un tipo de hermafroditismo femenino inducido por progestágeno se diagnostican con precisión desde el período neonatal y se les asigna sexo femenino, para ser criados como tales. Pueden necesitar corrección quirúrgica apropiada y reposición hormonal. La androgenización prenatal puede diferir el comienzo de la pubertad en un año, en promedio. En algunas personas el retraso es mayor y posiblemente origina amenorrea, pero no es lo común.

Las mujeres con el antecedente del síndrome androgenital pueden menstruar, procrear y amamantar incluso si la administración de cortisona no se comenzó en los principios de la vida adulta.

Pruebas recientes indican que el estilbestrol, ingerido por la madre, alterará el crecimiento y desarrollo del aparato reproductor de la hija, e interferirá en la maduración normal del epitelio vaginal. Además estas mujeres pueden presentar disfunción menstrual e infertilidad y un riesgo relativamente mayor de sufrir adenocarcinoma vaginal. La pubertad y la menstruación son influidas de modo natural por factores genéticos y por el medio intrauterino al cual está expuesto el feto.

2) ~~Factor~~ FACTORES POSTNATALES QUE INFLUYEN EN LA PUBERTAD,

Los factores postnatales que influyen en el comienzo de la pubertad .
incluyen clima, temperatura, nutrición, salud y enfermedad e integridad al mecanismo neuroendocrino.

Varón y Cristian han señalado el retardo de la maduración sexual en animales sometidos a situaciones de "tensión fisiológica" este retardo pudiera ser resultado de la mayor producción de andrógenos por las suprarrenales y podría suprimir el grado de secreción de gonadotropina necesaria para la estimulación ovárica.

La nutrición probablemente influye en la pubertad en mayor grado que cualquiera de los otros factores ambientales revisados, la desnutrición retarda el comienzo de la pubertad en humanos. Las enfermedades crónicas como diabetes, nefropatías, tuberculosis y otras de tipo debilitante, pueden retardar la maduración sexual.

Tanner señaló que hasta donde puede estimarse ni el clima ni la raza influyen en el momento en que comienza la adolescencia como lo hace la nutrición al menos cuando las diferencias en los estados nutricionales son amplias.

La observación de la edad de comienzo de la menarquia como índice de crecimiento ha sido ampliada por los datos de que,, a pesar de que las jovencitas crecen con distinta rapidez, la menarquia temprana o tardía por lo regular aparece con un peso corporal (magro) similar (aproximadamente b , kg). El comienzo de la aceleración del crecimiento de la adolescencia, el peso máximo que normalmente

precede a la menarquia -

y la propia menarquia, todos concurren con el momento en que la joven- cita cieñe el mismo peso magro, pero en una fecha significativamente - ulterior en jovencitas desnutridas que en las bien nutridas del mismo grupo étnico. Las jovencitas que maduran en etapa temprana y maduran - en 'etapa tardía no difirieron significativamente en peso al aparecer cada uno de los fenómenos. La liberación de estrogénos almacenados y su paso a la circulación dependen de un mecanismo que comprende la presencia de depósitos grasos adecuados en el cuerpo. La liberación - constante de estrogénos es importante para controlar los mecanismos - de retroalimentación que participan en la función menstrual. Se sabe - que la subnutrición y la desnutrición durante el crecimiento de la pre adolescencia retardan la aspiración de la fase de crecimiento rápido - en la adolescencia e incluso en el momento en que aparece la menar- - quia.

Zachanás y Wirtman revisaron a fondo los diversos factores que influyen en la edad en que comienza la menarquia. La situación geográfica en si parece tener escasa o nula influencia en la fecha promedio en - que comienza la menarquia. Otros factores que podrían influir en dicho fenómeno serían altura, luz y variaciones estacionales, aunque los datos en estos aspectos pueden ser relativamente antagónicos. Los factores socio-económicos como salud pública o individual, tamaño de la - familia y vida urbana en comparación con la vida normal, parece influir en la edad de la menarquia. El único factor* constante que parece in- - fluir en forma positiva, en la fecha de la menarquia es el estado nutri- cional en la población en estudio.

3) MECANISMOS NEUROENDOCRINOS

Se ha confirmado plenamente la relación que existe entre las lesiones del S.N.C. y las anormalidades del desarrollo sexual. Dichas lesiones varían debido a secuelas de cambios post inflamatorias, a tumores cerebrales. Sólo hasta que Donovan y Van der Werfften Bush demostraron - el retraso de la pubertad por medio de la producción de lesiones hipo- talámicas, se sentaron las bases experimentales para el conocimiento - de la endocrinología de esta etapa de la vida. Smith y Davidson demostraron que pequeños implantes intracerebrales de estrógenos en ratas - inmaduras impedían el desarrollo puberal de los ovarios y útero y retardaban la fecha de abertura vaginal, solo cuando el implante estaba en la región de la eminencia media, empero, el efecto retroalimentario negativo era suficiente para causar atrofia útero ovárica. Casi en el momento de la pubertad suele haber sensibilidad a los estrógenos. Por estas razones cabría postular que en la mujer, un incremento en el umbral de un elemento "controlador retroalimentario negativo" de la eminencia media, originaría un aumento gradual en el nivel circulatorio - de estrógenos. Al aumentar el nivel de estrógenos por un mecanismo » controlador retroalimentario positivo" en la región anterior del hipo- tálamo se transmitirán los impulsos a la eminencia media, lo cual causaría secreción de gonadotropina producción de estrógenos por el ovario y como consecuencia la abertura de la vagina.

La glándula pineal participa en el control de varios procesos de la reproducción. Uno de esos productos es la melatonina, y la administración sistemática de esta hormona a ratas normales inhibió significativamente

la secreción de hormonas luteinizantes. Se ha achacado a esta acción - de la melatonina el controlar el comienzo de la pubertad.

La luz parece afectar la función de la glándula pineal y este efecto - es medido por cuatro células receptoras en el ojo que transmiten el impulso a través de las vías ópticas sensorias, a las células secretorias de la glándula pineal. Al parecer este es el mecanismo por el - cual se retarda en las ratas la pubertad . En la mujer no ocurre de - este modo. La menarquia es mas temprano en jovencitas ciegas, pero pu
diera guardar relación con el hecho de alcanzar un peso corporal crítico en edad más temprana.

En fechas recientes se han empleado los ritmos biológicos para identificar los mecanismos neuroendocrinos, en la forma en que se relacionan con la función hipofisaria-hipotalámica. El comienzo de la pubertad del ser humano puede identiforme por el estudio de patrones de secreción de hormonas folículo estimulantes y luteinizante, durante el - sueño. La secreción de estas hormonas no sólo sigue un ciclo pulsátil sino que también parece tener un ritmo circadiano. Esta fase inicial de la pubertad dependiente del Sistema Nervioso Central, aparece en - etapa tardía antes del comienzo de la pubertad clínica en niñas prepuberales. El lapso mayor del sueño se acompaña de mayor secreción de las hormonas mencionadas. Como dato concomitante la secreción de estradiol no aumenta simultáneamente con la de gonadotropina durante el sueño, sino que en vez de ello alcanza un máximo al medio día siguiente en un - momento en que la secreción de gonadotropina es mínima.

Cuando se estudian durante las pruebas de sueño las jovencitas púberas parecen no tener tal retardo en la secreción de testosterona por los testículos. Desde el P.U. clínico esta relación de un incremento - en la secreción de gonadotropina durante la fase del sueño sería esencial para la maduración pues los adolescentes necesitan mayor cantidad de sueño que las personas de otros grupos de edad. De este modo, - en relación con la homeostasia, el incremento en el sueño permite que aumente la secreción de gonadotropina lo cual, a su vez permite un aumento en la producción de esteroides sexuales que participan en la maduración sexual del individuo,

4) FISIOLOGIA DE LA PUBERTAD

La pubertad es iniciada por el incremento en la síntesis hipotalámica del factor liberador de hormona luteinizante, tal vez por el tamaño - corporal y la tasa metabólica basal, disminución en la inhibición de esteroides y de la glándula pineal e influencias aminogénicas cerebrales y nerviosas.

Antes de los 8 años de edad y durante la pubertad hay un incremento - lineal y progresivo global en la concentración de gonadotropina en suero y en el, es mayor el incremento de hormona foliculo estimulante - que de hormona luteinizante. Esta es parte esencial del mecanismo de - la pubertad. Sin embargo el estradiol sérico sigue en niveles bajos - hasta los 10 años de edad, período en que rápidamente alcanza los niveles **que** se observan a **los 14 y 15** años. Este aumento **del** estradiol es desencadenado por una disminución del nivel de sensibilidad de la re-

troalimentación negativa a estrógenos por el hipotálamo» la cual nace que reaccione ■ a los estrógenos con disminución en la secreción de - hormona foliculo estimulante. Esta disminución en la sensibilidad es un mecanismo importante para que aumenten las gonadotropinas y con ello aparezca la pubertad. La retroalimentación hipotalámica negativa al estrógeno es mas primitiva y básica que la del tipo positivo. La primera aparece durante toda la vida y tiene una respuesta más rápida con un nivel menor de estrógeno.

En los comienzos de la pubertad e incluso antes de la menarquia, los cambios burdamente cíclicos de la secreción de la gonadotropina (FSH) aparecen en un período de días o semanas, con estimulación folicular - y regresión, y niveles alternantes de estradiol.

El comienzo de la pubertad se caracteriza por "oscilaciones pulsátiles" y nocturnas de hormona luteinizante, en la circulación y esto pudiera ser la definición fisiológica de la pubertad.

En etapa ulterior de este período, estas "pulsaciones¹ o cambios pulsátiles aparecen durante el día también.

La orina de la noche muestra pequeños incrementos en la cantidad de - hormona luteinizante, mucho antes del comienzo de la pubertad.

Entre la etapa media y el final de la pubertad en primates aparece un nuevo mecanismo de retroalimentación positiva hipotalámica a estrógeno, de tal forma que el nivel de estrógeno. que aumenta rápidamente en la -

etapa mesocíclica, pone en marcha un incremento de hormona luteinizante y la disminución de la hormona luteinizante que da por resultado la ovulación, en presencia de desarrollo folicular normal. El mecanismo - de retroalimentación Positiva depende de la maduración hipotalámica hipofisiaria, pues puede ser producido incluso si faltan los ovarios.

Aunque el mecanismo de retroalimentación positiva puede ser paradójico ante el mecanismo de retroalimentación negativa ya establecido, el primero necesita de un nivel sérico mayor durante un lapso más prolongado (por lo menos 24 a 36 horas) en el cual hay una disminución temporal de gonadotropina y un incremento de gonadotropina 36-72 horas después de administrar estrógenos en la parte adecuada del ciclo.

La presencia de retroalimentación positiva puede demostrarse por medio de una prueba de estimulación con estrógeno. En la etapa intermedia - de la pubertad aparece una respuesta al clomifeno, lo cual indica que los mecanismos de retroalimentación negativo y positivo están intactos. 5) EVOLUCION DE LA PUBERTAD

Por lo regular la pubertad comprende una serie ordenada de fenómenos que pueden apreciarse mejor en la clasificación de Tanner de los - cambios puberales con base en el desarrollo de los senos y el vello púbico.

CLASIFICACION DE TANNER DEL DESARROLLO DE LA ADOLESCENTE

ETAPA	SENOS	VELLO PUBICO
I	Elevación del pezón en la preadolescente .	Ninguno j
II	Senos y pezones; pequeñas elevaciones	Escasos, largo y moderadamente pigmentado.
III	Senos y areolas confluyen'; v muestran elevación.	Más obscuro, grueso y rizado.
IV	Areolas y pezones sobresalen por arriba del seno.	Distribución característica del adulto solamente en el pubis.
V	Los pezones sobresalen y se alcanza la madurez	Distribución lateral.

 EDAD PROMEDIO EN QUE COMIENZAN LOS CAMBIOS PUBERALES EN LA MUJER ESTADO

UNIDENSE

EDAD	CARACTERISTICAS ;
9 a 10	Comienzo de la aceleración del crecimiento lineal, Crecimiento de pelvis osea. Depósito de grasas siguiendo el contorno femenino. Los pezones sobresalen.
10 a 11	Aparición de vello púbico (pueden anteceder al desarrollo de los senos en 10 por 100.
11 a 12	Aparición de secreciones vaginales.Crecimiento de genitales internos y externos . Aumento del contenido de glucógeno en la vagina, disminución de pH
12 a 13	Pigmentación de la areola, Crecimiento de los senos.
13 a 14-	Aparición del vello axilar. Incremento en la cantidad de vello púbico. Acné (en 75 a 90 por 100) Menarquia.
15 a 16	Detención del crecimiento esquelético .

Tanner no considera aquí el tono de la voz, que se hace más bajo, lentamente y durante un período prolongado» y la vigilancia del psiquis--- moj después del choque emotivo de la primera regla, (por lo que debemos insistir más sobre la necesidad de explica! a las niñas pequeñas ... el significado y la higiene de la menstruación), se observa el desarrollo progresivo de la personalidad sexual con aparición de la coque-

GRAFICA

COMIENZO DE LA PUBERTAD -

(Talla y metabolismo basal corporales, disminución de la inhibición por acción de esteroides y glándula pituitaria, influencia de hormonas amínicas, cerebrales influencia nerviosa.)

ACCION DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL f
EXTRAHIPOTALAMICO

/
/
1 PRODUCCION DEL FACTOR DE LIBERACION / /DE
HORMONA LUTEINIZANTE, POR EL HI- / / /
POTALAMO.
/ /

/ /

HORMONA FOLICULOESTIMULANTE DE LA
ADENOHIPOFISIS

> J '

Disminución de la
retroalimentación
negativa o

U

OVARIO
ESTROGENO "

i

UTERO
i
ENDOMETRIO PROLIFERATIVO

!

HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL

tería, la afectividad y la sensibilidad de tipo femenino.

6) MENARQUIA

COMIENZOS DE LA VIDA MENSTRUAL ALGUNOS DATOS ESTADISTICOS
IMPORTANTES.

Antes de las primeras menstruaciones, hay una serie de características de fenómenos que comienzan por los 8-9 años de edad. i')

■fea rosnarquia ocurre en un momento en que se identifica el creciraehto lineal. Unos seis meses antes de la menarquia hay una leucorrea fisio- infice por la descamación de células del epitelio vaginal y moco endo- cervical, que es el resultado de la estimulación de estrógeno.

La aparición del primer período menstrual (menarquia) es considerado por todas las jovencitas como el comienzo y no la culminación del proceso de maduración. .jila y su madre lo considerarán como una etapa importante en su identificación como mujer, Hay que insistir en su carácter natural, en la importancia y los conceptos positivos de este fenómeno, para que la niña lo acepte sin trabas.

edad promedio de la menarquia. En la población estadounidense ha disminuido progresivamente durante los 'últimos **100** años, casi todas las jovencitas comienzan a reglar a los 13 .años de edad, sin embargo no es raro que una niña de **10** años de edad muestre este fenómeno.

En el primer año de la menarquia o primer año ginecológico 55.7* de - las menstruaciones no se acompañan de ovulación y per el octavo año en

** aparece Mte ^{jer} reguláronte dicha cifra di, •
 3 cirra disminuye a 6.6 S
 se necesita un promedio de **15** ^r
 "neSe" para completar los primeros 10 ci-
 clos menstruales, y este nromedir, i-c
 'hd p^{9m3n}^ido constante durante los
 30 afios ^r ^ adll'~ - * -r ciclos da duración -
 11 v^{IG} °s x°llcula^es y luteinicos breves.

?> S^JSSSSCiMMBEPwg SOBRE

Durante siglos la menstruación permaneció envuelta en el misterio v
 un incontables supersticiones, entre los salvad», " .
 djes; la mujer se con-
 sideraba "tabÜ" dimpn+o i-,
 aerante la menstruación.

Plmio en su historia natural, J_a encicloned-in -
 3 enciclopedia mas antigua conocida
 1CS " 31 aC6rCarSe « ^1 estado el vino nuevo se agria
 las semillas que toca se torna estriles, se agota el césped, se
 abrasan las plantas de los jardines y caerdn las frutas del úrbol a
 cuya sombra se siente"

Hn estado menstrual, la mujer era objeto de gran temor y existia la
 prohibición general de tener contacto con ella bajo nena de casti-
 gos terribles, en muchas re_giones del mundo las muleras eran sanara-
 is de la sociedad durante el periodo menstrual y para ello se les
 construían chozas p<!nppiai-,r
 ... " cierta distancia del pueblo, estaban
 Obligadas a pintarse la cara de color vivo a usar un, a
 3 -i usar una mascara y
 vestidos especiales y a e-itar> iT,
 - «-«a. .Impura, impura! , cuando alguien se -
 ..es acercaba.

hebreos daban importancia ai +--KC
 1 CM al tbi o según la ley mosaica
 81 " "jer tÍeM "" ^ y osta pérdida de su carne es

mantendrá apartada siete días y quien la toque será impuro hasta en tonces .

En el siglo XVI en el Japón se tomaban precauciones especiales con - las adolescentes, cuando esperaban la menarquia se las tenía, hasta - años en jaulas protegidas contra el sol o en poyos de bambú separadas de la tierra.

En Francia 1655-1737 estaba prohibido que las mujeres que se hallaban en tal período penetraran en las refinerías de azúcar pues su presencia haría que el azúcar se volviera negro. Tampoco se permitía que entrasen en las minas de plata en México pues podrían hacer que desapareciera el mineral.

En 1878, un médico escribió al British Medical Journal relatando dos casos en que el jamón se había echado a perder porque había sido curado por mujeres menstruantes, sin embargo este facultativo no contesto a la pregunta de que pasaría a pacientes atendidos por doctoras - cuando estas se hallaban en período menstrual.

La causa de la menstruación dio origen a muchas hipótesis fantásticas y se culpó a dioses, espíritus malignos, cocodrilos y pájaros. En vista de su aparición regular con intervalos aproximados de cuatro semanas era inevitable la sospecha de que la luna era un poder oculto que albergaba hacia el género femenino designios siniestros. El nombre de - este fenómeno de aparición regular deriva del latín *menstrus*, que significa mensual, hace pocos años estaba firmemente arriagada la creencia de que la luna participaba en él, Aristóteles sostuvo que la luna debía

considerarse hembra, porque el "flujo menstrual y el menguante de la luna ocurren" hacia el final del mes y después el menguante y la evacuación vuelven a su estado de plenitud.

En 1704 uno de los médicos del Rey Jorge II, Richard Mead escribió: - "Los antiguos observaron y hoy todos sabemos, la parte tan importante - que tiene la luna en la activación de estas evacuaciones del sexo débil cuyo nombre deriva de la regularidad de su reaparición.

Dos teorías se proponían acerca de la causa de la menstruación.

Iº) La menstruación era una especie de catarsis o limpieza, por la - cual las mujeres se libraban de impurezas y de un exceso de sangre, en segundo lugar se consideraba fenómeno necesario para la concepción o la nutrición del embrión. La sangre menstrual se consideraba como veneno mortal que manejado como es debido podía ser medicamento poderoso. - Freind impugnó las ideas de Regnier de Graff quien vivió en el siglo XVII y sostuvo que la menstruación era originada por un fermento, según algunos autores este fermento actuaba de manera específica en los órganos pélvicos pero de Graff opinaba que se esparcía en todo el organismo y se manifestaba por la hemorragia uterina porque la matriz era el punto débil de la mujer. " La sangre menstrual", escribió: "escapa por los sitios más débiles del cuerpo como el vino o la cerveza que - se fermentan escapan por los puntos mas débiles del barril"

A finales del siglo XVII el francés Levret de standard reconocido, llegó a la conclusión de que la "razón más probable de que sea necesaria la evacuación menstrual consiste en la estructura intrincada de los va-

sos sanguíneos uterinos lo cual hace a este órgano periódicamente susceptible a la plétora vascular.

En 1816 Benjamín P. Kissman, médico de la Marina de Estados Unidos presentó la tesis ⁵¹"Las Funciones del Utero" y decía " " A mi juicio se - han mantenido dos teorías sobre la causa final de la menstruación, la primera dice que es necesaria para preparar al útero para la concepción, la segunda afirma que durante el embarazo tiene la finalidad de mantener al feto, la exactitud de estas opiniones está reconocida por la mayoría de médicos"

En la primera mitad del siglo XIX las viejas supersticiones fueron cediendo terreno a conocimientos científicos más precisos y surgieron - dos conceptos importantes :

- 1) La menstruación guarda relación con el funcionamiento ovárico.
- 2) La ovulación espontánea es posible en la mujer. Después de descubrir el folículo de Graff en el siglo XVII por los holandeses VAN HORN, DE GRAFF y SWAMMERDAM se aceptaba en general que la ovulación sólo se efectuaba en el tiempo de la concepción.

El descubrimiento del óvulo humano en 1827 por VOM BAER allanó el camino para estudios más científicos, Robert Lee en 1834 hizo una interesante descripción de la fisiología del ovario en la mujer y escribió:

■' Hay ciertos hechos que parecen probar que los cambios ocurridos durante la pubertad en la pelvis, las mamas y el aparato uterino de la mujer deben atribuirse no a la influencia del útero sino a la de los - ovarios, no parece ilógico según los hechos que más adelante señalaremos

que todos los fenómenos de ese proceso singular se relacionan con ciertos cambios en los folículos de Graafⁿ

Conforme pasó el tiempo, se presentaron datos adicionales fundados en estudios anatómicos de ovarios de mujeres y de animales y se comprobó de manera concluyente la subordinación de la menstruación a los ovarios „

8) CONCEPTOS ACTUALES SOBRE MENSTRUACION. NEUROENDOCRINOLOGIA.

El ciclo menstrual maduro comprende una compleja serie de reacciones de retroalimentación positiva y negativa, cíclicas con interrelación endócrina y neurológica que aún no se han dilucidado del todo.

Las partes principales que participan son el hipotálamo, la adeno-hipófisis y el ovario. El sistema Nervioso Central y los centros de integración del hipotálamo reciben e interpretan información de tal forma que hacen que las células neurosecretoras hipotalámicas de la zona ventro mediana, como vía final común produzcan un deca- péptido llamado factor liberador de hormonas luteinizantes (LHRN) también llamada sustancia liberadora de hormona luteinizante.

El factor liberador de hormona luteinizante probablemente es secretado en forma pulsátil por los neurotransmisores biógenos catecol-ámicos.

El decapeptido es transportado por el sistema de venillas y capilares hasta la adenohipófisis. El LHRH hace que las células de la adenohipófisis secreten hormona estimulante de los folículos (FSH) y hormona luteinizante (LH) y en un momento adecuado producen el

incremento máximo en la cantidad de hormonas lUteMzanteS.

La fase madura folicular diurna de la hormona luteinizante sérica - muestra pulsaciones regulares a cada una o tres horas . En la fase luteínica la frecuencia de "pulsaciones" disminuye a 1 o 2 en seis horas aunque con incrementos mayores. Las pulsaciones de la hormona estimulante del folículo son irregulares.

Hay muchos puntos no aclarados del todo, parece haber solamente un factor liberador de hormona luteinizante que hace que se secreten de manera independiente la hormona folículo estimulante y la hormona luteinizante . El factor liberador sintético de la hormona luteinizante estimula la secreción de ambas. Igualmente intrigante es el hecho de que, a pesar de que el factor liberador de hormona luteinizante está en concentración máxima en el hipotálamo, también lo está en todo el cerebro en una cantidad total todavía mayor, lo cual sugiere otras funciones desconocidas .

Otra cuestión poco clara es que hay un factor inhibidor de hormona - luteinizante, de ritmo cíclico que en hipotálamo impide que la hormona luteinizante salga de la membrana de las células adenohipofisarias, - para permitir su acumulación de tal forma que se alcance una máxima concentración cíclica. Cuando el factor inhibidor señalado no actúa, se produce una "salida" constante de hormona luteinizante, no se produce el fenómeno cíclico y probablemente aparece el síndrome de ovario poliquístico.

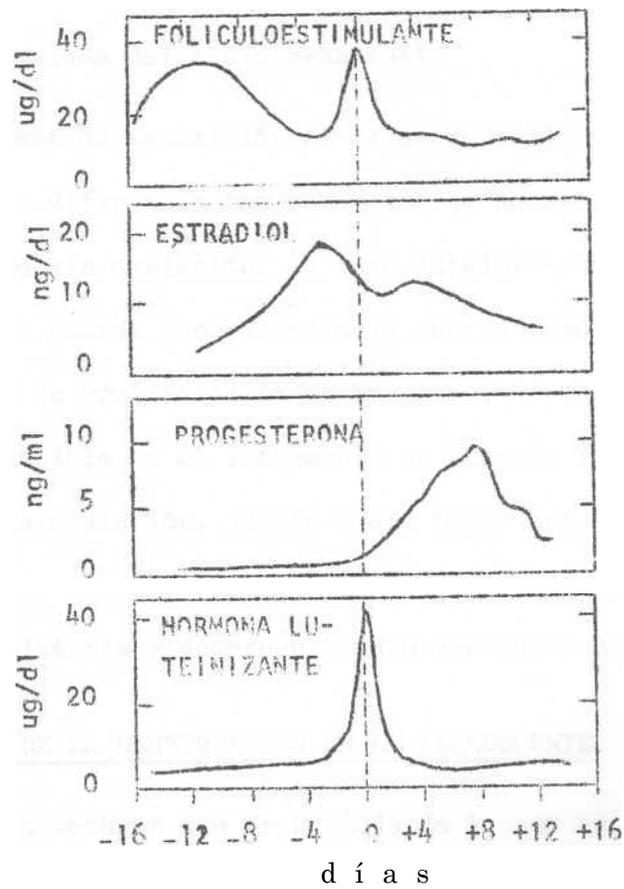
9) FISIOLOGIA DE LA MENSTRUACION

En la mujer madura se necesitan los mecanismos de retroalimentación negativa y positiva para el ciclo ovulatorio con la regresión del cuerpo amarillo y disminución ulterior de estradiol y progesterona (y aparición de la menstruación), hay una retroalimentación negativa y aumenta la secreción y la hormona folículoestimulante alcanza una "plataforma" o zona estable más elevada en la fase folicular temprana. La hormona estimulante del folículo estimula el desarrollo de estas estructuras del ovario y también la secreción de estradiol que alcanza un "pico" a finales de la fase folicular. Se ha propuesto que el folículo en desarrollo produce una inhibina que impide el desarrollo de los demás folículos, El nivel elevado de estradiol origina rápidamente disminución de la hormona folículoestimulante por retroalimentación negativa, en la parte central de la fase folicular y en la parte final de dicha fase causa una retroalimentación positiva y un incremento preovulatorio de la hormona luteinizante (y disminución de la hormona folículoestimulante). Después de la ovulación el estradiol y la progesterona disminuyen las hormonas folículoestimulante y luteinizante por medio de una retroalimentación positiva.

Además, el elevado nivel de progesterona impide que el estradiol origine un incremento en la hormona luteinizante por retroalimentación positiva.

La menstruación de tipo ovulatorio maduro aparece después de la -

FIGURA No. 1



EN LA MUJER MADURA, AMBOS SISTEMAS DE RETROALIMENTACION NEGATIVO Y POSITIVO FUNCIONAN PARA QUE PAREZCA EL CICLO OVULATORIO.

inducción, por acción de la progesterona, del endometrio con características secretoras estructuralmente estables. Al mostrar regresión e.1 cuerpo amarillo, hay disminución repentina de los esteroides que resultan en la contracción de las arteriolas helicinas o espirales - del endometrio, isquemia, necrosis., hemorragia, colapso estructural, efecto de prostaglandinas y descamación precisa y uniforme del endometrio a través de la capa esponjosa, con un comienzo repentino., lo cual culmina en la salida del flujo menstrual.

Puede haber fases de transición de la anovulación y la ovulación. Puede no haber una diferencia tan neta como se ha señalado, si la luteinización ocurre sin ovulación, la fase luteínica es breve e inadecuada y no siempre guarda correspondencia con la temperatura corporal - basal; la fase de proliferación es breve o inadecuada por un folículo fcitamente sensible, o el incremento en hormona luteinizante es inadecuado para la ovulación. Además puede haber una fase folicular inadecuada con la ovulación tardía ■ ovulación intermitente aleatoria - hemorragia ovulatoria y desprendimiento irregular del endometrio.

1°) PROBLEMAS DE LA MENSTRUACION EN LA ADOLESCENTE.

Las madres se preocupan con frecuencia de lo que se llaman 'reglas - anormales' de sus hijas; pueden tener razón o no, el médico debe poner las cosas en su punto. Las reglas irregulares. Los ciclos irregulares son posibles, su duración puede ser de 7 a 20 días sin que sea patológica. Por lo tanto no - cebemos hablar nunca de amenorrea u oligomenorrea cuando una adolescen

te presenta ciclos muy prolongados y mucho menos tratarlos .

Las hemorragias: La verdadera complicación que encontramos en la adolescente » la hemorragia uterina.

Aparte de los casos raros que está relacionada con trastornos sanguíneos, una lesión inflamatoria o tumoral del útero, por lo general se debe a una hiperplasia del endometrio. La mayoría de las veces existen menorragias y raras veces metrorragias intensas no dolorosas. No se sabe la causa de esta hiperplasia. Aparece durante los ciclos anovulares y las biopsias del endometrio muestran hiperplasia de tipo estrogénico.

Las reglas dolorosas: la dismenorrea es relativamente rara en las primeras menstruaciones ya que por lo general, los ciclos son anormales - no se sabe porque las contracciones uterinas de los ciclos ovulatorios son dolorosas en algunos casos y en otros no.

En presencia de tal síndrome en una adolescente, por lo pronto debemos tranquilizarla y colmar la preocupación materna, porque el factor psicológico es muy importante, debemos recomendar cuidados higiénicos sencillos: vida regular, régimen equilibrado, ejercicios físicos, deportes al aire libre. Cuando el dolor es intenso, resulta inútil un tratamiento sintomático con compresas calientes, baño caliente, asociación de fenacetina, ácido acetil salicílico y cafeína.

Sólo la persistencia de esta dismenorrea puede llegar a modificar esta -

actitud.

C) EXPERIENCIA SEXUAL EN LA ADOLESCENTE

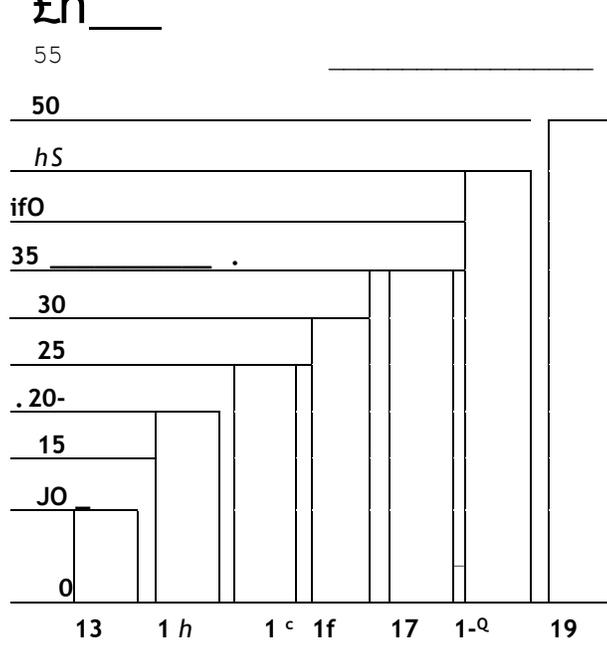
La actividad sexual por lo regular comienza en los años de la adolescencia. De hecho, se estima que 11 millones de los 21 millones de jóvenes entre los 15 y los 19 años de edad tienen actividad sexual. De estos 11 millones, cuatro millones son mujeres, aún más, en promedio 920.000 jovencitas menores de 15 años de edad también muestran actividad sexual. Los datos de 1974 a 1975 indican que a pesar de que menos de la cuarta parte de la población menores de 15 años de edad han tenido ya relaciones sexuales, el número de adolescentes sexualmente activos aumenta con una rapidez constante entre los 13 y 19 años.

Estos datos muestran, por ejemplo que en promedio 10 por 100 de la población de mujeres de 13 años tienen actividad sexual, 17 por 100 de mujeres a los 14 años tienen actividad sexual; y 51 por 100 de las mujeres de 19 años de edad, también la tienen. Aún más, las pautas de la experiencia sexual en la adolescente parecen haber cambiado en años recientes y al parecer hay una mayor frecuencia de actividad sexual entre jovencitas de algunas clases medias, en edad más temprana de lo que acontecía. Por lo expuesto de 1971 a 1973 el porcentaje de jovencitas estadounidenses de 14 años de edad que habían tenido ya relaciones sexuales ascendió de 10 a 17 por 100, en una ciudad del Medio Oeste.

FIGURA No, 2



Porcentaje de mujeres sexual mente activas



PORCENTAJE DE ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS SEXUALMENTE ACTIVAS, POR AÑOS DE EDAD, EN LA UNION AMERICANA ENTRE 1974-1975.

DEL PROBLEMA DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE, CAUSAS ,

Es un hecho desafortunado pero real que las consecuencias de esta mayor experiencia sexual en las adolescentes sea un incremento sin precedentes en el número de embarazos en jovencitas. El mayor número de embarazos en adolescentes ha resultado también en una proporción mayor de partos en este grupo de edad y en la sola Unión - Americana, de cada cinco mujeres que dan a luz, una es adolescente. A pesar de la disminución en los últimos 10 años en el índice de natalidad de las mujeres estadounidenses, en forma global, dicho índice ha aumentado en realidad desde 1971 entre jovencitas de 14 a 17 años. La tendencia es especialmente notable en zonas suburbanas de clase media, como el Condado de Nassau, una zona relativamente acomodada desde el punto de vista económico en el estado de Nueva York en el cual ha habido un incremento en el número absoluto del índice de embarazos (embarazos por 1000 personas de población) - cada año, en los últimos cuatro años.

En términos de la población global, en promedio, un millón de jóvenes de 15 a 19 años de edad se embarazan cada año o 25 por 100 han tenido ya algún grado de experiencia sexual. Dos terceras partes de los embarazos en jovencitas son extramaritales y, en promedio, 30.000 embarazos ocurren en jovencitas menores de 15 años de edad. Más de 600.000 embarazos y la tercera parte de ellos son extramatrimoniales, esto es, jóvenes solteras. Algunos de los problemas que surgen de estos embarazos en jovencitas son;

1) En 1974, 74 por 100 del millón de embarazos terminaron en aborto.

(<+5 de 100 jóvenes de 15 años).

- 2) En 14 por 100 hubo abortos espontáneos.
- 3) En promedio, 200.000 productos nacidos fueron hijos ilegítimos (36 por 100, productos del embarazo de jóvenes menores de 15 años.).
- 4) Los nacimientos ilegítimos mostraron incremento de 75 por 100 - en jóvenes de 14 a 17 años de edad en 1961-1975 lo cual demuestra que para estas fechas la mitad de todos los niños ilegítimos son ya adolescentes.

Los problemas para las adolescentes, como resultado de los embarazos, son muchos, incluida la frecuencia de mortalidad infantil dos a tres veces mayor, frecuencia de pequeños con retardo en el crecimiento del doble de lo usual y frecuencia de anemias y toxemias, aproximadamente 30 por 100 mayor. Además, pocas adolescentes reciben asistencia prenatal, en especial en los comienzos del embarazo (80 por 100 no reciben asistencia alguna en el primer trimestre). Además de los riesgos **en** la salud, los datos muestran que el índice de deserción escolar es del doble entre embarazadas que entre mujeres no embarazadas, que el - riesgo de perder el empleo o depender de los servicios de asistencia social es mayor, al igual que la posibilidad de pobreza económica, por familia. Además, cabe anticipar que el número de hijos de la familia de una mujer que ha tenido un embarazo en su adolescencia, será 30
-
por 100 mayor.

1) ~~ASPECTOS DEL~~ PROBLEMA .DE EMBARAZO EN LAS /mKB&mnS

Ante todo lo expuesto, cabría preguntar cuales son las causas de este problema de salud pública cada vez mayor. En un estudio reciente de las razones por las que no se emprendieron medidas anticonceptivas en mujeres de 15 a 19 años de edad, en comparación con mujeres de 20 a » a«os de edad, se advirtió que en promedio, una tercera parte de las primeras señalaron que no deseaban control natal en el momento de la concepción y que otra tercera parte desconocía los métodos disponibles. En personas de 20 años o mayores estas razones prácticamente desaparecieron, lo cual sugiere que las actitudes son modificadas en gran medida por la experiencia, la enseñanza o ambos elementos. En un estudio de 1971 se aprecia que la ignorancia en cuanto al peligro de embarazos e inaccesibilidad de los servicios anticoncepcionales eran, las razones más comunes.

En cuanto a la ignorancia 80 por 100 pensaron que no se embarazarían porque no estaban en el momento adecuado del ciclo menstrual para ello, y 31 por 100 pensaron que los riesgos de embarazo eran pequeños. Treinta y cinco por 100 adujeron como causa de su embarazo, la inaccesibilidad de los servicios anticonceptivos. Solamente 12.5 por 100 señalaron objeciones morales medicas para usar métodos anticonceptivos; 9 por 100 no les importó embarazarse, 6.5 por 100 desearon embarazarse y 28 por 100 temían que las técnicas anticonceptivas interferían en el placer sexual. En cuanto a la falta de enseñanza la pobreza de educación sexual en el currículo escolar indudablemente fue un factor que participó en la falta de información de mujeres de 15 a 19 años. Solamente

en cinco esta-

dos de la Unión Americana se exige la educación sexual, y los estudios de los profesores estadounidenses de segunda enseñanza que participaron en los aspectos médicos o sanitarios del currículo escolar mostraron que sólo tres de cada 10 enseñaban datos de reproducción, sexualidad y aborto. De los que enseñaban algún tema ■ en relación con la explosión demográfica, nueve de 10 pensaron que los comentarios - sobre los métodos anticonceptivos o el aborto eran demasiado controvertidos. El estudio también señaló que seis de cada 10 programas de enseñanza excluían comentarios sobre el control de la natalidad, -omi- sión que claramente ocurre porque una minoría influyente de padres se oponen a la decisión de enseñar datos del control de la natalidad, - pues cuatro de cada cinco estadounidenses en una edad en que podrían procrear hijos y que estaban con enseñanza secundaria o preparatoria, estaban en favor de la educación sexual y la disponibilidad de servicios anticoncepcionales o adolescentes sin duda, no se podrán hacer grandes progresos para aminorar la epidemia de embarazos en adolescentes si no se suministra educación sexual adecuada a jóvenes, antes -- de comenzar sus actividades sexuales.

También se aprecia.! la falta de disponibilidad de servicios de control de la natalidad, para adolescentes. Un estudio de 1972 demostró que de 128 programas sanitarios "globales" para adolescentes, 75 por 100 - no brindaron servicios de control de la natalidad o consejo sobre aborto. Esta escasez de medios es sin duda causa parcial de datos que señalan los servicios de organizaciones de planeación familiar organizados, y sólo.UM- por 100 de médicos privados.

Cada jovencita o jovencito como parte del proceso de maduración, debe precisar con anticipación el grado de compromiso sexual con el cual él o ella se sientan cómodos y planear el empleo de un método anticonceptivo eficaz. El médico es la persona lógica que debe guiar a los adolescentes a la toma de decisión. Más raras veces algunas adolescentes pueden rechazar el empleo de los anticonceptivos. . porque procrear ~- un hijo^{ls} lo consideran como una reafirmación de una capacidad que los padres o la sociedad por tradición han considerado inaceptable. Para las personas sin educación sexual .la capacidad de procrear un hijo puede participar en las relaciones que surjan entre una pareja. En la joven, dicha capacidad de concebir pudiera ser una forma de afirmar - su independencia, pero también establecer una responsabilidad más constante de su compañero hacia ella. De manera semejante, un joven puede pensar que esta capacidad irrestricta y no protegida para causar embarazo hace que la joven dependa, más de él. Estos factores moti- vacionales conscientes o inconscientes surgen durante el período tran- sicional de la adolescencia, ün factor señalado en menos del 10 por i 100 de los embarazos no planeados en adolescentes es una fuerte convicción moral o religiosa contra el control de la natalidad.

Otro factor que participa en ocasiones en la mayor frecuencia del embarazo no deseado en las adolescentes, es el temor razonable de pérdida de la confidencialidad en el consultorio del médico o en una clínica de planeación familiar.

Por esta causa, es de enorme importancia que los médicos y las organizaciones que se ocupan de las necesidades anticonceptivas de las ado-

lescentes tomen precauciones especiales para asegurar que estas pacientes reciben asistencia en una forma estrictamente privada» al señalarles si pueden enviarles directamente a su hogar las cuentas de pagos» si se puede hablar por teléfono a la joven, etc. En algunas - clínicas en el momento de la primera visita se señala a los jóvenes - algún código cifrado de un posible telefonema de la institución (por ejemplo ■' llama Bertha'¹) Si la joven que busca consejo anticonceptivo se siente bien recibida en la oficina del médico y se asegura la confidencialidad» entre sus coetáneas se extenderá rápidamente la noticia de esta forma adecuada de atención médica.

E) TECNIC-S'ÁS ANTICONCEPTIVAS USADAS POR LAS ADOLESCENTES

En promedio la mitad de casi cuatro millones de jóvenes estadounidenses que tiene 15 a 19 años de edad y en peligro de embarazarse en forma no deseada, no reciben asistencia de clínicas de planeamiento - familiar o médicos privados, sin embargo, el resto cuando menos recibe consejos y algunas recetas. De estos dos millones de adolescentes en quiénes los métodos de anticoncepción se hacen en clínicas de planeación familiar, 84% usaron la "píldora"¹ o un dispositivo intrauterino y la mayor parte de ellas usaron los anticonceptivos ingerible Como se ha señalado en una revisión reciente- El planteamiento y la motivación en cuanto a métodos anticonceptivos son factores de enorme importancia para muchas adolescentes solteras, si el coito no planeado o infrecuente es un elemento que estox'ba en la anticoncepción eficaz,. De manera semejante, no existe un solo método-anticonceptivo que

sea el mejor para todas las pacientes,

1) ANTICONCEPTIVOS INGERIBLES,

Los anticonceptivos ingeribles siguen siendo los agentes más usados entre adolescentes solteras, sexualmente activas, en Estados Unidos.

Su eficacia prácticamente completa, su comodidad y la ventaja de que no entrañan un intento demostrable de anticoncepción en cada coito, son los factores que explican la gran aceptación del método. Sin embargo, no debe olvidarse que el empleo inadecuado de este procedimiento y el - fracaso resultante en el intento anticonceptivo, esto es, la concepción, tienen su máxima frecuencia entre las adolescentes. Por estas - razones, es necesario intentar esfuerzos de orientación mayores de - los corrientes en las adolescentes que consumen la píldora,

Una de las principales preocupaciones que los médicos tienen en cuanto al consumo de la píldora en jovencitas menores de 16 años, es que su uso resulte en amenorrea e infecundidad consecutivas. Por esta - edad, los ciclos menstruales ovulatorios pueden estar ya establecidos - bajo el control del eje hipotalámico hipófisis-ovario, y por ello, el consumo de estos anti-conceptivos, con su efecto conocido en dicho - eje, en teoría podría tener efecto nocivo y permanente en la reanudación de la ovulación, sin embargo, investigaciones recientes han demostrado que en animales de experimentación pueden inducirse alteraciones del control de retroalimentación en la ovulación sólo en etapa muy temprana del desarrollo neurológico, semejante al que ocurriría en la

vida fetal del ser humano. Incluso las dosis masivas de esteroides no

han originado alteraciones permanentes de la regulación ovulatoria - después de ésta época crucial del desarrollo neurológico temprano.

Otro aspecto de importancia señalado por los que consideran la posibilidad de administrar anticonceptivos ingeribles a las adolescentes» es la posible inhibición del desarrollo óseo en zonas importantes del cuerpo, como la pelvis» No se sabe si es sólo el incremento en estrógenos, andrógenos o ambos en la adolescente que origina el cierre epifisario, pero suele aceptarse que los estrógenos producen este efecto en animales y en mujeres y este tipo de tratamiento se utiliza para detener el crecimiento en personas predispuestas a una talla excesiva. Sin embargo, el aumento promedio en la talla, una vez que aparece la menarquia, es de 1.25 a 2.5 en. únicamente. Los médicos, antes de decidir si administraran la pildora especialmente si la joven es premenárquica, deben valorar si ha alcanzado la estatura máxima que cabe anticipar en su familia. Un método útil para asegurar que el desarrollo está casi terminado es la aparición de la complexión corporal y el grado de desarrollo de los senos; el desarrollo máximo - en cuanto a estatura cesa en término de un año o menos, en relación con el desarrollo total de los senos. Si hay notable discrepancia en la talla calculada y la falta de maduración de características sexuales secundarias en el momento en que se valora a una jovencita en relación con la posibilidad de métodos anticonceptivos, se tendrá enorme cuidado de recetar la píldora, o puede emplearse una "minipíldora", - esto es, un preparado con dosis mínimas.

Un anticonceptivo en dosis bajas que no contenga más de 50ug. de es-r - trogeno para usar en casi todas las mujeres que comienzan a consumir - anticonceptivos.

Un anticonceptivo de "microdosis" con 20 a 35 ug de estrógeno, que tendrá menor posibilidad de causar agrandamiento repentino e intenso - de ovarios o mamas y estas dosis menores posiblemente tengan - un menor riesgo aunque no se ha comprobado de efectos secundarios raros.; aunque más peligrosos, como accidente cerebro vascular, embolia - pulmonar, hipertensión, alteración de la tolerancia a la glucosa y otros.

Por otra parte, los anticonceptivos en dosis bajas tienen una eficacia anticoncepcional apenas menor, y una frecuencia apenas mayor de sangrado intermenstrual.

La minipildora ¹ que contiene solo progestágenos (tiene la ventaja - de su mayor eficacia y alterar el ciclo menstrual con la salida irregular de sangre).

2) DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS.

El dispositivo intrauterino no está contraindicado automáticamente en la jovencita, en especial si ha tenido algún embarazo o aborto. Sin embargo, por la hipercontractilidad del útero nuligrávido y lo estrecho del conducto cervical en casi todas las adolescentes, muchos médicos no lo recomiendan, aunque, a pesar de ello, algunas - pacientes de este grupo piden que se les coloque. El índice de expulsión es mucho mayor en la mujer nuligrávida, así como el de cólicos y salida de sangre, el índice de fracaso con el dispositivo -

está en dos y tres por 100 cosa otro que piiGcio aminorar si ss Grnp.163.
método complementario como ciclo,, espuma anticonceptiva a mitad de

En caso de un atarazo y de estar colocado el dispositivo, es urgente extraerlo cuando se atiende por primera vez a la paciente, si es visible la cuerda y puede extraerse con facilidad. El peligro - de abortivo y que se embarazan es 50 veces mayor que entre mujeres

que no lo usan. El peligro real de un embarazo actópico en mujeres que usan el dispositivo también es mayor (7.9) por estas razones, hay que considerar la posibilidad del embarazo extrauterino cuando surge este hecho en una mujer con un dispositivo colocado.

Aan más, la demostración reciente de que el peligro de infección - pélvica es unas siete veces mayor en las mujeres nuligrávidas que usan dispositivo, sugiere que sería un método menos conveniente de anticonceptivos en la paciente mas joven que aún desea, recibir información y tranquiización sobre su capacidad de procreación. -- Es importante indicar a la joveneita este mayor riesgo, antes de seleccionar el dispositivo intrauterino como método anticonceptivo Cu-/' v de cobre) por la finura de su tallo y una menor dimensión intrauterina, si la joven elige el dispositivo.

3) MÉTODOS 'DE BARRERA MECANICA»

El diafragma, junto con la jalea o la crema espermaticida, ha tenido una mayor aceptación entre las adolescentes que se preocupan genuinamente por los efectos secundarios posibles de la 'píldora' o -

del dispositivo intrauterino.

Dicha tendencia parecería extraña, pues el concepto que tenemos de las adolescentes, como hemos señalado, es que pueden tener mayor dificultad, que las mujeres de mayor edad para conservar su motivación

Las actitudes ambivalentes hacia los métodos anticonceptivos harían que el diafragma, que conlleva la necesidad de una motivación previa al coito en cada relación sexual, tiene una menor posibilidad - de ser eficaz en este grupo de edad.

Los adolescentes aún emplean bastante condones y espuma vaginal, - anticonceptivos que no necesitan receta del médico.

Estas técnicas son más útiles en jóvenes de uno y otro sexo que - no sienten el compromiso personal de seguir un método anticonceptivo continuo. La utilidad adicional de los condones, por ejemplo es la protección contra enfermedad venéreas, como la gonorrea y la sífilis . En la actualidad hay datos que indican que las espumas vaginales también brindan alguna protección contra la gonorrea. La eficacia de empleo de uno u otros métodos no alcanza el nivel de la - : "píldora" o el dispositivo intrauterino. Sin embargo su empleo combinado tiene una ventaja teórica que se aproxima a la de la píldora y el médico debe recomendarlo. Una forma de sugerir que la joven- cita puede tener- en su bolso de mano la espuma y los condones .pues como suele suceder, es la única que recibe el impacto de un embarazo no planeado.

4) ANTICONCEPTIVOS DESPUES DEL COITO

Se cuentan con el dietilestilbrestol (DES) como método anticoncepti-

vo después del coito en las adolescentes. Ha sido aprobado por la administración de alimentos y drogas para usarse en caso de violación, incesto o extrema urgencia. No debe considerarse como un método anticonceptivo sistemático sino únicamente para las jovencitas desesperadas que se sienten atrapadas en una situación de urgencia. Antes de recetar el dietilestilbrestrol el médico debe excluir la posibilidad de un embarazo incipiente, y es conveniente obtener el consentimiento con conocimiento, en el cual la mujer conozca el mayor riesgo del síntome por dietilestilbrestrol en sus hijos, si lo ingiere inadvertidamente durante el embarazo, al igual que un párrafo en que ella elija terminar el embarazo en caso de que exista u ocurra éste.

5) COITO INTERRUMPIDO

El coito interrumpido, q extraer el pene antes de la eyeculación no es un método totalmente totalmente eficaz, ñero convendría enseñarlos a loa adolescentes, que por las razones señaladas no se prepara con métodos anticonceptivos antes del coito.

6) ABSTINENCIA PERIODICA

La abstinencia periódica conocida como el método del ritmo o "método natural" por lo regular tiene muy poca eficacia y puede ser peligroso para la adolescente si todavía no se regulariza en sus ciclos menstruales. Por esta razón, su empleo no debe ser que la joven tenga ciclos muy regulares

recomendado salvo

y por razones morales insista en usar el método. Se necesita enseñanza adicional en cuanto al empleo de estas técnicas pues un número proporcionalmente mayor de adolescentes no conocen los detalles de los períodos seguros en comparación con mujeres de mayor edad.

7) ABSTINENCIA O SEXO SIN COITO

Cuando se explica a una jovencita las consecuencias de un posible embarazo no deseado como resultado del fracaso de los métodos anticonceptivos, puede desear que se le señalen otras alternativas sexuales. A menudo ella ha considerado la participación sexual solo - por presión de sus coetáneas o del joven que la pretende y en realidad pudiera buscar alguna otra forma de resolver este dilema aparentemente difícil. Es deber del médico percibir esta necesidad - por parte de la jovencita y aconsejarla en cuanto a otras opciones. A menudo puede necesitar únicamente el apoyo emocional que se le da, al decidir que desea ser la única persona que pueda indicar :

"No estoy preparada para una relación sexual y esto equivale a no"

En otras situaciones las jóvenes necesitan saber que las caricias - hasta el punto del orgasmo, sin coito real, no son dañinas para su psique, en estos casos, empero, es importante indicar a la joven o al joven, que el semen depositado en el perineo de la joven puede - producir, aunque raras veces un embarazo.

F) ABORTO EN ADOLESCENTES

El uso del aborto sólo como método primario de regulación de la fecundidad, se acompaña de un índice mayor de mortalidad que el em^

pleo de los demás métodos anticonceptivos.

En 1975, en promedio, la tercera parte de todos los abortos, hechos en Estados Unidos se hicieron en adolescentes: aproximadamente la mitad de ellos en personas de 18 a 19 años de edad; 4-5 por 100 en personas de 15 a 17 años, y 5 por 100 en mujeres de 14 años o menores.

Por 1975 después de un aumento en el índice de abortos en mujeres - entre 15 y 19 años de edad fue de 339/1000 neonatos vivos, en comparación con los 255/1000 correspondientes a mujeres de 20 a 24 - años de edad. El índice de abortos en adolescentes ascendió en tres quintas partes de 19 a 31/1000 mujeres en este grupo de edad, en - - tre 1972 y 1976. Sin embargo, se estimó que en 1975 cuando menos - 125000 adolescentes que hubieran deseado el aborto no pudieron - contar con él por no tener acceso a los servicios idóneos, en tanto que otras 325000 mujeres calculadas, que desearon el método, lo obtuvieron, esto, es, se les practicó.

Sobra decir que a pesar de que no hubo objeciones legales importantes en cualquier estado, al concepto de que una adolescente mentalmente competente decidiera con orientación la necesidad que tenía - de un aborto, en forma global, los hospitales y algunos médicos se han resistido a brindar este servicio y cubrir las necesidades al respecto, en muchas regiones. A medida que las mujeres de todas las edades comienzan a pecartarse de la necesidad de servicios de - aborto como parte de un programa médico total de servicio gineco-

lógico, cabe anticipar que los hospitales también percibirán la necesidad concomitante de suministrarlos.

Como resultado de la inaccesibilidad de los servicios, la falta de conocimiento de los síntomas del embarazo por parte de las adolescentes, la vacilación para depositar confianza en adultos y la falta de recursos económicos independientes suele reconocerse que un número extraordinariamente elevado de mujeres buscan el aborto - después del primer trimestre. La mayor necesidad de abortos en el segundo trimestre en este grupo de personas, por desgracia hace - que también aumente la morbilidad. Es tarea del .médico cuando comenta las opciones anticonceptivas con la adolescente, hacerle saber de la disponibilidad de un aborto legal e inocuo y la necesidad de recurrir a él en etapa temprana, cuando así lo decida. También debe señalar que casi todas las autoridades-piensen que en el caso de adolescentes incompetentes desde el punto de vista mental, son válidas las mismas normas que para mujeres de mayor edad, esto es, que hay que obtener de la paciente y también de su tutor legal, el consentimiento con información.

F) ESTERILIZACION EN ADOLESCENTES

La esterilización no es un medio anticonceptivo recomendable en - adolescentes, como podría serlo en mujeres de mayor edad, porque la jovencita no está en posición de saber cuales son sus criterios en cuanto a la procreación. Sin embargo, en ocasiones, surge en este - grupo de edad el problema de decidir la esterilización tubaria, en

caso de una joven mentalmente incompetente. Dichas pacientes pueden tener alguna situación social relacionada con un mayor riesgo de embarazo no deseado,

111' TBABAJO DE INVESTIGACION SOBRE ASPECTOS PSICOSEXUALES PE LA MUJER
ADOLESCENTE EN LA ESCUELA NORMAL DE VILLA AHUMADA» DANLI. EL
PARAISO.

1. OBJETIVOS

- 1) Establecer el grado de conocimientos de Educación Sexual de la adolescente hondurena.
 - a) Investigar hasta que grado la adolescente estudiante de la - Escuela Normal de Villa Ahumada, conoce de anatomía de órganos sexuales y su función.
 - o) Investigar el conocimiento de términos tales como roenarquia - menopausia y masturbación.
 - c) Investigar la opinión de las adolescentes de dicha escuela - sobre términos tales como liberación femenina y revolución sexual.
 - d) Establecer la opinión de la adolescente estudiante de la Escuela Normal de Villa Ahumada acerca de las relaciones sexuales prematrimoniales, extramatrimoniales, masturbación.
 - f) Investigar en la adolescente estudiante de la Escuela Normal de Villa Ahumada, sus nociones de confiabilidad de métodos anticonceptivos .
 - g) investigar mediante datos estadísticos aspectos medico psico- lógicos dele embarazo en la adolescencia (soluciones ante - contingencia de embarazo premarital, persona en quién confia- ría).

2. a) Investigar la edad de la menarquia de un grupo de mujeres adolescentes de la Escuela Normal de Villa Ahumada, de sus madres y abuelas.

b) La edad de menopausia en sus madres y abuelas.
3. Investigar porcentaje de dismenorrea en las alumnas de la Escuela Normal de Villa Ahumada.
4. Efectuar investigación sobre el aborto en la adolescente estudiante de la escuela Normal de Villa Ahumada.

a) Porcentaje
b) Edad más frecuente
c) Persona que lo practicó
d) Método usado
e) Justificación del aborto
f) Consecuencia.
5. Utilizar toda la investigación anterior para elaborar un Plan de Educación Sexual para escuela secundaria y ponerlo a consideración del Ministerio de Educación Pública.
6. Utilizar la investigación de esta tesis para establecer un análisis comparativo del grado de madurez funcional de nuestro país con datos de otros países de la nuestra.

2 ■

MATERIAL Y METODOS

El material utilizado fueron alumnas adolescentes de 1o, 2o y 3o. cursos normal de la Escuela Normal de Villa Ahumada (edad entre 14 y 19 años)

El método utilizado fue la Encuesta-Cuestionario adjunto # 1 y # 2, la encuesta No. 1 fue repartida a 4-86 alumnos de I, II y III normal para que contestaran por escrito dicha encuesta, dando instrucciones anteriores sobre la sinceridad, veracidad e independencia que deberían tener cada una de las alumnas al llenar dicha encuesta.

La encuesta No. 2 fue repartida a cada alumna, para ser enviada a su madre y la devolviesen contestada por correo a la dirección de la Escuela o devuelta personalmente al regresar de sus vacaciones en enero de este año.

La tabulación de los datos fue hecho por una sola persona considerando la primera parte de la Encuesta No. 1 como tabulable en porcentaje desde 0 hasta 100% clasificándolos por cada curso y encontrando después el porcentaje de nota promedio en cada uno de: ellos.

El resto de la encuesta No. 1 y la encuesta No. 2 fue tabulada por punteo y porcentaje en cada una de las categorías que se sacaron de las mismas respuestas de los alumnos o de aquellas que ya se habían - categorizado de antemano en la misma encuesta.

Los resultados se presentan en cuadros para cada una de las preguntas, se escriben las conclusiones de cada una de ellas y se establecen comparaciones y recomendaciones.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Trabajo de Investigación

Aspectos psicosexuales de la mujer adolescente.

Encuesta No. 1

Lugar _____

Grado escolar _____

Nacionalidad _____

Lugar de Nacimiento _____

Fecha de Nacimiento _____

Edad Actual _____ Años _____ Meses _____ Días

1 ANATOMIA Y FISIOLOGIA

Conceptos generales;

1-Grupos en que se dividen los órganos genitales de la mujer:

a) _____

b) _____

2 Función de cada uno de ellos

a) _____

b) _____

3-Son partes visibles de los órganos genitales femeninos:

a) _____ e) _____

b) _____ f) _____

c) _____ g) _____

d) _____ K) _____

4-Son órganos genitales internos:

a) _____ d

b) _____)

c) _____ é

\

5-Cuál es la diferencia de 1 vello pubiano en el hombre Y en la mujer?

6 Cuál es el órgano análogo del pene, en la mujer?

7- El desgarró del himen se acompaña siempre de hemorragia?

8- Cuáles son las funciones del útero?

9- Qué otro nombre recibe?

10- Partes del útero?

a)

b)

11- Que es la menarquia?

12- Que es la menopausia?

II.

1-Que es para usted la liberación femeniná?

2~ Qué opina de la nueva revolución sexual?

3- Qué es lo importante para usted en una relación sexual?

4.

- a) Ha tenido relaciones sexuales⁷ SI NO
- | | | | |
|-------|--------------------|-------|-----------------------------|
| _____ | Con un niño | _____ | Con un adolescente femenino |
| _____ | Con un adolescente | _____ | Con un adulto femenino |
| _____ | Con un adulto | _____ | Con compañera de escuela |
| _____ | Con una niña | | |

b) Qué tipo de relaciones? (marque 1.- o más)

- _____ Coito vaginal
- _____ Palpación externa
- _____ Orogenital

c) Ha llegado al orgasmo? _____

d) Con que tipo de relación llega siempre al orgasmo?

■ Toda mujer debe

a) _____ SI Porqué?

b) _____ NO

6- La mujer casada debe tener relaciones sexuales extramatrimoniales?

a) _____ SI Porqué?

b) _____ NO

7-Circula literatura sexual en el colegio?

a) _____ SI

b) _____ NO

Cuál(s)?

8- Cuál lee con más frecuencia?

9-

a) Quedes masturbación

b) Es perjudicial la masturbación?

SI

NO

c) Considera necesaria la masturbación, para un desarrollo psicosexual normal?

_____ SI

NO

d) La practica usted?

_____ SI

NO

e) Lo hace a solas o en público?

SI

NO

f) Justifique porque lo hace:

g) Considere preferible la masturbación a. tener vida sexual premari- tal?

_____ SI

_____ NO

10.

a) Qué son métodos anticonceptivos?

b) Cuáles conoce?

c) Cual de todos cree que es el más confiable?

d) Desventajas.

III,

1-Que solución escogería usted en caso de salir embarazada antes de casarse?

a) Casarse con el autor

b) Dejar que nazca el producto y conservarlo suyo

c) Abortar

d) Darlo a sus padres y luego aparecer como señorita

e) Permitir que nazca y luego darlo en adopción

f) Suicidarse

g) Otra solución ----- - -----

2-Escriba que haría en caso de salir embarazada de un hombre casado?

3-Cuál sería la primera persona a la que usted confiara en caso de contingencia de embarazo pre-marital?

Amiga Médico _____ directora _____

Hermana Sacerdote _____ Maestra _____

Madre Padre

IV

1 Ha tenido abortos? " SI _____ NO

2-Cuántos? _____

3~ A que edad cada uno? _____ años

4-Quién le practicó el aborto?

5~ ¿Qué método usó para abortar, si lo hizo usted misma.

6- Justifica usted el aborto? _____ SI _____ NO

7- Cuándo cree que se justifica?

a) _____

b) _____

c} _____

d) _____

e) _____

8- Consecuencias negativas del aborto?

V-

1 a) A que edad tuvo su primera menstruación? b)

En que fecha

Día

Mes

Año

2- Marque con una cruz si aún no le ha venido.

3- a) Tiene dolor cada vez que le viene su regla?

b) Antes? SI

c.) Después SI

VI

1- Anote 2 sugerencias personales sobre educación sexual en la enseñanza.
secundaria.

2- Que es el V.D.R.L.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.

MENARQUIA MENOPAUSIA Y DISMENORREA

ENCUESTA No, 2

Edad de la Madre: Años: _____ Meses Días

Lugar de Nacimiento:

Fecha de Nacimiento: Día Mes Año

Lugar donde vivió su adolescencia:

Edad en que le vino la regla :

Edad en que se le quito definitivamente la regla:

Padeció o padece de dolor antes y/o después de la regla?

Edad de la Abuela: Anos Meses Días

Lugar de nacimiento: Día Mes: Año

Lugar donde vivió su adolescencia:

Edad en que le vino su primera regla :

Edad en que se le quito la regla:

Padeció de dolor antes y/o después de la regla?

3• RESULTADOS Y DISCUSION

A" Y FISIOLOGIA, GOMCEPTOS GENERALES.

ANALISIS DE PUNTEO SEGUN CADA CURSO

NOTA	PORCENTAJE	I CURSO NO.DE ALÚMNAS	II CURSO NO.DE ALÚMNAS	III CURSO NO, DE ALÚMNAS
0	9	68	18	2
10	19	53	21	3
20	29	44	30	4
30	39	37	42	20
40	49	15	24	.17
50	59	9	27	18
60	69		6	19
70 -	79		1	7
80	89			1
90	99			
		i		
		NOTA MAX. 53% I	NOTA MAX .74% I	NOTA MAX ,81%
		NOTA MIN. 0% I	NOTA MIN. 1.25% I	NOTA MIN. 0%

PRIMER CURSO NOTA PROMEDIO 20.97%

SEGUNDO CURSO NOTA PROMEDIO 31,59%

TERCER CURSO NOTA PROMEDIO **43 95%**

3-1) LIBERACION FEMENINA.

CATEGORIAS	• NUMERO	PORCENTAJE
1- Independizarse del hombre desde el punto de vista económico.	167/	34.3
2- Igualdad de derechos con el hombre en todos los aspectos.	45	9.2
3- Igualdad de oportunidades de trabajo .	100	20.6
4- Igualdad de derechos excepto en lo moral.	55	11.5
5- Actuación de la mujer sin que - nadie pueda intervenir en sus actos.	35	7.1
6- Igualdad con el hombre desde el punto de vista intelectual.	40	0.2
7- No opinaron.	25	5.1

2- LIBERACION SEXUAL. AMOR LIBRE.

DE ACUERDO

NUMERO PORCENTAJE

3) CUAL ES LO MAS IMPORTANTE PARA USTED EN UNA RELACION SEXUAL?

CATEGORIAS	NUMERO	PORCENTAJE
1- Tener un hijo fruto de ese amor	215	41.4
2- Que exista amor y satisfacción sexual	100	20.6
3- Que exista satisfacción puramente sexual	130	27.2
M-- Que no sabe	27	5.5
5- No opinó	15	3.08

B. 4ao Ha tenido relaciones sexuales?

Con quién?

1	RESPUESTA	NUMERO	PORCENTAJE
	SI	13	2.67
	NO	473	97.32

CON QUIEN	NUMERO	PORCENTAJE
Con adolescente	4	30.3
Con adulto	2	15.3
Con un niño	3	23.0
Con una niña	3	23.0
Con una compañera de escuela	1	7.6
No dijeron	1	7.6

4b TIPO DE RELACION SEXUAL.

TIPO DE RELACION SEXUAL	NUMERO	PORCENTAJE
PALPACION EXTERNA	8	61.53
COITO VAGINAL	4	30.77
OROGENITAL	2	15.38

4c. HA LLEGADO AL ORGASMO?

RESPUESTA	NUMERO	PORCENTAJE
SI	4	30.7
NO	3	23 %
NO SABE	3	23 %
NO CONTESTARON	3	23 %

TIPO LLEGA SIEMPRE AL ORGASMO?

TIPO	NUMERO	PORCENTAJE
PALPACION EXTERNA	1	7.69
COITO VAGINAL	1	7.69
OROGENITAL	1	7.69
NO SABE	1	7.69
NO DICE	1	7.69

5) TODA MUJER DEBE TENER RELACIONES SEXUALES PREMATRIMONIALES.

RESPUESTA	NUMERO	PORCENTAJE
SI	42	8.64
NO	417	35.8
NO CONTESTARON	27	5.5

6) LA MUJER CASADA DEBE TEMER RELACIONES SEXUALES EXTRAMATRIMONIALES?

RESPUESTA	NUMERO	PORCENTAJE
SI	27	5.55
NO	431	88.38

5) TODA MUJER DEBE TENER RELACIONES SEXUALES PREMATRIMONIALES.

CATEGORIA DE NO	NUMERO	PORCENTAJE
1. Porque después es abandonada por el hombre.	50	10.28
2. Por principios morales	36	7.40
3. Por principios religiosos	3	1.64
4. Porque no es necesario	29	5.96
5. Virginidad exigida por el hombre	:127: :	:::28:14::
6) Por las consecuencias.		
a) Prostitución	4	
b) Madres solteras	L#	
c) Problemas en su matrimonio futuro	22	49
d) Sentimientos de culpabilidad.	5	10.08

CATEGORIA DE SI	NUMERO	PORCENTAJE
1) Para investigar si se complementan en todos los aspectos	22	
2) Para adquirir experiencia sexual	IR	2.83
3) Sólo en caso de casarse con el hombre con quién mantiene relaciones prematrimoniales	6	1.23

6

LA MUJER CASADA DEBE TENER RELACIONES SEXUALES EXTRAMATRIMONIALES

CATEGORIA DE SI	NUMERO	PORCENTAJE
1) Si el esposo no la satisface sexualmente	16	3.29
2) Cuando el esposo es estéril	3	0.61
3) Cuando el esposo es enfermo, lro-gadicto	2	0.41
R) Puede contribuir a conservar el matrimonio	R	0.82
TOTAL	25	5.13

CATEGORIAS NO	NUMERO	PORCENTAJE
1) La mujer debe ser fiel a su esposo	190	38.09
2) Principios morales	41	8.43
3) Sería causa de divorcio o separación	35	7.20
4) Pone en peligro la felicidad de los hijos	27	5.55
5) Principios religiosos	27	5.55
6) Puede adquirir enfermedades venéreas	17	3.49
7) Puede sentir la misma satisfacción sexual con su esposo que con otro	4	0.82

7 CIRCULA LITERATURI\ SEXUAL EN EL COLEGIO?

RESPUESTA	NUMERO	PORCENTAJE
SI	140	23.8
NO	228	46.9

Cuáles? "SEXO Y MATRIMONIO", "AMOR Y SEXO", "LUZ" "COSMOPOLITAN"
"VANIDADES", "BUEN HOGAR", "SELECCIONES", "EL SEXUALISMO"

8) CUAL LEE CON MAS FRECUENCIA?

NOMBRE	NUMERO	PORCENTAJE
LUZ	42	8.64
VANIDADES	25	5.14
COSMOPOLITAN	20	4.11
SELECCIONES	7	1.44
ENCICLOPEDIA	5	1.02
BUEN HOGAR	5	1.02
"SEXO Y MATRIMONIO"	3	0.61
"AMOR Y SEXO	3	0.61
PIMIENTA	2	0.41
EL SEXUALISMO	2	0.41
EL NIÑO '	2	0.41
EL UMBRAL DE LA VIDA	1	0.20

i
1

9a) QUE ES MASTURBACION?

RESPUESTA	NUMERO	PORCENTAJE
CORRECTA	285	58.64
INCORRECTA	201	41,35

Algunas de las respuestas bastante frecuentes fueron:

- Sinónimo de amenorrea
- Sinónimo de emisiones de semen
- Atribuible solo al hombre
- ~ Momento previo al coito
- Ruptura del himen con algún objeto
- Sinónimo de Lesbianismo y homosexualismo

9b) ES PERJUDICIAL LA MASTURBACION?

RESPUESTA	NUMERO	PORCENTAJE
SI	314	64,6
NO	105	21.8
NO SABEN O NO CON TESTAN	67	13.78

9°) CONSIDERA NECESARIA LA MASTURBACION PARA UN DESARROLLO PSICOSEXUAL NORMAL?

RESPUESTA	NUMERO	PORCENTAJE
SI	75	16.<+3
NO	379	77.98
NO CONTESTARON	32	6.58

9d) LA PRACTICA USTED?

RESPUESTA	NUMERO 0	PORCENTAJE
SI	15	3.08
NO	439	90.32
NO CONTESTARON	32	6.58

9e) LO HACE A SOLAS O EN PUBLICO?

RESPUESTA	NUMERO	PORCENTAJE
-----------	--------	------------

9d) LA PRACTICA USTED?

RESPUESTA	NUMERO	PORCENTAJE
SI	15	3.03
NO	439	90,32
NO CONTESTARON	32	6.58

9e) LO HACE A SOLAS O EN PUBLICO?

RESPUESTA	NUMERO	PORCENTAJE
A SOLAS	15	100

9f) JUSTIFIQUE POR QUE LO HACE?

- 2 Afirmaron haberlo hecho solo pequeñas,
- 7 Afirmaron haberlo hecho porque sentían necesidad de hacerlo para satisfacción propia.
- 1 Porque so excitaba, al leer revistas pornográficas.
- 1 Porque no puede prescindir de las relaciones sexuales,
- 1 Como escape de sus problemas 2) Prefiere hacerlo que perder su virginidad.

9g) CONSIDERA PREFERIBLE LA MASTURBACION A TENER VIDA SEXUAL PREMARI- TAL?

RESPUESTA	NUMERO	PORCENTAJE
SI	110	22.63
NO	344	70.78
NO CONTESTARON	32	6.58

C 1) QUE SOLUCION ESCOGERIA USTED EN CASO DE SALIR EMBARAZADA ANTES DE CASARSE?

RESPUESTA	NUMERO	PORCENTAJE
a) Casarse con el autor	215	44.23
b) Dejar que nazca el producto y conservarlo suyo	266	54.73
c) Abortar	2	0.41
f d) Darlo a sus padres y luego aparecer como señoritas?	0	0 -.00
e) Permitir que nazca y luego darlo en adopción	1	0.20
f) Suicidarse	0	0.00
g) Otra solución	3	0.61

C) 2) ESCRIBA QUE HARIA EN CASO DE SALIR EMBARAZADA DE UN HOMBRE CASADO.

RESPUESTA	NUMERO	PORCENTAJE
a) Dejar que nazca el producto y conservarlo mio ₂ sin ningún - compromiso del padre	264	54.32
b) Viajar a otro país y trabajar para mantener el niño	15	3.08
c) Solicitar la ayuda del padre para criarlo	9	1.85
d) No obligar al padre a nada	15	0.8
e) Abortarlo	3	0.61
f) Pedirle al padre que lo reconozca legalmente	1	0.20
g) Dejárselo al padre para que él lo eduque	1	0.20
h) Dejar que el padre nos visite y mire su hijo	1	0.20

0 2 0

c) 3) CUAL SERIA LA PRIMERA PERSONA A LA QUE USTED DE CONFIARIA EN CASO CONTINGENCIA DF, EMBARAZO PRE-MARITAL?

RESPUESTA	NUMERO	PORCENTAJE
Madre	275	56.58
Médico	82	16.87
Hermana	59	12.13
Amiga	41	8.34
Sacerdote	26	5.34
Maestra	7	1.44
Padre	5	1.02
Directora	1	0.20

D) 1) HA TENIDO ABORTOS ?

RESPUESTA	NUMERO	PORCENTAJE
SI	0	0
NO	471	96.91
NO CONTESTARON	15	3.03

2) Cuántos?

3) A que edad cada uno?

4) Quien lo practicó el aborto?

5) Qué métodos usó para abortar?

6) Justifica usted el aborto?

RESPUESTA	NUMERO	PORCENTAJE
SI	270	55.55
NO	8 A	17.28
NO CONTESTARON	132	27.16

D-7) CUANDO CREE QUE SE JUSTIFICA?

PUESTA	NUMERO	PORCENTAJE
Por enfermedad de la madre gineco- obstétrica, psíquica, hereditarias infecciosas)	170	34.9
2~ Por -accidente en la madre (traumas, caídas)	82	16.9
3- Cuando se sabe que el niño por X causa nacerá con defectos (físicos o mentales)	50	10.2
4- Cuando el continuar el embarazo pone en peligro la vida da la madre .	40	8.2
5- Cuando la madre o el padre no tier nen ingresos económicos suficientes para mantener varios hijos	27	5.6
6- Cuando el producto se concibió por ^VIOLACION"	23	4.7
7- Cuando el médico lo crea conveniente	21	4.3
3- Cuando el padre puede heredarle una enfermedad al producto	12	2.5
9- Cuando la madre es prostituta o drogadicta	11	2.2
10-Cuando el producto es un hijo no deseado	8	1.6
11-En caso de que sea un obitc fetal	8	1.6
12-Multiparidad de la madre	5	1.0
13-Padres incomprensivos	5	1.0

-3.) A JE EEAD TJ JO

MENSTRUACION'?

EDAD (aÑos)	NUMERO	PORCENTAJE j
g	V	0.41
10	7	1.44
11	29	5.96
12	98	20.16
13	174	35.80
14-	98	20.16
¹ 5	41	8.43
Ib	6	1.23
17	2	0.41
TOTAL	457	

NO RECORDABAN + 14 2.88

NO CONTESTARON + 15 3.08

436

E 1-b) MES MAS FRECUENTE

MES	NUMERO	PORCENTAJE
Enero	37	8.3
Febrero	18	3.0
Marzo	26	6.9
Abril	90	7.1
Mayo	29	6.3
Junio	90	5.2
Julio	9R	6.1
Agosto	29	6.3
Septiembre	34	7.4
Octubre	31	6.8
Noviembre	51	11.1
Diciembre	53	11.59

F-2) QUE ES EL V.D.R.L

RESPUESTA	NUMERO	PORCENTAJE
CORRECTAS	33	6.79
INCORRECTAS	14S	30.65
NO CONTESTARON	304	62.55

Algunas de las respuestas incorrectas más frecuentes:

- Es una vacuna
- Es una prueba para saber si la persona es virgen,
- Es una prueba para saber si una mujer está embarazada o no
- Es un examen de sangre para saber al tipo de sangre.

Es un antibiótico.

ENCUESTA No. 2

MENARQUIA Y MENOPAUSIA DE LAS MADRES. MADRES EDAD ACTUAL ENTRE 36 Y 50

AÑOS

EDAD DE LA MENARQUIA		EDAD DE LA MENOPAUSIA	
AÑOS	NUMERO	AÑOS	NUMERO
12	2	Solo 10 refirieron la edad de la menopausia y de ellas	
13	5		
14	9	5 comprendidas entre 40 y 44 años.	
15	8		
16	2		

MENARQUIA Y MENOPAUSIA DE LAS ABUELAS.
 ABUELAS EDAD ACTUAL ENTRE 56 y 87 AÑOS
 :

LA MENARQUIA		EDAD DE LA MENOPAUSIA	
AÑOS	NUMERO	AÑOS	NUMERO
12	2	Veinte contestaron la edad de la menopausia y de ellas 8 es-	
13	1		
14	8	taban comprendidas en la edad de 48-49 años	
15	6		
16	2		
17	1		

D I S C U S I O N

A La evaluación porcentual de conocimientos generales sobre Anatomía y Fisiología de Organos Sexuales arrojó nota promedio en primer - curso de 20.97%, segundo curso de 31.59% y tercer curso de 48.95% ésto demuestra que el conocimiento que las alumnas tienen sobre dichos aspectos es muy deficiente. Y que la mayoría tienen conceptos sumamente equivocados lo cual es indicativo de una falta de verdadera educación sexual en dichas alumnas.

B 1. Para el 34.3% significa independizarse del hombre desde el punto de vista económico, para el 20.6% significa igualdad de oportunidades de trabajo y para el 11.5% de las encuestadas significa igualdad de derechos con el hombre excepto en lo moral.

2. LIBERACION SEXUAL. AMOR LIBRE..

El 70.5% no estuvo de acuerdo en la liberación sexual y el amor libre.

3. CUAL ES LO MAS IMPORTANTE PARA USTED EN UNA RELACION SEXUAL?

El 44.1% contestó "Tener un hijo fruto de ese amor", un 27.2% contestó "que exista satisfacción puramente sexual", y en tercer lugar el "que exista amor y satisfacción sexual"

4. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON QUIEN?

El porcentaje de alumnas que han practicado o practican relaciones sexuales es muy bajo constituyó el 2.67% de la muestra (13 alumnas) y de ellas el 30.8% (4) lo hacen con adolescente un 30.8% lo hacen con compañera de escuela o con una¹ niña lo cual demuestra la existencia de Lesbianismo en la escuela-

practicando en un 61.33% la palpación externa y un 30.76% el coito vaginal. Filo sugiere la necesidad de Educación Sexual en dichas alumnas específicamente la discusión sobre posibilidad de Embarazo o de Aborto, Higiene Sexual, y la importancia del conocimiento de tipos y confiabilidad de los métodos anticonceptivos .

5. TODA MUJER DEBE TENER RELACIONES SEXUALES PREMATRIMONIALES?

NO (85.8%) y en un 26.14% la justificación del NO fue por "con servar la virginidad exigida por el hombre" un 10.28% afirmaron que no se deben tener porque después la mujer es abandonada por el hombre y un 10.08% afirmaron que, por las consecuencias, tales como prostitución, madres solteras, problemas en su futuro matrimonio y sentimientos de culpabilidad.

42 alumnas contestaron que sí y de ellas el 4.5% las consideró necesarias para investigar si se complementan ambos novios en todos los aspectos, en 2.8% para adquirir experiencia sexual y un 1.23% lo consideró sólo en caso de casarse con el hombre con quien mantiene relaciones prematrimoniales.

6. LA MUJER CASADA DEBE TENER RELACIONES SEXUALES EXTRAMATFIMONIA IES?

27 alumnas contestaron que SI en las siguientes situaciones: cuando el esposo es estéril, drogadicto, enfermo o no la satis_ face sexualmente y algunas las consideraron hasta beneficiosas aunque en un bajo porcentaje.

431 contestaron que 110 de las cuales un 39% estimar, que la mujer* debe ser fiel a su esposo.

Casi siempre aquéllas que contestaron que SI a la pregunta de reía - clones prematrimoniales fundamentándose siempre en la fidelidad que la esposa debe guardar por su esposo una vez que contrae matrimonio, y en la necesidad de un Divorcio antes de cometer adulterio, o la necesidad de tratamiento médico o psiquiátrico si no hay satisfacción sexual entre ambos.

7. CIRCULA LITERATURA SEXUAL EN EL COLEGIO?

8. CUAL LEE CON MAS FRECUENCIA?

Se comprobó por la respuesta de un 28.8% que SI circula literatura sexual en el Colegio, la cual no es de la calidad, forma y contenido que cabría esperar para tal establecimiento educativo - Ya que el 8.64% leen "LUZ" un 5,14% leen "VANIDADES" y un 4.11%

'COSMOPOLITAN" y hasta un 0,61 leen "PIMIENTA"

9-a Un 41.35% de las encuestadas desconocen el significado o **confiép-** to de masturbación, considerando en una forma muy errónea sinónimos tales como Amenorrea, emisiones de semen, fenómeno sólo practicado por el niño y adolescente varón, lesbianismo y homosexualismo. Un 64.6% ■ la consideraron perjudicial y un 16.43% la - consideraron necesaria para un desarrollo psicosexual normal. Sólo • un 3.03% de la muestra contestaron practicar la masturbación

y el 100% de las que la practican (15) lo hacen solas, su

justificación fue satisfacción propia, para no perder¹ su virginidad; un 70.78% prefirieron la masturbación a tener vida sexual premarital.

C 1 Un 54.73% de las encuestadas escogieron como solución de contingencia de embarazo premarital "dejar que nazca el producto y conservarlo suyo"

Un porcentaje muy bajo 0.41% escogió la solución de "abortar"

C 2 En el caso de embarazo de un hombre casado un 54.32% escogieron dejar que nazca el producto y conservarlo sin ningún compromiso para el padre; un 0.61% escogió "abortarlo" como solución .

En ambas situaciones la mujer adolescente prefiere que nazca el producto y conservarlo suyo.

C 3 Se sitúa a la madre en primer lugar (56.58%) como la primera persona escogida para **confiar** en caso de contingencia de embarazo premarital y en segundo lugar el médico (16.87%) la her mana (12.13%) y la amiga (8.43%) sucesivamente, la maestra, la Directora y el padre representaron un bajísimo porcentaje (1.44, 0.20, 1.02 %) lo cual sugiere una falta de comunicación entre ellos y la adolescente.

D 1-6 De las 486 encuestadas, 471 contestaron no haber tenido abortos contrastando dichos resultado con * 3 abortos atendidos el año pasado en el Centro Hospitalario de Emergencias de la Ciudad de Danlí (El Paraíso) de estudiantes de dicha escuela

que bien pudieron estar entre las 15 encuestadas que no contestaron dicha pregunta.

Un 17.28% de las encuestadas no justifican bajo ningún concepto el aborto y las que lo justificaron arguyeron en un 35% por enfermedad de la madre (gineco-obstétricas, psíquicas, hereditarias, infecciosas).

Un 17% por accidente en la madre que haya provocado el aborto un 10% cuando se sabe que el niño por X causa nacerá con defectos físicos y mentales, un 5.6% cuando la madre o el padre no tienen ingresos económicos para mantener varios hijos, un 4.7% cuando el producto se concibió por violación.

Todas las respuestas de justificación fueron dadas por las mismas alumnas lo cual deja ver que la adolescente tiene ya un criterio más amplio respecto a estos problemas, al considerar también el aspecto económico, multiparidad y drogadicción en la madre; inclinándose en primer lugar por el aborto en caso de enfermedad de la madre.

E 1-a MENARQUIA

Un 35.8% de la muestra tuvieron edad de menarquia a los 13 años, un 20.16% a los 12 años y un 20.16% a los 14 años.

Los meses más frecuentes fueron noviembre y diciembre (los meses luminosos).

Lo anterior se acerca al resultado obtenido en Guatemala en 1972 en el estudio '-Edad de la Menarquia en la mujer guatemal- - teca"trabajo presentado por el Dr. Gustavo Castañeda en el que se obtuvo una media aritmética de 12.78 años, y del estudio ve_rificado en México en 1976, en donde la menarquia fue más frecuente en los "meses luminosos" (Sept. Independencia, Nov. y Dic.)

La edad de la menarquia en las madres alcanzó mayor porcentaje a los 14 años y en las abuelas a los 14 y 15 años lo cual muestra una franca disminución de la edad de la menarquia de la actual generación en relación con sus dos generaciones anteriores y comprueba el "hecho ya sabido que cada 10 años la edad de la menarquia se ha ido adelantando cuatro meses de edad.'

Vale comentar que dado que fueron muy pocas las encuestas con testadas por las madres y abuelas la muestra y los resultados no son muy significativos.

F - 1 El 100% de las encuestadas opinaron sobre la necesidad de una Educación Sexual en la escuela no sólo secundaria sino primaria ya sea como asignatura específica o incluidos los temas dentro de materias similares.

El 60% de las encuestadas mencionaron al médico como un factor muy importante en la realización de la misma y un 35% subrayaron la falta de información que al respecto tienen en

su escuela.

■Jn Sl<> de las encuestadas desconocen qué es el V.n. R.L. y tienen conceptos completamente erróneos e inicuos acerca del mismo como ser considerarlo una vacuna, una prueba para saber si la persona es virgen, una prueba del embarazo y un antibiótico. Ello solo asevera mas la falta de educación sexual de las e ducandas en cues t adas.

CONCLUSIONES ESPECIFICAS

- 1) Es muy deficiente y podríamos aseverar, en base a los resultados obtenidos como nulos .los conocimientos de Educación Sexual de la Adolescente hondurena.
 - a) Hay desconocimiento casi total del funcionamiento y anatomía de órganos sexuales.
 - b) Como resultado del déficit de Educación Sexual, términos tales como menarquia, menopausia y masturbación son desconocidos por las alumnas y en su mayoría tienen conocimientos erró neos acerca de los mismos.
- 2) Por lo general la liberación femenina es tomada en la adolescente estudiada como la independencia femenina desde el punto de vista económico con una igualdad de oportunidades de trabajo e igualdad de derechos con el hombre, excepto en lo moral.
- 3) Un pequeño porcentaje (2.67%) de adolescentes de la muestra estudiada practican relaciones sexuales y el tipo de relación más frecuente es la palpación externa y el coito vaginal, el estudio reveló la existencia de lesbianismo (0.82%) en dicha escuela lo - cual es indicativo de la necesidad de una Educación Sexual encaminada, si a este aspecto se refiere a proporcionar al individuo conocimientos adecuados sobre las conductas desviadas , para poder protegerse de la explotación y perjuicios a. su salud física y mental.
- 4) La adolescente hondurena permanece aún en una etapa conservadna

en que el concepto de virginidad, fidelidad conyugal, y rechazo al aborto es bastante generalizada.

Es evidente que la adolescente sigue confiando en una mayor y gran proporción en su madre y el médico como las primeras personas consultantes en caso de contingencia de embarazo premarital y sin embargo no confían en su muestreo lo cual muestra una falta de comunicación entre el alumno y el maestro o viceversa que podría lograrse mediante la Educación Sexual.

La adolescente tiene ya un criterio más amplio respecto al problema del aborto al consignar como justificación del mismo el aspecto económico, la multiparidad y la drogadicción de la madre pero se inclinan más a justificarlo sólo en caso de enfermedad de la madre que pueda alterar el desarrollo normal del feto.

La edad promedio de menarquia en la muestra estudiada es de 13 1 años la edad promedio de sus madres 14 años y de las abuelas 14-15 años, ello muestra una franca disminución de la edad de la menarquia de la actual generación con sus dos generaciones anteriores y comprueba el hecho ya sabido que cada 10 años la edad de la menarquia se ha ido adelantando cuatro meses de edad.

El 100% de las encuestadas opinaron sobre la necesidad de una Educación Sexual en la escuela no sólo secundaria sino primaria ya sea separada o incluidos los temas dentro de materias similares.

Se concluye además que el médico es factor importante en la realización de dicha Educación Sexual

y perfectamente puede ser el

.radico en Servicio Social quien colabore en la mena de su programa de Servicio a la Comunidad.

CONCLUSIONES GENERALES

Existe confusión en los estudiantes que no existiría si hubiera tenido cuando entraron a la secundaria incluso desde el sexto grado una educación sexual o si sus maestros hubieran recibido este tipo de enseñanza cuando fueron estudiantes, una buena educación sexual puede desconfundirlos y salvar a algunas de ciertas dificultades en el futuro.

La juventud actualmente está trazándose reglas básicas lo bueno de una relación de fidelidad aunque sea temporal y lo malo de una relación promiscua; selecciona lo que es bueno y medita sobre este problema lo cual es muy importante y no actúan completamente como animales.

Cuál es la responsabilidad del educador ante los problemas del adolescente, no actuar como moralizador darle a los estudiantes un sentido de lo que es responsabilidad sexual, iniciar los cursos y la instrucción, guiar, no ser seguidores.

No debe separarse el sexo de la vida diciendo el "sexo es esto' ". Aprendan algo sobre él, el sexo forma parte de la vida pero una persona directamente debe ser responsable de guiar todas las corrientes (familiares, religiosas, médicos, escolares) con un solo fin.

Debería existir en las escuelas secundarias un material didáctico ilustrativo y literario ya sea en la biblioteca escolar o en poder de los maestros para complementar la Educación Sexual en la

Adolescencia.

5. No se podrán hacer grandes progresos para aminorar la epidemia de embarazos en adolescentes si no se suministra educación sexual a jóvenes, antes de comenzar sus actividades sexuales.
6. La sexualidad del adolescente es normal, lógica y absolutamente válida. No se trata de una nueva aportación a la experiencia humana pero si la aceptación humana, y es una realidad de la vida que todo adulto en contacto con jóvenes deberá meditar, digerir y al fin y al cabo aceptar.
7. Es menester hacer un llamado al Ministerio de Educación Pública para que a la mayor brevedad posible se inicie si es que no se ha hecho ya un estudio sobre la realización de programas de Educación Sexual en adolescentes, para ello creo que es bastante importante considerar la serie de datos que hemos obtenido, dónde más existen dudas y cuál deberá ser la conducta de cada uno de los participantes en dicho programa.

ANEXO

/ANTEPROYECTO Y CONSIDERACIONES PARA ELABORACION DE UN PLAN DE
EDUCACION SEXUAL PARA ADOLESCENTES EN ESCUELA SECUNDARIA

...." Ningún programa de educación sexual es una panacea;, por sí mismo nunca podrá resolver los problemas del comportamiento humano pero sí será de gran utilidad

Al igual que toda la educación que intente afectar el comportamiento, el aspecto más importante de la educación sexual es tal vez, el hecho de que ayuda al individuo a crear un ideal y una escala de valores propios"

V. ANTEPROYECTO Y CONSIDERACIONES PARA ELABORACION DE UN
PLAN DE EDUCACION SEXUAL PARA ADOLESCENTES EN ESCUELA SECUNDARIA

A. FUNDAMENTOS QUE DEBEN TOMARSE EN CUENTA AL IMPARTIR EL PROGRAMA:

1. Sexualidad no es igual a genitalidad. Amplitud del Concepto.
2. El sexo no es una enfermedad y debe discutirse no sólo con médicos y psiquiatras.
3. No debe ser ni una orgía ni un sacramento.

q. El coito es sólo una de las muchas maneras como una persona puede expresar su sexualidad.

Otras experiencias sexuales incluyen tanto la tregua como el espíritu, algunas veces apenas si entra en juego el cuerpo.

5. Físicamente no es dañino refrenar la actividad sexual física., ni posponerla hasta que sea lo suficientemente maduro para ella y todas sus consecuencias.

La necesidad de descarga sexual no es como la de alimento, aire, agua, ni excreción, puede reprimirse mucho tiempo sin que cause la muerte.

6. El sexo animal y el humano son muy diferentes, en el animal su comportamiento es controlado por el instinto.
7. La educación sexual no es solamente educación sobre la reproducción humana, no es mera Biología es más bien Sociología y

Relaciones Humanas.

8. Los individuos maduran a diferente paso en el mismo período de la vida, hay algunos que tienen necesidades sexuales más poderosas que otros, hay quienes están más interesadas en el sexo que en ninguna otra cosa.
9. La gente tiene opiniones rígidas sobre el comportamiento sexual tanto propio como de los demás. Esto es especialmente vigente en los adultos que observan a los jóvenes y pueden muy fácilmente molestar, escandalizarse o asustarse.
10. Un programa de Educación Sexual debe ser flexible y extenderse durante cierto número de años.
11. Si queremos que la educación sexual sea afectiva, debemos ponernos al nivel de nuestros jóvenes, presentar los datos claros y realísticamente.

B. OBJETIVOS

1. Preparar al preadolescente para sus futuros cambios físicos y de conducta.
 2. Crear en los alumnos el respeto por ellos mismos y por las propias capacidades al igual que el respeto por los demás y por su bienestar.
 3. Preparar al adolescente para formar una familia dentro de la cual las experiencias sexuales se desarrollen más fructíferamente.
- *+. Iniciar un programa encaminado a que cada persona conozca,

comprenda y desarrolle su sexualidad sana y positivamente.

Desarrollar en el educando actitudes comprensivas frente a las diversas manifestaciones de la sexualidad tanto en su persona como en los demás.

Que el educando comprenda que la sexualidad es algo positivo, natural e importante en la vida de todo ser humano tanto en lo relativo a sí mismo como en su relación con los demás.

Lograr que el educando comprenda que parte importante del proceso educativo integral es obtener un desarrollo armónico tanto en lo corporal como lo afectivo en relación a su sexo. Y tener presente que lograr la madurez física emocional y social toma tiempo y esfuerzo.

Lograr que el educando comprenda que la persona humana es un ser eminentemente social y que la familia es el núcleo básico de nuestra sociedad contemporánea y elemento de socialización del individuo, en consecuencia la educación para la vida familiar no debe estar desligada de la educación sexual.

Proporcionar al individuo conocimientos adecuados sobre las diversas manifestaciones sexuales, sanas, en las relaciones humanas como individuo, cónyuge, padre y miembro de una comunidad social.

Proporcionar al educando conocimientos sobre las conductas - desviadas, para poder protegerse de la explotación y perjuicios a su salud física y mental.

C CONTENIDOS

PRIMER CURSO

1. Concepto de Educación Sexual

- a. Sexualidad.
- b. Principios filosóficos de la Educación Sexual.
 - Ligada íntimamente a la personalidad
 - Tiene como premisa la dignidad de la persona humana.
 - El comportamiento sexual humano es consciente, voluntario y responsable.
 - La conducta sexual es reflejo de los valores y actitudes del individuo y de la sociedad donde vive.
 - La educación sexual no es sinónimo de reproducción, de higiene sexual o de planificación familiar.
 - La educación sexual debe ser adecuada al educando, de acuerdo a edad, condiciones ambientales y nivel de vida.

2. Importancia de la Reproducción para Perpetuar la Especie

3. Los órganos reproductores del macho y la hembra

- a) Anatomía y Fisiología.
- b) El papel de las hormonas en el comportamiento sexual.

4. Discusión de las diferencias de reproducción entre los animales y los humanos.

Pubertad. Concepto

5.

- a) Aspectos psicológicos
- b) Cambios físicos del adolescente en la pubertad.
- c) Menstruación, variaciones, higiene, dismenorrea.
- d) Masturbación.
- e) Emisiones de semen.

6. Coito. Amor y Sexo

7• Embarazo, parto y nutrición.

- a) Fecundación
- b) Duración del embarazo
- c) Crecimiento fetal
- d) Cuidados prenatales
- e) Nacimiento
- f) Importancia del peso al nacer
- g) Cuidados del recién nacido

SEGUNDO CURSO

1. Introducción General al Curso

- a) Cuestionario de Preevaluación

2. La Pubertad

- a) Características básicas del Adolescente i
Imagen corporal ii Independencia iü Coherencia
en las relaciones iv Identidad

3. Pubertad y Adolescencia

- a) Organos sexuales masculinos

b) Organos sexuales femeninos

4. Menstruación

a) Neurofisiología de la menstruación

b) Sistema reproductor femenino

c) Alteraciones de la menstruación

d) Dismenorrea

5. Sistema Reproductor Masculino

a) Esbozo de las emisiones seminales

6. Coito

7. Masturbación

8* Desviaciones Sexuales

9. Circuncisión

a) Importancia

b) Ventajas

10; Embarazo

a) Fisiología y desarrollo del feto

b) Embarazos múltiples

c) Cuidados prenatales

11. Parto

a) Mecanismo del parto normal

b) Cesárea

c) Cuidados de la madre y del recién nacido

12. Aborto

- a) Tipos
- b) Justificación del aborto
- c) Complicaciones

13. Anticonceptivos

- a) Concepto
- b) Importancia
- c) Tipos
- d) Confiabilidad

14. Repaso

TERCER CURSO

1. Conceptos de Educación Sexual

- a) Sexualidad
- b) Principios filosóficos de la educación sexual.

2. Masculinidad y Femeidad

(Diferencias cromosómicas causan diferencias hormonales, patrones de conducta, alteración por la castración).

3. Anatomía de la reproducción del macho y la hembra humanos, Ciclo

Menstrual, Menarquia, Ovulación, Factores Hormonales,

(Neurofisiología de la menstruación), Menopausia, Climaterio (Hay un climaterio masculino?)

4. Proceso de la Copulación

- a) Mecánica de la erección, eyaculación y detumescencia.
- b) Himen, reacciones emotivas, zonas erógenas, intimidad

y relaciones sexuales, patrón civilizado.

⁵ ' Moralidad sexual del mundo moderno. Continencia., fidelidad, relaciones sexuales prematrimoniales.

^{6*} Co^ortaroiiento sexual anormal: Homosexualismo, fetichismo, lesbianismo.

7. Fecundación

- a) Repaso de Anatomía y Fisiología de los órganos sexuales femenino y masculinos.
- b) Proceso de fecundación (sitio, huevo, espermatozoides)
- c) El ciclo menstrual y la fecundidad.

8. Embarazo

- a) Fisiología y Desarrollo del feto
- b) Embarazos múltiples
- c) Cuidados prenatales.

9. Parto

- a) Mecanismo del parto (nociones generales)
- b) Parto natural
- c) Parto medicado
- d) Cesárea
- e) Cuidados de la madre. Higiene y alimentación de la madre.

10. Aborto

- a) Tipos
- b) Ilegitimidad

- c) Justificación del aborto
- d) Desventajas y complicaciones

11. Recien Nacido

- a) Peso al nacer, talla, perímetros
- b) Mortalidad y morbilidad
- c) Malformaciones congénitas
- d) Prematurez
- e) Trauma al nacer, influencia sobre el desarrollo del sistema nervioso central.
- f) Lactancia Materna versus artificial.

12. An ticoncepcion

- a) Discusión de los métodos
- b) Esterilización

13. Infecundidad

- a) Frecuencia
- b) Causas
- c) Tratamiento

14. El tamaño de la familia ideal

- a) Intervalo entre embarazos. Importancia

15. Dinámica de la Población

- i_ Distorsión de la pirámide de. edad ii
- Demandas de educación y sanitarias iii
- Producción de alimentos

ixz Producto nacional bruto e ingreso per capita

v Discusión de Soluciones:

Esterilización, anticoncepción, aborto

16. Enfermedades Venéreas

- a) Qué es el V.D.R.L. Importancia.
- b) Mecanismos de infección de enfermedades venéreas.
- c) Algunas de las enfermedades venéreas más comunes:
 lis, Linfogranuloma Venéreo.
- d) Prevención
- e) Tratamiento

Sífi

D> ACTIVIDADES

No existen grandes diferencias entre las actividades que se pueden desarrollar con las alumnas de cada curso, aún más, existen ciertas actividades que pueden ser comunes a los tres cursos y que sólo cambiarán dependiendo de la época en que se imparta tal o cual tema, por ello se **hace mención general aquí de todas las actividades realizables al impartir el programa.**

- 1 - **Entrevista previa con los padres de familia para explicar los objetivos y contenido del programa (No se les debe preguntar sobre su opinión de si quieren o no que se imparta el programa sino notificarles la decisión de hacerlo y por qué).**

Proyectar películas especiales primero a los padres luego a las alumnas:

EJ. HUMAN GROWTH.

- a) Discusión de las mismas
 - b) **Preguntas orales sobre la película proyectada**
 - c) **Preguntas escritas sin nombre del interrogado depositadas en una urna especial.**
- 3 - **Ilustraciones claras y sin complicaciones sobre cada uno de los temas.**
 - 4 ~ **Explicaciones verbales y visuales sobre la mayoría de los temas.**
 - 5 - **Invitar madres y padres de familia para impartir charlas sobre relaciones familiares, matrimonio y establecer discusión de los temas entre alumnas y alumnos.**

VI. BIBLIOGRAFIA

- Beach, Frand A.: Sexo y Conducta, Coloquio, 1970.
- Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Suplemento I, Del Adolescente, Vol. XXXV, 1978.
- Clínicas Médicas de Norteamérica, " Psiquiatría en Medicina Interna " El Médico y los Adolescentes, Desarrollo Psicológico en la Adolescencia. 839-845 , Julio 1977.
- Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica, Agresión Sexual. Ginecología de la Niña y la Adolescente, Inmunología, 635- 649, 663-676: Sept. 1977.
- Duval, Evelyn Love and Fact of Life, Association Press, 1961..
- Estudios de Planificación Familiar, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, División de Estudios de Población, Traducción de Studies in Family Planning, Dic. 1969.
- Fernet, M. Albeaux, 'Masson Toray' Las Consultas Diarias en Endocrinología. 2a. Edición, 1969.
- Fluhmann, Frederic, ' Tratamiento de los Transtornos Menstruales ' Editorial Interamericana, S.A. 1958.
- Gally, Esther, 'Sexualidad Humana y Planificación Familiar', Editorial Pax, México, 1973.
- Guttmacher, Alan, 'Embarazo, Parto y Planificación Familiar' Editorial Pax, México, 1973.
- Hilu, Virginia, Compiladora. \ Calderone, Mary S. McIntosh, Milligent; Guttmacher, Alan, Unsworth, Richard, P. Bruzual, Alfredo: 'Participación de la Escuela en la Educación Sexual', traducción de 'Sex Education in the Scholis', 1967.
- Rascovsky, Arnaldo: 'Conocimiento del Hijo' 91-130, 1973.

mente todo consejo. La comunicación con los padres se vuelve un punto espinoso, el adolescente manifiesta pocos de sus pensamientos íntimos y sus sentimientos y vive en su mundo propio, su conducta parece ser intencionalmente de confrontación, sus vestidos, sus maneras y lenguaje, calculados para ofender. Los padres son un recordatorio perpetuo de la niñez y, por esta razón, son los únicos a los que hay que asombrar, a los que hay que demostrar que se ha cambiado y que se ha dejado de ser el mismo de antes. Las manifestaciones más o menos dudosas de emancipación son básicamente para su beneficio. Ser adulto es un hecho atemorizador y confuso, en especial si se considera como dejar de recibir la ayuda y el amor de los demás, sin embargo perduran las necesidades humanas profundas de ser cuidado, amado y contar con la ayuda en decisiones difíciles,

Con el tiempo y la experiencia casi todos los adolescentes aprenden - la forma de "manejar" la independencia y la autonomía.

Aprender que no es necesario aislarse en uno mismo para ser independiente, que ser adulto no es negar la necesidad de otras personas y que la autonomía nunca es absoluta.

3) COHERENCIA EN LAS RELACIONES

La adolescencia es el lapso en que después de haber obtenido seguridad y "realización" en las relaciones familiares hay que lograr ahora una buena correlación con los coetáneos y compañeros **proceso** que conlleva vicisitudes dolorosas. La intimidad de las relaciones familiares se concede al niño sin esta coherencia. Al nacer el pequeño pasa a formar -