

5

La salud reproductiva y sus componentes



¡HABLEMOS DE EDUCACION Y SALUD SEXUAL!

La salud reproductiva y sus componentes

5

121

Objetivos

Los y las docentes:

- Integrarán el concepto de salud reproductiva al cuidado de la salud integral.
- Comprenderán la importancia de su papel social de los y las docentes en la promoción de la salud reproductiva.

Introducción

Preguntas que se hacen con frecuencia

¿Qué es la salud reproductiva?

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. Ello lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de su elección que sean seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles en materia de planificación de la familia, así como a otros métodos también de libre elección para la regulación de la fecundidad, que no estén legalmente prohibidos, y el derecho de la mujer a tener acceso a los servicios de atención de la salud que propicien los embarazos y los partos sin riesgos. La atención de la salud reproductiva incluye la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales.

¿La mujer que se encuentra menstruando está enferma?

La menstruación forma parte de la vida de las mujeres en edad fértil, esto quiere decir que en

cada ciclo la mujer se prepara para un posible embarazo. Durante la menstruación se puede llevar una vida totalmente normal, sin modificar ninguna actividad cotidiana.

¿Si se toman pastillas anticonceptivas, se tendrán al futuro problemas para tener hijos?

Lo que sucede es que muchas mujeres al dejar las pastillas no se embarazan inmediatamente. Deberán esperar un par de meses para poder embarazarse, para dar tiempo a que las pastillas ya no tengan efecto sobre su organismo. Después de este lapso pueden lograr embarazarse sin ningún problema.

¿La presencia del himen es evidencia rotunda de virginidad?

No. Hay mujeres que nacen sin himen, en otras que es tan elástico que se rompe hasta el primer parto y aún en otras que se desgarran en la primera relación sexual coital. Ante esta variedad es imposible relacionar directamente himen con virginidad. La virginidad tampoco es una medida para valorar a la mujer.

Desarrollo Temático

El derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el espaciamiento entre embarazos y de tener información y educación sobre el tema ha sido reconocido como un derecho humano.

La finalidad de todas las acciones que se llevan a cabo en salud reproductiva es la de disminuir las diferencias que existen en cuanto al tema en las diferentes regiones de los países, sobretudo en aquellas áreas de alta marginación como serían las zonas rurales y algunos municipios. Esto es posible lograrlo a través de proporcionar información y educación para promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, sin olvidarse de las diferencias culturales de cada grupo de población y facilitar así el acceso a servicios de salud reproductiva a grupos sociales tales como: los adolescentes, los indígenas, los discapacitados, así como a las poblaciones urbanas y rurales marginadas. Al mismo tiempo propiciar una mayor participación del varón en el cuidado de la salud reproductiva.

Es muy importante que los y las profesionales de la educación incorporen los temas de salud reproductiva en su labor docente, tanto para combatir las erróneas creencias tan difundidas entre la población, como para la promoción de la planificación familiar y la responsabilidad ante la prevención de los problemas de salud relacionados con el tema.

Concepto de salud reproductiva

El derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el espaciamiento entre los embarazos y de tener información y educación sobre el tema, fue reconocido como un derecho humano fundamental, por la Conferencia Internacional de Derechos Humanos en Teherán, en el año 1968. Posteriormente, los derechos reproductivos han sido suscritos y fortalecidos en diversos e importantes foros internacionales. Actualmente, el derecho a la salud reproductiva incluye el concepto de que los individuos tienen el derecho de obtener el estándar más alto posible de salud sexual, de salud reproductiva, y de tomar decisiones sobre su reproducción libres de coerción (UNFPA, 1999).

El ejercicio de los derechos reproductivos requiere de un marco de bienestar y salud, tanto en lo general como respecto a la salud sexual. Concebidos de esta manera, el ejercicio pleno de estos derechos implica el acceso a la salud reproductiva. Por ello, en 1994 en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) que se llevó a cabo en El Cairo, se logró un acuerdo internacional que entre otros aspectos señala que:



- Todas las parejas y los individuos tienen el derecho a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y el momento de tenerlos, así como a disponer de la información y los medios para hacerlo.
- Todas las personas tienen el derecho a disfrutar el más alto nivel de salud sexual y por lo tanto de salud reproductiva.
- Todas las personas tienen el derecho de adoptar decisiones relativas a la reproducción de forma libre de discriminación, coacción y violencia, como lo señalan los derechos humanos.

Adaptado de : Mejora de la salud reproductiva, UNFPA.

De esta manera y siguiendo el concepto acuñado en la conferencia antes mencionada, la salud reproductiva es:

“El estado general de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o malestar, en todos aquellos aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Implica que las personas sean capaces de tener una vida sexual satisfactoria y segura, y que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir cuándo y cómo hacerlo” (UNPOPIN, 1994 en: Shutt-Aine, Maddaleno, 2003).

Derechos de las y los usuarios de servicios de salud reproductiva

DERECHOS DE LAS MUJERES Y LOS HOMBRES RESPECTO A LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA		
Cualquier persona que solicite un servicio de SR tiene derecho a:	Este derecho implica que:	Y aplicado este derecho a la educación sexual formal:
Información adecuada:	Ser enterado o enterada con oportunidad, veracidad y en un lenguaje comprensible, de los beneficios y riesgos de las intervenciones médicas.	Recibir información completa antes de iniciar su vida sexual activa sobre todos los temas relacionados con la salud reproductiva de forma clara y veraz.
Acceso:	Recibir atención y servicios de calidad con calidez.	Conocer las alternativas que su comunidad ofrece para solicitar servicios relacionados con su salud reproductiva.
Libre elección:	Decidir responsable y libremente entre las diversas alternativas que existan para dar cumplimiento a su solicitud.	Tomar decisiones personales, a partir de recibir la educación necesaria para ello.
Privacidad:	Recibir información, orientación, consejería y servicios en un ambiente libre de interferencias.	Contar con espacios en los que pueda expresarse en privacidad y de acuerdo a sus necesidades.
Confidencialidad:	Tener seguridad de que cualquier información personal proporcionada no será divulgada a terceras personas.	Expresar sus ideas, temores, experiencias y dudas en un ambiente de confidencialidad dentro de su grupo escolar, ante sus maestros o maestras y/o con sus iguales.
Dignidad:	Ser tratada o tratado con respeto, consideración y atención.	Recibir un trato respetuoso, considerado y empático por parte de los y las profesionales de la educación.
Continuidad:	Recibir información, servicios y suministros por el tiempo que sea requerido.	Recibir educación sobre salud reproductiva durante los diversos años escolares.
Libre opinión:	Expresar sus puntos de vista acerca de la información, los servicios y los tratos recibidos.	Expresar su opinión y recibir respeto hacia la misma.

Los derechos relacionados con la salud reproductiva deben ser respetados por todas las instituciones sociales.

Adaptado de: García Bravo, M. y Delfin, F. (1999).

¿Por qué es tan importante la promoción de la salud reproductiva?

De acuerdo a los datos a nivel mundial aportados por UNFPA, cada minuto sucede que:

Cada
↑
minuto

- 380 mujeres quedan embarazadas, la mitad de ellas sin haber planificado su embarazo ni haberlo deseado.
- 110 mujeres padecen de una complicación del embarazo.
- 100 mujeres se someten a un aborto, de estos abortos, 40 se realizan en malas condiciones.
- 1 mujer pierde la vida por causas relacionadas con el embarazo.

Esto significa que:

Las mujeres pagan duramente las consecuencias de la inmadurez social. Es quehacer de todo y toda profesional de la educación prevenir los daños asociados a la reproducción en condiciones inadecuadas.

- Cada año, más de medio millón de mujeres pierden la vida a causa de complicaciones del embarazo y el parto y de esas defunciones, el 99% ocurren en países en desarrollo.
- Cada año, más de 50 millones de complicaciones del embarazo causan alguna discapacidad a largo plazo.
- Cada año, 78,000 mujeres pierden la vida debido a abortos realizados en malas condiciones, casi todas en países en desarrollo.
- Hay 350 millones de parejas que carecen de acceso a una opción entre diversos métodos anticonceptivos costeables.
- En países en desarrollo, más de 100 millones de mujeres que no están utilizando actualmente un método anticonceptivo quisieran aplazar el nacimiento de su siguiente hijo.

Fuente: Mejora de la salud reproductiva, UNFPA.

Como puede observarse, las deficiencias en el acceso a la salud reproductiva repercuten notoriamente en la calidad de vida de las personas. La promoción y la educación integral sobre la reproducción puede entonces prevenir problemas de salud, salvar la vida de millones de mujeres, proteger a sus hijos, fortalecer a las familias y promover una sociedad responsable, mediante el ejercicio y respeto de los derechos humanos fundamentales.

¿Por qué es indispensable la participación de la y el docente en la promoción de la salud reproductiva?

La promoción de la salud reproductiva requiere de un proceso de educación en todas las etapas de la vida y urgentemente antes y durante la adolescencia y en la juventud, ya que son los momentos en los que la mayoría de las personas se encuentra alrededor del inicio de la vida erótica.

Quizá sea más fácil comprender el papel de los y las profesionales de la educación si intenta responder a las siguientes preguntas:

1. ¿Quién puede ayudar a los y las jóvenes a saber que tienen derechos reproductivos?
2. ¿Quién puede enseñarles con cuáles opciones pueden contar para el control de su reproducción?
3. ¿Quién puede enseñarles a tomar decisiones responsables?
4. ¿Cómo tomarán decisiones los y las jóvenes si desconocen los beneficios y los riesgos de los métodos anticonceptivos?
5. ¿Quién podrá participar con hombres y mujeres y podrá brindarles herramientas para la negociación de los métodos anticonceptivos?
6. ¿Quién puede ayudarles a comprender que dejar los estudios limitará las posibilidades de su desarrollo, máxime si pertenecen a una familia numerosa, de escasos recursos económicos y limitada a una educación formal?
7. ¿En dónde y con quién ellos y ellas pueden reflexionar sobre su futuro y plantearse un proyecto de vida con diversas alternativas sin ser juzgados?
8. ¿Cuántos de sus alumnos conocen su propio cuerpo y saben de qué manera identificar tempranamente algún problema en sus senos o en sus genitales?
9. ¿Cuántos de sus alumnos y alumnas recurren con frecuencia a los servicios de salud?
10. ¿Cuántos de sus alumnos y alumnas son educados actualmente sobre estos temas en sus familias?
11. ¿Sus alumnos y alumnas podrían ser en el futuro parte de las estadísticas de embarazo temprano, aborto inseguro o embarazo no planeado y vivir las consecuencias de los mismos?
12. ¿Sabe que los y las adolescentes y jóvenes que estudian suelen iniciar la vida sexual y la maternidad o la paternidad más tardíamente que aquellos que dejan sus estudios? (Shutt-Aine, *op. Cit.*).
13. ¿Sabe que los maestros, los médicos y los sacerdotes son los adultos en los cuales los jóvenes más confían?(IMJ, 2001)
14. ¿Considera usted que puede participar en la promoción de la salud reproductiva y el cuidado de la salud?



La participación de los y las docentes puede brindar a nuestra juventud herramientas sólidas para planear y decidir su futuro basados en información sólida, libre de prejuicios y en la realidad a la que se enfrentan actualmente.

La participación de los y las docentes puede brindar a nuestra juventud herramientas sólidas para planear y decidir su futuro basados en una información sólida, libre de prejuicios y fundamentada en la realidad a la que se enfrentan actualmente. Como usted puede darse cuenta con las respuestas a las preguntas planteadas, su participación es muy importante. Los jóvenes y las jóvenes y adolescentes necesitan de usted al educar integralmente y de su colaboración para el respeto de sus derechos reproductivos.

Antecedentes de la reproducción

El inicio

Al nacer, los niños y las niñas saludables están dotados de aparatos reproductores. Sin embargo, dependerá de los factores genéticos, raciales, socioeconómicos, nutricionales, constitucionales y geográficos que los sistemas reproductores masculino y femenino maduren y ejerzan sus funciones.

Aunque antes de la pubertad los cambios externos e internos de los órganos sexuales masculinos y femeninos y en general las características sexuales secundarias no son muy obvios: con el paso a la madurez sexual y a la capacidad reproductora estos cambios van avanzando y haciéndose evidente paulatinamente. Es decir, los cambios de la pubertad no son un evento repentino y aislado, sino un proceso continuo.

Mientras esto sucede, se construyen significados relacionados con ser padre o madre durante la infancia, en los cuales los niños y las niñas construyen múltiples valores y los asocian entre sí, de acuerdo a sus experiencias a una diversidad de aprendizajes realizados durante su vida, incluyendo la sexualidad en general y la reproducción en particular. En ésta última, su interés suele dirigirse hacia: ¿cómo nacen los niños?, ¿de dónde salió mi hermanito?, ¿qué es un espermatozoide?, ¿qué es un óvulo?, ¿qué come el bebé dentro de la madre?, ¿les duele a las mamás tener un hijo?, ¿qué sucede cuando nacen dos bebés?, entre otras interrogantes. Mientras más se acerquen a la pubertad, las preguntas serán más complejas, específicas y precisas. Después de este período de crecimiento y desarrollo que se ha caracterizado por tener un ritmo constante y paulatino viene el inicio de la pubertad.

Si bien la pubertad marca el inicio en la madurez del aparato reproductor, sus bases principian desde la vida prenatal. Los niños y las niñas saludables nacen dotados de los sistemas que posteriormente madurarán.

La pubertad

La pubertad se caracteriza por la aparición de una serie de cambios en el cuerpo del niño y de la niña, debido a la acción de las hormonas que hoy circulan en la sangre. Estos cambios suelen agruparse en el concepto “características sexuales secundarias” que involucran a los órganos genitales externos e internos, y aquellas características relacionadas con la aparición del vello púbico, cambios en cadera y hombros, crecimiento de senos, entre otros. Los cambios de este periodo continuarán hasta el inicio de la vida adulta. Si bien estos cambios son producto del crecimiento y la madurez del cuerpo, es recomendable seguir considerando la vivencia global de los mismos dentro del desarrollo, para lo cual remitimos al docente al módulo *Sexualidad y desarrollo humano* de este Manual.

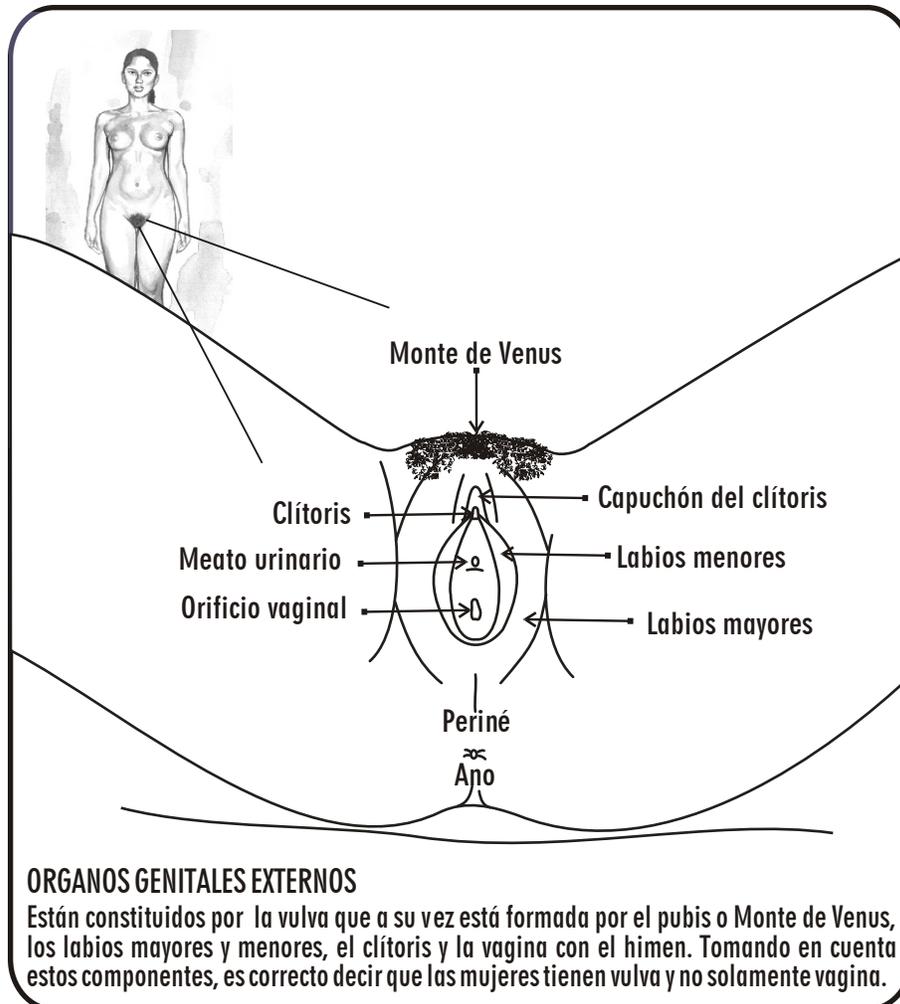
Para poder explicar con claridad los cambios de la pubertad, abordaremos el tema de anatomía de los órganos genitales externos e internos de los hombres y las mujeres.

Anatomía y fisiología genital

Sabemos que los y las docentes no adquieren durante su formación conocimientos detallados sobre la fisiología humana, y eso puede hacer un tanto difícil el acercamiento al tema. No obstante, es importante repasar algunos aspectos generales que con el tiempo y la práctica se volverán familiares y fáciles de transmitir. En el tema de la salud reproductiva este es un aspecto fundamental ya que para que los púberes y adolescentes puedan cuidar su cuerpo y decidir sobre el mismo, requieren de conocerlo, comprender su funcionamiento y sus componentes, además de que al educar se promueve la aceptación de la sexualidad y se favorece la comunicación abierta y respetuosa sobre la misma.

Es posible que en las primeras ocasiones que se aborden los temas sobre los genitales masculinos y femeninos, se generen cierta angustia, curiosidad y risas entre los alumnos y las alumnas. Esto no es una muestra de desinterés o desaprobación, sino una respuesta de ansiedad lógica ante la apertura de temas que antes no habían sido manejados explícitamente en un grupo. En estos casos, conviene al docente detenerse un momento y preguntar qué nombres tienen los genitales en el lenguaje común o popular de su grupo de alumnos y alumnas. Lo que puede, por un lado, incrementar las risas, pero al mismo tiempo bajará la ansiedad y permitirá que se pueda iniciar el desarrollo del tema con menor tensión. A continuación se describen brevemente los componentes de los órganos genitales masculinos y femeninos (Rubio, 1990).

Órganos genitales de la mujer



Es necesario que las mujeres y los hombres de todas las edades aprendan a valorar los órganos genitales como lo hacen con otras partes de su cuerpo.

Órganos genitales externos femeninos

Monte de Venus

Es una prominencia de tejido graso que se forma bajo la piel de la región del pubis femenino. La piel en esta zona durante la pubertad se vuelve más oscura y se cubre de vello.

Clítoris

Es un órgano pequeño y eréctil, es decir que aumenta de tamaño por la llegada de sangre a esa zona durante la excitación sexual, mide desde 1 a 3 cm., tiene forma cilíndrica y se encuentra cubierto por el capuchón del clítoris que es la continuación de los labios menores. Este órgano presenta infinidad de terminaciones nerviosas que proveen de sensaciones sexualmente placenteras.

Labios mayores

Son dos pliegues de piel de aproximadamente 7 cm. de largo. La piel que los cubre es más oscura que la del resto del cuerpo, en el exterior están cubiertos de vello y poseen glándulas que empiezan a secretar sudor (sudoríparas) y grasa (sebáceas) en la pubertad. Poseen una gran sensibilidad.

Labios menores

Son dos pliegues de piel que rodean el orificio vaginal, el meato urinario y terminan formando el capuchón del clítoris. Estos pliegues que crecen en la pubertad, cuentan con un tejido eréctil que les permite aumentar de volumen durante la excitación sexual y poseen gran sensibilidad.

Himen

Es una estructura que se encuentra en el interior de la entrada de la vagina. Es una membrana que cierra parcialmente la entrada de la vagina en algunas de las mujeres que no han tenido relaciones sexuales con penetración. Existen mujeres que nacen sin himen, en otras es elástico, conocido como “himen complaciente”, que no se rompe durante las relaciones sexuales con penetración. La mayoría suele romperse durante la primera relación sexual con penetración, produciéndose un pequeño sangrado. La ausencia de sangrado durante el primer contacto sexual, o la ausencia de himen en algunas mujeres de ninguna manera representan una prueba de que la mujer no sea virgen.

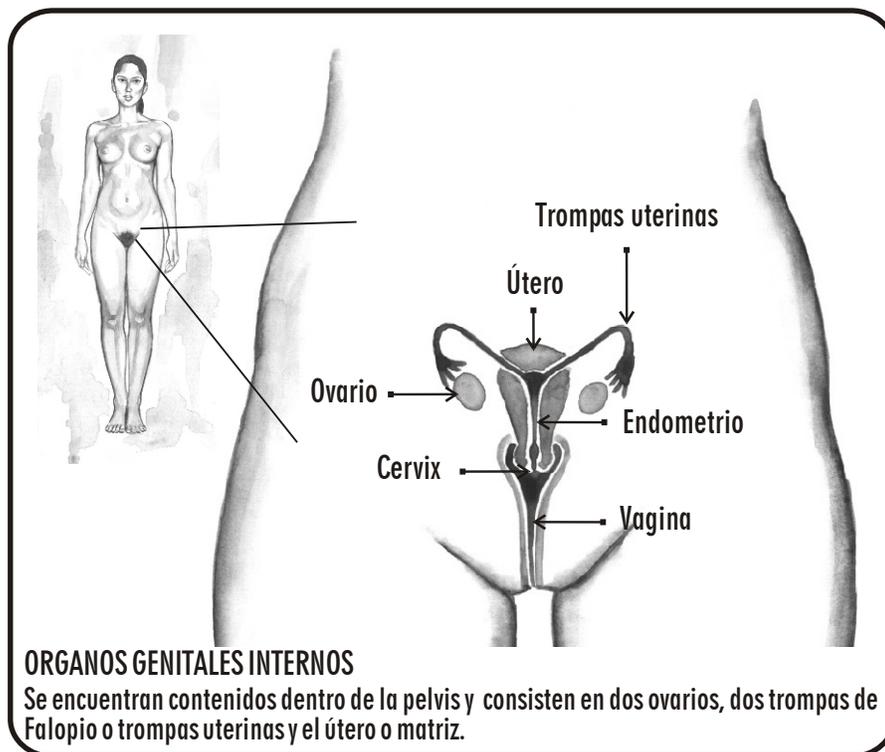
Vagina

Este órgano está hecho de un tejido muy elástico y sus paredes están adheridas, como si fuera un globo desinflado. Durante la excitación sexual, cierta cantidad de líquido que proviene de la sangre atraviesa las paredes vaginales produciéndose así la lubricación vaginal. La vagina también es la vía por donde sale el sangrado que viene del útero durante la menstruación. La vagina es tan flexible que durante el parto el bebé pasa por la vagina, también se le conoce como “canal de nacimiento”. A la entrada de la vagina se le denomina “orificio vaginal”.

Glándulas de Bartholin

Son dos glándulas ubicadas a cada lado del orificio vaginal, cada una de ellas secreta durante la excitación sexual gotas de una sustancia acuosa, que contribuyen a la lubricación vaginal.

Los genitales internos son una muestra de la belleza y complejidad de la constitución del ser humano.



Órganos genitales internos femeninos

Trompas de Falopio o tubas uterinas

Son dos tubos de comunicación entre el ovario y el útero, su función es la de transportar al óvulo desde el ovario en dirección al útero. Las trompas en su interior están recubiertas por pequeñas vellosidades, las fimbrias, que crean corrientes hacia el útero y así se lleva a cabo la transportación. En el interior de las trompas se lleva a cabo la fecundación, es decir, la unión de un espermatozoide con un óvulo.

Útero o matriz

Es un órgano hueco en forma de pera invertida inclinada ligeramente hacia el frente. Su función es dar albergue al huevo fecundado durante todo su desarrollo, es decir que en el útero se lleva a cabo el embarazo. El útero está constituido de tres capas:

El endometrio

Es la capa mucosa interna, con gran cantidad de vasos sanguíneos, susceptible a los cambios cíclicos hormonales que se desprende durante la menstruación para volver a crecer en el siguiente ciclo.

El miometrio

Es la capa muscular e intermedia del útero, que tiene gran fuerza y elasticidad, que permite que el útero crezca durante el embarazo.

La serosa

Es la capa externa que cubre a las anteriores.

Cuello del útero o cerviz

Es el punto donde se comunican la vagina y el útero, es una abertura del tamaño de una cabeza de alfiler que puede ser tan elástica y fuerte que en el parto se dilata lo suficiente para que nazca un bebé, al permitir su paso. También permite el paso de los espermatozoides desde la vagina hacia el interior del útero y del fluido menstrual desde el útero hacia el exterior.

Ovarios

Son dos cuerpos en forma de almendra que se encuentran sostenidos por un ligamento y a cada lado del útero o matriz. Tienen una doble función, por un lado son los responsables de la maduración de los óvulos y, por el otro, de la producción de hormonas. Estas hormonas son las siguientes:

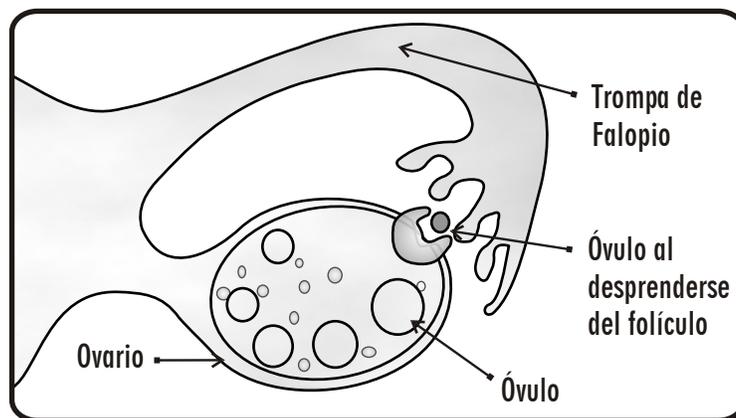
Estrógeno

Es el responsable del crecimiento y desarrollo de los órganos genitales y de la aparición y mantenimiento de los cambios físicos o características sexuales secundarias en la mujer.

Progesterona

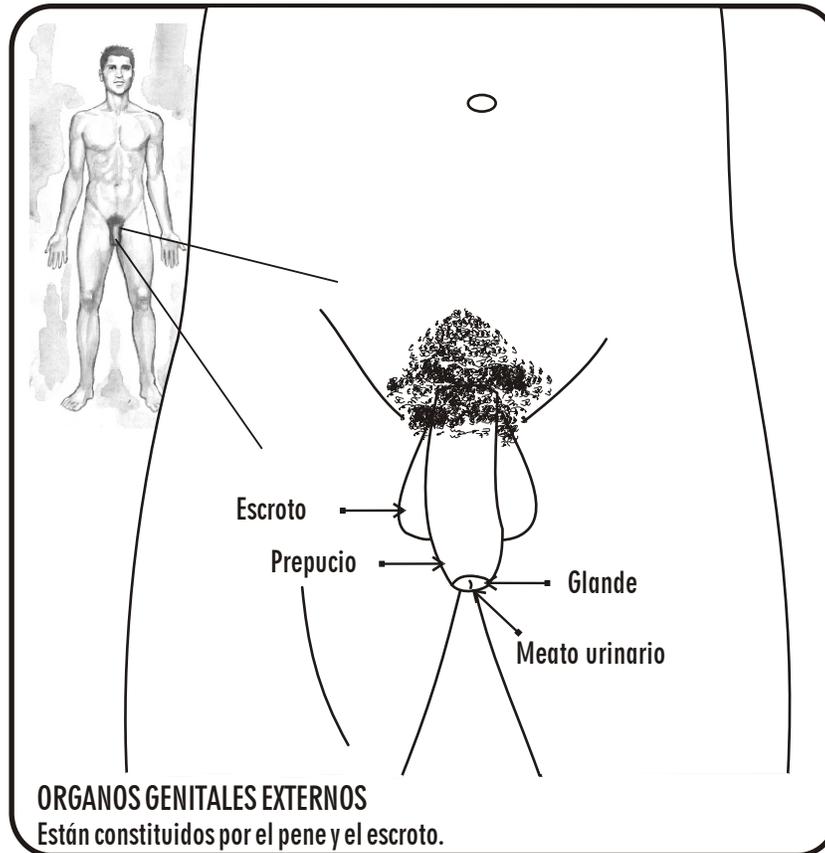
Es la responsable de preparar y mantener el embarazo, se reproduce en la cicatriz que deja el óvulo al desprenderse del folículo, a esta cicatriz se le llama cuerpo amarillo o lúteo.

Además de la maduración de los óvulos, los ovarios tienen importantes funciones en el control de la producción hormonal.



Ovario

Órganos genitales del hombre



Órganos genitales externos masculinos

El tamaño del pene no está relacionado con la capacidad de disfrutar o brindar placer sexual ni con la masculinidad de un hombre.

Pene

Es un órgano externo con doble función. Por un lado cuando está en estado de flacidez sirve para conducir la orina a través de la uretra desde la vejiga hacia el exterior y por el otro, cuando se encuentra en estado de erección puede penetrar en la vagina durante el coito y transportar el semen hacia el exterior: la eyaculación. Está formado por dos cuerpos cavernosos y un cuerpo esponjoso.

Cuerpos cavernosos

Cuentan con pequeños compartimientos que son capaces de retener la sangre en el momento de la excitación sexual, ocurriendo de este modo la erección del pene.

Cuerpo esponjoso

Es un tejido que envuelve la uretra, que lleva la orina y el semen hacia el exterior.

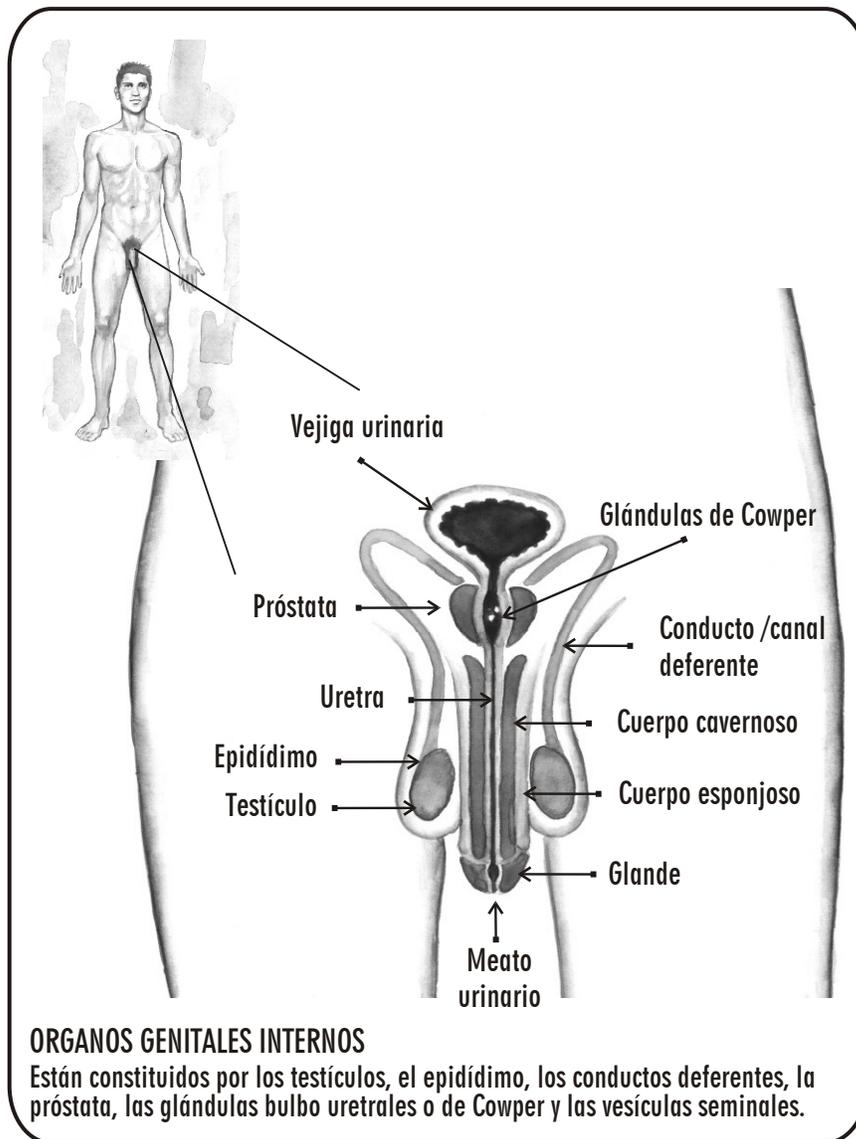
Glande

Se encuentra en la punta del pene. Es el remate del cuerpo esponjoso y una zona altamente sensible. Esta zona cuenta con una gran cantidad de terminaciones nerviosas sensoriales.

El tamaño del pene puede ser motivo de orgullo o preocupación. Uno de los grandes mitos ampliamente difundidos tiene que ver con el tamaño del pene, en el que se presupone que un pene grande se desempeña mejor y puede ser fuente de mayor placer para el hombre y la mujer. La realidad es que un hombre con pene chico es capaz de disfrutar el placer de las relaciones sexuales, lo mismo que su pareja, así como de procrear sin ningún problema. Para la mujer no es importante el tamaño del pene, durante el coito la satisfacción está más bien dada por la sensibilidad y habilidad de ambos al tener relaciones sexuales, sin importar las dimensiones de éste.

Escroto

Es una bolsa constituida de varias capas situada cerca de la base del pene. Está compuesto de músculo y piel, que durante la pubertad, toma una coloración más oscura que la del resto del cuerpo y se cubre de vello. En su interior se encuentra separado en dos compartimentos y cada uno aloja a un testículo.



Órganos genitales internos masculinos

Es frecuente que se denomine "testículos" a la parte externa de los mismos, el escroto. Por ello, es importante aclarar la diferencia a los y las adolescentes y jóvenes.

Testículos

Son dos cuerpos ovoides (en forma de huevo), que están envueltos cada uno por una delicada membrana. En su interior presentan pequeños compartimentos que contienen numerosos conductos. Los testículos tienen doble función, una de ellas es la producción de espermatozoides y la otra es la producción de hormonas llamadas andrógenos, de las cuales la más importante es la testosterona. Esta hormona es la responsable de la aparición y mantenimiento de los cambios físicos o características sexuales secundarias que aparecen en la pubertad.

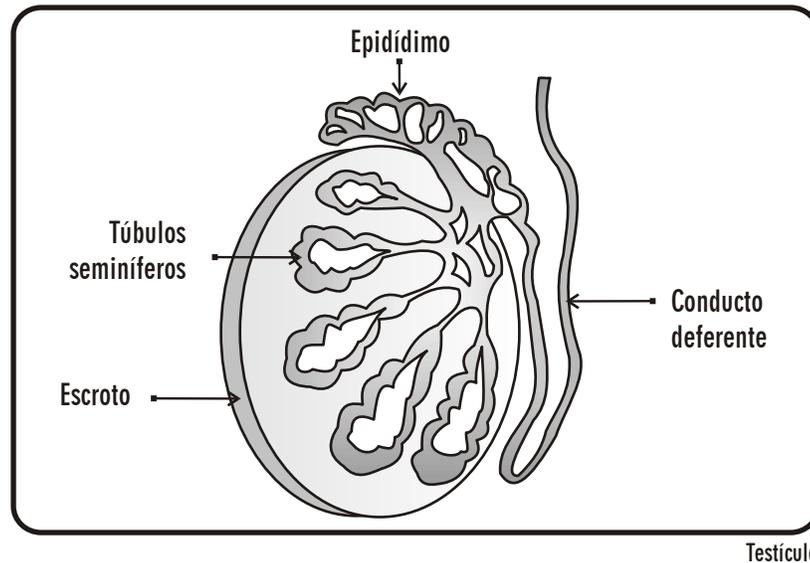
Túbulos seminíferos

Son conductos que se encuentran en los compartimentos de los testículos. Dentro de ellos se lleva a cabo la espermatogénesis, es decir, la producción constante de espermatozoides.

Epidídimo

Es un tubo en forma de letra “C” situado sobre cada testículo, y la continuación de los túbulos seminíferos. El final del epidídimo desemboca en cada testículo para formar el conducto deferente.

El que los hombres aprendan sobre el cuerpo de la mujer y viceversa, puede favorecer a futuro la comunicación sobre temas sexuales en la pareja, y permitir negociar el cuidado mutuo.



Conductos deferentes

Son un par de conductos en donde desembocan los espermatozoides maduros que vienen del epidídimo y son transportados hacia la uretra.

Próstata

Es un órgano músculo-glandular de forma triangular que se encuentra situado sobre la parte inferior de la vejiga, su función es producir el líquido prostático, un líquido lechoso, con olor característico, que contiene proteínas, calcio, colesterol, ácido cítrico y algunas enzimas. Tiene un PH alcalino (no ácido) que permite al espermatozoide mantenerse vivo dentro de la vagina, la que tiene un PH ácido. Este líquido constituye el porcentaje más alto de líquido seminal.

Vesículas seminales

Son un par de glándulas que producen un líquido que también forma parte del líquido seminal que es vertido a la uretra.

Glándulas bulbo uretrales o de Cowper

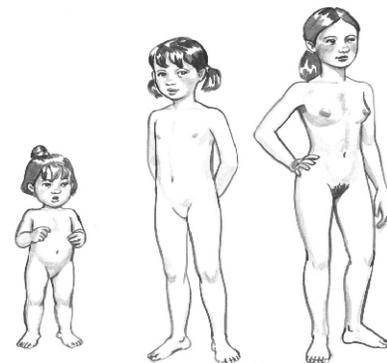
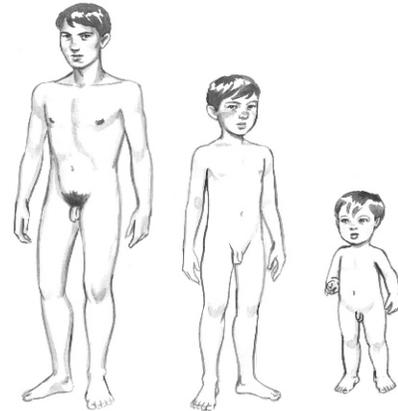
Son dos estructuras del tamaño de un chícharo, que se encuentran al lado de la uretra, y desembocan en ésta. Durante la excitación sexual éstas producen un líquido alcalino, cristalino y adherente cuya función es limpiar la uretra de restos de orina, esto se conoce como líquido pre-eyaculatorio. Con frecuencia este líquido lleva también espermatozoides, por lo que pueden presentarse con frecuencia embarazos en una relación sexual en donde se practicó el coito interrumpido, es decir, el retiro del pene antes de la eyaculación.

Ya que los nombres de cada parte de los órganos sexuales no suelen ser del todo familiares para los adolescentes, es importante utilizar técnicas educativas que permitan el repaso y la repetición de los mismos. Por otro lado, es importante que los hombres aprendan sobre el cuerpo de la mujer y viceversa, pues esto puede favorecer a futuro la comunicación sobre temas sexuales en la pareja, y permitir negociar el cuidado mutuo, incluyendo la planeación de la reproductividad y la eliminación de presiones basadas en errores de información.

Características sexuales secundarias

Ahora que conocemos la anatomía y fisiología de los genitales masculinos y femeninos, podremos comprender con mayor claridad los cambios que éstos atraviesan durante la pubertad:

PRINCIPALES CAMBIOS FISICOS EN LA PUBERTAD	
En el varón	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Empieza lentamente el crecimiento del pene ■ Inicia el crecimiento de vello suave en la base del pene (vello púbico) ■ Aumento de estatura ■ Aumento de peso ■ Empieza el cambio de voz ■ El escroto se arruga y se oscurece ■ Aumento en la sudoración y el olor del sudor ■ Aparición del acné ■ El vello púbico sigue creciendo se oscurece y se engrosa ■ Empieza a crecer el vello axilar ■ Se acelera el crecimiento del pene ■ Crecimiento de la próstata, vesículas seminales y testículos ■ Aparición de la primera eyaculación (espermarquia o eyarquía) ■ Aparición del vello facial ■ Aparición del vello en el pecho, las piernas y los brazos 	
En la mujer	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Crecimiento mamario (telarquía), el pezón se oscurece. ■ Las caderas se redondean, se marca la cintura ■ Crecimiento de vello púbico liso y fino y abultamiento del monte de Venus ■ Aumento de estatura y peso ■ Aparición de acné ■ Aumento en la sudoración y cambio de olor del sudor ■ Se inicia la secreción de moco en la vagina. Llega la primera menstruación (menarquía) ■ Continúa el crecimiento de los pechos ■ Las caderas terminan de redondearse ■ Se riza, engrosa y oscurece el vello púbico ■ Aumento de vello fino en piernas, brazos y axilas ■ Crecimiento de labios mayores, menores y clítoris ■ Crecimiento del útero y aumento de longitud vaginal ■ Regularización de la menstruación 	



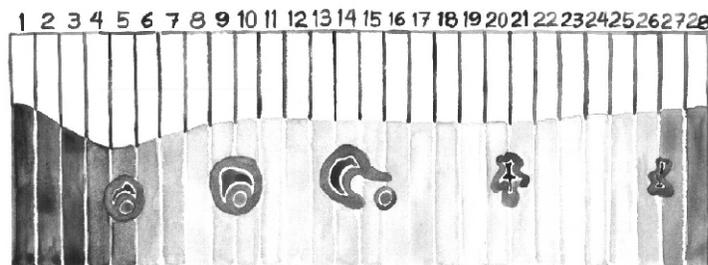
La primera menstruación y la primera eyaculación

Este es un momento esperado con diversas emociones por los niños y las niñas. Algunos de ellos quisieran saber con exactitud cuándo se presentará y esto, ante la gran variedad de experiencias, es una pregunta difícil de responder. Usualmente, la primera menstruación aparece alrededor de un año después del crecimiento de los senos en la mujer, y la primera eyaculación suele aparecer después del crecimiento lineal, alrededor de los 14 años. En cualquier caso, este signo de madurez es la señal decisiva de la terminación de la infancia. Es recomendable recalcar a los y las alumnas que la eyarquia y la menarquia representan la posibilidad de reproducirse biológicamente, ya que aún en la actualidad existen púberes hombres y mujeres que desconocen esta implicación, lo que incrementa el riesgo de embarazo no deseado y no planeado. De la misma manera, aún cuando sea obvio para el docente, debe expresarse abiertamente que la aparición de estos eventos es un signo de desarrollo normal, por lo que la vergüenza o culpa que algunos menores sienten, probablemente por influencias negativas relacionadas con la sexualidad, deben eliminarse.

Menarquia

Para que una mujer menstrúe se requiere que:

1. Por influencia de diferentes procesos, entre ellos la presencia de la hormona HFL (hormona foliculo estimulante) y los estrógenos, un óvulo madure dentro del ovario.
2. Cuando esto sucede, la hormona luteinizante (HL) se incrementa y el óvulo sale del ovario. A este proceso se le denomina también ovulación.
3. El óvulo es integrado a las tubas uterinas o trompas de Falopio, su camino inicia en las fimbrias, que con leves movimientos atraen al óvulo hacia el útero.
4. El óvulo avanza por la trompa de Falopio y entra al útero, esto se logra en varios días.
5. Mientras el óvulo avanza, el endometrio crece formando una capa esponjosa que sirve para anidar el óvulo cuando es fecundado. Este proceso se logra gracias a la presencia de la progesterona.
6. Si después de 6 días de la ovulación no se detecta el embarazo, la progesterona disminuye y el óvulo sigue madurando hasta envejecer, convirtiéndose en un cuerpo amarillo, denominado cuerpo lúteo.
7. A su vez, en un ciclo menstrual común, sin embarazo, el endometrio, que se había ensanchado, se desprende del útero y emerge del cuerpo como sangrado menstrual, también por la ausencia de progesterona.



Una vez que un ciclo se ha completado, inicia un nuevo ciclo. El ciclo menstrual dura en la mayoría de las mujeres alrededor de 28 a 31 días, aunque puede variar y ser mayor o menor el período de tiempo. En la pubertad, es posible que en el primer año el ciclo menstrual no sea regular (por ejemplo, no es siempre cada 28 días) sino variado e inconstante. Después se regularizará y la mujer podrá saber cuál es la duración de su ciclo. Para ello, es recomendable tener un calendario donde se anote el primer día de sangrado y el último y de esta manera podrá efectuarse el cálculo aproximado de la siguiente menstruación, así como los días más y menos fértiles. Los días del ciclo menstrual se cuentan a partir del primer día del sangrado y termina el último día del siguiente sangrado.

La salud de la niña es la base para que experimente su primera menstruación.

Espermarquia o eyarquia

Al igual que en la mujer, el varón no puede saber qué día tendrá su primera eyaculación. Algunos menores se angustian por tener ideas erróneas relacionadas a la masculinidad y la hombría, pensando que quienes tienen su primera eyaculación antes que ellos, serán más “potentes” sexualmente y que, por esto, son más hombres o viven un desarrollo mejor que el propio. Es importante aclarar que no es así y existen variaciones en la aparición de la primera eyaculación entre un menor y otro.

Usualmente la primera eyaculación aparece en los llamados “sueños húmedos” o sueños nocturnos, de manera que el púber descubre al día siguiente su cama mojada. Si este varón tiene información, podrá sentir, de acuerdo a la misma y a sus experiencias, una diversidad de emociones al respecto. Si no ha tenido información, probablemente se confunda, piense que se ha orinado o crea que tiene alguna enfermedad.

Otra manera habitual como aparece la primera eyaculación es por medio del autoerotismo, mientras el menor explora y conoce su cuerpo, como resultado de la estimulación. Nuevamente, es recomendable que el varón entienda anticipadamente que esto puede suceder.

Para que un varón experimente su primera eyaculación se requiere que:

1. Por la influencia de diversos factores, entre ellos la presencia de la testosterona, maduran los espermatozoides, que se encuentran dentro de los testículos (en los túbulos seminíferos).
2. Una vez que han madurado, los espermatozoides son expulsados por contracciones de sus genitales internos, usualmente por efecto de la estimulación genital o de forma natural durante el sueño.
3. Al salir de los testículos, los espermatozoides avanzan por el conducto seminal hacia la vesícula seminal y posteriormente hacia la próstata.
4. En éstos dos lugares, obtienen proteínas, antiácidos y líquido suficiente para seguir transportándose. Cuando los espermatozoides cuentan con este líquido y proteínas, el conjunto se llama semen.
5. El semen avanza por el conducto eyaculador, y emerge al exterior, generalmente asociado a una sensación sumamente agradable denominada orgasmo. Cuando esto sucede, se dice que el hombre ha eyaculado.

Algunos aspectos que deben ser considerados por los y las docentes al educar sobre los cambios en la pubertad son los siguientes:

- Usualmente, las mujeres presentan a más temprana edad que los varones los cambios físicos de la pubertad. Esto no significa que ellas sean más maduras que los hombres o viceversa, simplemente es un resultado del efecto de las hormonas involucradas.
- Cada cuerpo tiene una estructura distinta de acuerdo a nuestra herencia y rasgos particulares. Es saludable aceptar nuestros cuerpos y aprender a quererlos tal como son, pues cada estilo de cuerpo tiene su propia belleza y sus beneficios.
- El ejercicio adecuado para la edad es un hábito que les brindará bienestar y salud en el presente y para su futuro, y es recomendable empezar a cuidar el cuerpo aún en edades tempranas, alimentarlo adecuadamente y prepararlo para el resto de los años.
- Ya que los cambios corporales son una muestra de salud y crecimiento, tanto hombres como mujeres merecen respeto hacia su cuerpo y la forma de modificarse del mismo y tienen la responsabilidad de respetar los cambios del sexo diferente al suyo como muestra de madurez.

También los hombres necesitan anticipar y saber que la eyaculación aparecerá en cierto momento de sus vidas. Preparemos a los y a las adolescentes para que la llegada de la madurez genital sea un evento digno y no una fuente de angustia.

Higiene y autocuidado

La educación restrictiva y culpígena respecto a la sexualidad tiene múltiples repercusiones nocivas para la salud y el crecimiento: éstas van desde la simple dificultad de hablar con naturalidad sobre el tema, hasta la negación de un cuerpo sexuado.

No es casualidad entonces que algunos docentes eviten los temas relacionados con la exploración del cuerpo y la sexualidad por concebirlas sólo como un acto erótico, dejando de lado a la información para la salud y la prevención de enfermedades.

Quizá el y la docente necesiten recordar que la mayoría de sus alumnos y alumnas conocerán y explorarán su cuerpo y específicamente sus genitales por placer y por curiosidad, aun sin que ellos hablen del tema en el aula escolar. Sin embargo, si el tema no es abordado, un mucho menor porcentaje de sus alumnos y alumnas sabrán que pueden seguir ciertos pasos para incluir en su autoexploración corporal la vigilancia y el cuidado de su salud reproductiva.

Los hábitos relacionados con el cuidado corporal y específicamente la exploración genital se deben iniciar desde la infancia. De esta manera pueden detectarse anomalías en el crecimiento, infecciones y malformaciones que pueden ser atendidas oportunamente.

Autoexploración en el hombre

Autoexploración de testículos y pene

Es importante enseñar y concientizar a los hombres con las técnicas de autoexploración de genitales, sobre todo del pene y los testículos:



AUTOEXPLORACION DE LOS GENITALES EN LOS HOMBRES	
Pasos a seguir	
1.	Se revisará con regularidad el glande, su coloración, si existe escozor o algún punto doloroso.
2.	Al retraer el prepucio para liberar el glande se valorará el surco balanoprepucial, sobre todo en caso de los no circuncidados.
3.	Se revisará el escroto, palpando y buscando de cada lado el testículo correspondiente, haciendo hincapié en que la consistencia y el tamaño de los testículos sean simétricos, así, poco a poco se entrenará para reconocer el estado normal del patológico.
4.	Cuando se detecte un aumento de tamaño en la bolsa escrotal, por crecimiento testicular o aumento de la consistencia del testículo con la presencia o no de dolor a la palpación, habrá que acudir con el especialista en medicina para una valoración temprana e integral.

Usualmente se asume que los hombres conocen de sexualidad, “pues son hombres”. Sabemos que esto no es sino un error de información grave que repercute en la confianza de los hombres para preguntar y asesorarse sobre su sexualidad. Tanto mujeres como hombres deben conocer los cuidados de su cuerpo y el de su pareja, pues eso promueve la responsabilidad mutua.

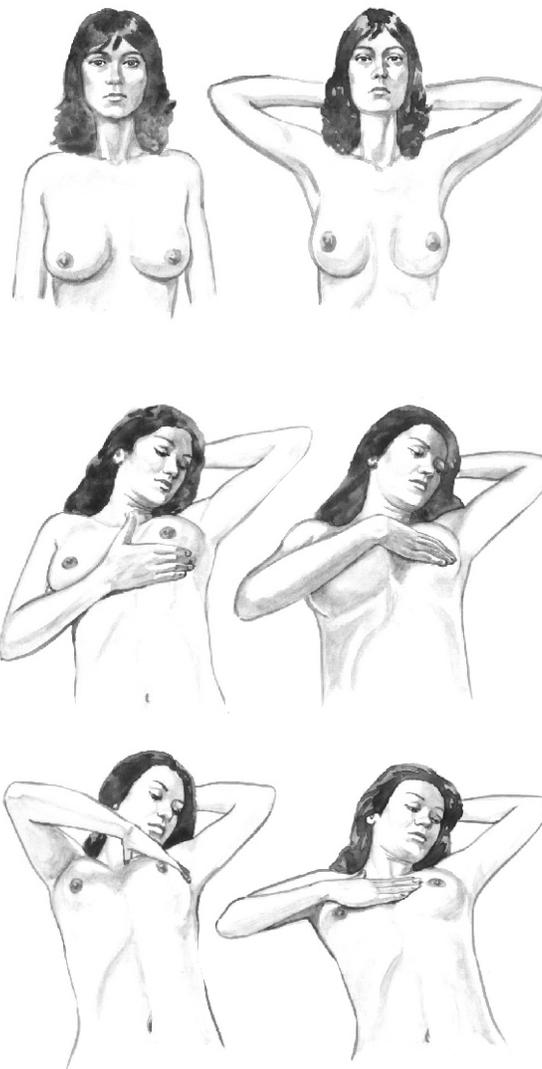
Autoexploración en la mujer

Desde que se inicia la pubertad es importante que la mujer aprenda a explorar sus pechos así como también sus genitales externos, para detectar cualquier cambio que ocurra en ellos y poder atenderlos tempranamente. Para ello es necesario que la mujer aprenda unas sencillas técnicas.

Autoexploración de mamas

Como sugieren las imágenes:

AUTOEXPLORACION DE LOS PECHOS EN LAS MUJERES
Pasos a seguir
1. La mujer se coloca de pie frente al espejo con el torso descubierto, primero con las manos en la cintura y posteriormente con las manos elevadas.
2. En el espejo se valorará la situación de los pezones, su simetría, que no existan zonas de retracción; la textura y coloración de la piel de ambas mamas será la usual y simétrica con la mama contralateral.
3. Posteriormente se palpa con la mano derecha el pecho izquierdo y viceversa, siempre empezando a las 12 de las manecillas del reloj y terminando de nuevo a las 12, rotando a su alrededor al palpar.
4. Se busca intencionadamente nódulos, "bolitas" o puntos dolorosos o secreción sanguínea a través del pezón.
5. Se incluye la palpación suave del hueco axilar, donde igualmente se buscan nódulos o puntos dolorosos (se entrenará poco a poco a las mujeres a tocar, en condiciones normales, las cadenas ganglionares axilares).
6. Finalmente, acostada sobre la espalda, con un brazo flexionado y colocado atrás de la cabeza, con la mano contraria se inicia nuevamente la exploración de la mama, siempre en el sentido de las manecillas del reloj, buscando nódulos o puntos dolorosos, o secreción sanguínea a través del pezón, después la otra mama.
7. Se recomienda hacer esta autoexploración una vez al mes y de preferencia después de la menstruación.
8. Si se detecta algo sospechoso es necesario acudir al médico para su identificación temprana.



Autoexploración de genitales externos

La autoexploración también se recomienda en los genitales externos, si se aprende a conocerlos en condiciones normales, será fácil detectar cualquier anomalía en forma temprana. Reconocemos que para la mayoría de las mujeres, debido a su educación, resulta difícil la exploración de sus genitales, por eso es muy importante estimularlas para que se percaten de los beneficios que trae consigo esta exploración, que se realiza de la siguiente manera:

Se recomienda la exploración vulvar una vez al mes, después del baño y auxiliada por un espejo de mano. Se revisa el clítoris, el meato urinario, los labios mayores, los labios menores y la entrada vaginal; también debe incluirse la valoración del periné (ésta es la zona que se encuentra entre el ano y la vulva). Se buscarán intencionalmente cambios en la coloración de la piel de los labios mayores, presencia de bolitas o puntos dolorosos de toda la vulva. Además, se explorarán las condiciones de la mucosa vaginal, así como la presencia o el aumento de la secreción vaginal con cambio en sus características: olor, color, cantidad, etc., la presencia de absceso y en general las condiciones del periné.

Durante la menstruación

En lo que se refiere a la menstruación, aún hoy en día en algunas comunidades a lo largo y ancho de América Latina se cree que cuando la mujer está menstruando es impura o sucia, que no debe acercarse a ningún varón y mucho menos tener relaciones sexuales. También es frecuente escuchar que al referirse a las mujeres que están menstruando se les dice “enfermas”, es importante recordar que el estar menstruando no significa que la mujer está enferma, y que esto no le impida continuar con su vida normal. Sólo tendrá que incorporar ciertos cuidados de higiene en su vida cotidiana. A medida que la información a este respecto ha ido aumentando y se ha divulgado entre la población, estos mitos han disminuido y ha mejorado la condición de las mujeres.

A continuación se proponen algunos sencillos cuidados de higiene:

1. Evitar derrames con el uso de compresas de algodón o tela, toallas sanitarias o tampones (no hay que olvidar que el himen es permeable a un dedo y también a un tampón, por lo cual las mujeres vírgenes pueden aprender a colocárselo y usarlo sin romper el himen).
2. El sangrado menstrual dura entre tres y seis días, y su intensidad varía de mujer a mujer. Si llegara a existir un cambio importante en el sangrado se recomienda consultar a un médico. En ocasiones la menstruación está acompañada de algunas molestias, que deben ceder con analgésicos simples, en el caso de que así no suceda y la vida cotidiana de la mujer se vea limitada, se recomienda consultar a un médico especialista.

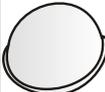
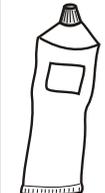
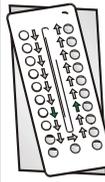
Durante la menstruación no hay impedimento para tener relaciones sexuales. Esto dependerá del gusto o disgusto de los interesados. No se recomienda hacer lavados vaginales ni vulvares especiales durante o después de la menstruación.

Regulación de la fecundidad

La posibilidad de controlar y regular la fecundidad es componente indispensable de la salud reproductiva y constituye un derecho. Por lo tanto, es necesario que los y las docentes cuenten con información para proporcionarla a sus alumnos y alumnas. La planificación de la familia fundamentada en el conocimiento de métodos y técnicas anticonceptivas, es la actitud consciente sobre el número adecuado y espaciado entre los hijos. Sin duda, uno de los eventos desagradables más frecuente en la vida de pareja es un embarazo no deseado o el nacimiento de un hijo no querido o no planeado. Afortunadamente hoy en día y gracias a los métodos anticonceptivos se ha podido desligar el placer erótico de la reproducción. Los métodos anticonceptivos con los que contamos en la actualidad son en general seguros para los dos miembros de la pareja y poseen niveles variables de eficacia, la mayoría no interfieren con el placer sexual y son emocionalmente aceptables por ambas partes. El mejor anticonceptivo será el que la pareja determine que les brinda más protección, sin interferencia en su vida sexual, y de menor costo. Ninguno de los anticonceptivos con los que contamos actualmente es perfecto y todos tienen un índice mayor o menor de error. Debido a la gran cantidad de información que existe en lo que se refiere a anticoncepción, resumimos algunos puntos importantes en el siguiente cuadro. No obstante, el personal docente deberá averiguar la presencia de los mismos en la comunidad.

La planeación familiar implica una actitud consciente sobre el número y espaciado de los hijos, fundamentada en el conocimiento de métodos y técnicas anticonceptivas, así como conductas coherentes que aseguren las decisiones y expectativas de la pareja o persona.

METODOS ANTICONCEPTIVOS INFORMACION BASICA

	Descripción	Prevención del embarazo	Prevención del VIH/SIDA e ITS	Disponibilidad	Ventajas	Desventajas
	CONDÓN Es una funda de látex que se coloca desenrollándolo sobre el pene erecto antes del coito. El hombre eyacula dentro del condón. El condón es más efectivo en la prevención del embarazo cuando se usa con un espermicida. En algunos casos los condones están previamente lubricados; si no lo están, deben lubricarse con un lubricante a base de agua.	Efectivo si se usa de manera adecuada y consistente.	Muy efectivos. El VIH y otros agentes infecciosos no pueden atravesarlo.	Ampliamente disponible en la mayoría de los países, en clubes nocturnos, tiendas y clínicas. No es caro.	En raras ocasiones produce efectos colaterales (algunas personas reportan irritación por el látex). Sólo se usa para coito vaginal u anal. Algunas personas deciden usarlo en relaciones orales.	Es necesario aprender a usarlo. Puede romperse si no se usa correctamente, si está caducado, cuando hay mucha fricción (por ejemplo, cuando el condón está seco), o si se emplean lubricantes grasosos.
	CONDÓN FEMENINO Es una funda suave de poliuretano que cubre el interior de la vagina. Similar al condón masculino. Puede ser usado con un espermicida.	Muy efectivo si se usa de manera adecuada y consistente.	Muy efectivo. El VIH y otras infecciones no pueden atravesarlo.	Es difícil de conseguir. Es caro.	No produce efectos colaterales. Se usa sólo durante las relaciones sexuales. Algunas mujeres pueden usarlo sin que el hombre se dé cuenta.	Es difícil conseguirlo en la mayoría de los países. Puede ser difícil colocarlo.
	DIAFRAGMA Y CAPUCHÓN CERVICAL Capuchón cervical que se coloca sobre el cérvix de la mujer para impedir que entre el espermatozoide del hombre. Se requiere que un trabajador de la salud lo mida. Debe ser colocado en la vagina antes de las relaciones sexuales y dejado allí por lo menos seis horas y no más de 24 después de que el coito haya terminado. Debe lavarse antes de usarlo nuevamente. Debe ser usado con espermicidas.	Muy efectivo si se usa adecuadamente.	No protege contra el VIH. Puede proteger contra algunas ITS, como las verrugas genitales.	No está disponible en muchos países.	Sólo se usa durante las relaciones sexuales. Puede usarse durante años. No es necesario acudir a un profesional de la salud después de ser medido inicialmente.	Para su medida inicial se requiere de un profesional de la salud. Algunas mujeres informan dificultad en colocarlo y retirarlo. Debe volver a medirse cada dos años, después del embarazo, o si la mujer baja o aumenta de peso.
	ESPERMICIDAS Son sustancias químicas elaboradas para matar los espermatozoides en la vagina e impedir que el espermatozoide entre en el cérvix. Existen diversas presentaciones: espuma, película vaginal, crema, gel y supositorios vaginales. Deben ser usados con métodos de barrera (condones, diafragma y capuchón cervical).	Sólo cuando se usan.	No existen pruebas de que protejan contra VIH. Brindan cierta protección contra ITS producidas por bacterias.	Ampliamente disponibles.	Sólo se usan durante las relaciones sexuales. No es necesaria la ayuda de un trabajador de la salud.	Algunas personas pueden ser alérgicas a ellos.
	PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS (la píldora) La píldora contiene hormonas que detienen la ovulación (la producción de óvulos en el ovario).	Cuando se toman correctamente son excelentes.	Ninguna.	Disponible en la mayoría de las clínicas de planificación familiar.	No es necesario prepararse para usarla. Puede ayudar a otros métodos.	Requiere de que un profesional de la salud la administre. Produce ciertos efectos colaterales. Existen condiciones en que no deben ser administradas.
	IMPLANTES HORMONALES (Norplant) Son seis tubos pequeños que se insertan debajo de la piel del antebrazo de la mujer. Los tubos lentamente liberan una hormona que evita la ovulación. Deben ser colocados y retirados por trabajadores de la salud capacitados. Su efectividad se prolonga hasta cinco años.	Excelente.	Ninguna.	Ampliamente disponibles en algunos países.	Se usan independientemente del coito. Las mujeres pueden usarlos sin que los hombres se enteren. Larga duración.	Pueden causar periodos irregulares. En algunas condiciones no pueden ser usados. Deben ser retirados por trabajadores de la salud capacitados.
	RETIRO Esto sucede cuando el hombre retira su pene del interior de la vagina antes de eyacular.	Muy baja. El líquido pre eyaculatorio contiene espermatozoides y entra en el cérvix.	Ninguna. El VIH se ha encontrado en el semen producido antes de la eyaculación.	Disponible para todos los hombres.	Útil si no hay algún otro método disponible.	El hombre necesita estar pendiente de su eficacia en el momento de las relaciones sexuales. Se puede dificultar retirarse antes de eyacular.

METODOS ANTICONCEPTIVOS INFORMACION BASICA

	Descripción	Prevención del embarazo	Prevención del VIH/SIDA e ITS	Disponibilidad	Ventajas	Desventajas
	ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES El inyectable más conocido es la DepoProvera. La inyección debe administrarse cada tres meses en una clínica o centro de salud. Evita la ovulación.	Excelente.	Ninguna.	Ampliamente disponible en algunos países.	Se usa independientemente del coito. Puede ser usado sin que el hombre lo sepa.	Pueden causar periodos irregulares. Requiere de acceso a trabajadores de la salud capacitados cada tres meses. En caso de efectos colaterales no puede suspenderse su efecto. Existen algunas condiciones en que no deben ser usados.
	DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) Es un pieza de plástico o cobre que se coloca en el útero (matriz) por un trabajador de la salud capacitado. Tiene unos finos hilos que la mujer puede sentir para asegurarse que esta colocado en el lugar correcto. El DIU evita la fecundación.	Excelente.	Ninguna. Incrementa el riesgo de EPI después de insertarlo o debido al filamento del mismo.	Está disponible en la mayoría de las clínicas de planificación familiar. A menudo sólo para mujeres que ya han tenido hijos.	Se usa independientemente del coito. Las mujeres por sí mismas pueden revisar que esté colocado en su lugar.	Algunas mujeres informan menstruación muy abundante. Se requiere de trabajadores de la salud capacitados para colocarlo o retirarlo. Existen algunas condiciones en que no debería ser usado, especialmente cuando hay antecedentes de ITS.
	ANTICONCEPCIÓN NATURAL Esto significa tener relaciones sexuales sólo durante las etapas del ciclo menstrual cuando la mujer no puede embarazarse. Requiere conocer estas etapas; incluye observar la temperatura del cuerpo y los cambios en el moco cervical.	Efectiva si se usa adecuadamente.	Ninguna.	Puede ser usado por parejas que conocen el ciclo de la mujer.	No produce efectos colaterales. Las parejas pueden compartir las responsabilidades de la planificación familiar. No implica gastos.	Requiere del compromiso de ambos compañeros. Necesita de una observación cuidadosa.
	CONCIENCIA DE LA FECUNDIDAD Esto significa que puede ser de utilidad el conocimiento de la mujer sobre su ciclo menstrual para decidir cuándo emplear un método anticonceptivo y cuándo tener relaciones sexuales sin protección. Una mujer que desea embarazarse puede tener relaciones sexuales no protegidas durante la etapa que corresponde a su ciclo fértil, pero en ese caso deben usarse además métodos de barrera (condones, diafragma o capuchón cervical) que podrían proteger eventualmente de las ITS.	Efectiva si se usa adecuadamente.	Ninguna cuando se tienen relaciones sin protección. Efectiva si se combina con un método de barrera.	Puede ser de utilidad para las parejas que conocen el ciclo menstrual de la mujer.	No produce efectos secundarios. Las parejas pueden compartir la responsabilidad de la planificación familiar. No implica gastos.	Requiere del compromiso de ambos compañeros. Necesita de una observación cuidadosa y del registro de los cambios.
	ESTERILIZACIÓN Consiste en cortar los conductos deferentes en los hombres para impedir que haya espermatozoides en el semen, o en cortar o bloquear los tubos uterinos en las mujeres para prevenir que el óvulo y el espermatozoide se unan.	Excelente.	Ninguna.	Disponible en clínicas o centros de salud. Debe ser afectuada por médicos capacitados.	Se usa independientemente del coito.	Requiere de intervención quirúrgica con anestesia local (hombres) o anestesia general (mujeres). No es reversible. Pueden producirse pequeñas infecciones después de la operación.
	ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA Debe ser usada por la mujer después de tener relaciones sexuales no protegidas. Existe bajo las presentaciones de píldoras o de DIU. Las píldoras deben tomarse dentro de las 72 horas después de tener relaciones sexuales sin protección. El DIU puede ser colocado cinco días después de un contacto sexual desprotegido.	Excelente cuando se usa dentro del tiempo marcado.	Ninguna.	Ampliamente disponible.	Es una opción importante después de "accidentes" sexuales.	Cada método debe ser administrado por un trabajador de la salud capacitado. Pueden ser rechazados por personas que los relacionan con el aborto.

Traducido y adaptado de "AIDS Action" 36/37-Marzo/agosto de 1997. Publicado por AHRTAG

La decisión del método anticonceptivo

La información sobre métodos anticonceptivos es amplia, y es posible que en una o dos sesiones los y las jóvenes puedan tener un panorama adecuado de los mismos. Aunque es recomendable que el o la docente tengan una idea clara de cuáles métodos se encuentran a disposición en su localidad, los costos de los mismos, el acceso de los jóvenes a los centros de salud y considerar en general las circunstancias de la comunidad para mostrar alternativas realistas.

Algunas circunstancias específicas que cada joven necesita considerar y reflexionar al seleccionar un método anticonceptivo son:

1. ¿Cuáles son los métodos más efectivos?
2. De los que considero los mejores métodos (por sus ventajas, desventajas y su eficiencia) ¿cuáles están a mi alcance?
3. ¿Dónde puedo obtener esos métodos?
4. ¿Cuáles métodos serán más fáciles de utilizar considerando mi situación familiar, de pareja y mi vida erótica?
5. En mis circunstancias ¿con cuál método podré ser más constante?
6. ¿Cuento con los recursos suficientes para adoptar el método que prefiero? (OMS, 2002)
7. ¿Cómo voy a negociar el uso de un método con mi pareja?
8. El método que prefiero ¿me hace sentir bien con mi forma de pensar y de ser? (OMS, 2002)
9. ¿En qué me va a beneficiar el uso de un método anticonceptivo?
10. ¿Tengo disposición para hacerme cargo de mis decisiones con respecto a mi reproductividad?

La ignorancia vuelve frágiles a los y las adolescentes y los mantiene en riesgo constante, por ello necesitan del apoyo de los y las profesionales de la educación en cada grado escolar.
Educar protege.



Finalmente, recuerde que la decisión de adoptar un método anticonceptivo o no hacerlo es de cada persona o pareja, nuestra responsabilidad al educar es mostrar las alternativas, y ayudar a los y las jóvenes a tomar decisiones bajo su propia percepción, análisis y perspectiva de vida, mas con la información suficiente y clara que usted como docente les puede brindar.

Recuerde también que al lado del respeto de la opinión de los otros, es importante que usted tenga una postura claramente a favor del uso de anticonceptivos y de la planificación familiar.

Maternidad sin riesgos

Uno de los aspectos más importantes para lograr una plena salud reproductiva es el logro de la maternidad sin riesgo. De acuerdo a la OPS, la falla en este sentido está ligada directamente a la mortalidad materna, es decir, al número de mujeres que mueren por causas relacionadas con el embarazo y el parto. En su gran mayoría estas muertes son evitables; por ello, el objetivo planteado en el Plan de Acción para el Siglo XXI de la CIPD, se encamina a que todos los países logren reducir a la mitad las cifras de morbilidad y mortalidad maternas de 1990 al año 2000, para ser reducidas nuevamente a la mitad en el año 2015.

Para lograr dicha meta, se han recomendado algunas medidas:

1. Educación sobre la maternidad sin riesgo.
2. Fomento de una adecuada nutrición materna.
3. Atención y orientación prenatal, haciendo especial hincapié en los embarazos de alto riesgo y en la prevención de las infecciones de transmisión sexual y de la infección por el VIH.
4. Atención adecuada en el parto, en todos los casos, contando con la asistencia de personas calificadas que eviten la utilización excesiva de las operaciones cesáreas.
5. Atención obstétrica de emergencia, incluidos los servicios de remisión en caso de complicaciones en el embarazo, el parto y el aborto.
6. Asesoramiento, información y servicios de planificación familiar, y la promoción de intervalos más largos entre los nacimientos.
7. Atención del recién nacido, incluida la lactancia materna exclusiva.

La mayoría de las muertes maternas están relacionadas con complicaciones en el embarazo y el parto. Estas muertes se pueden evitar.

La “maternidad” sin riesgo, incluye el cuidado de ambos miembros de la pareja. En la labor educativa es necesario que se involucre tanto a los hombres como a las mujeres en el cuidado del embarazo.

Todavía en la actualidad existe una alta incidencia de inequidad entre las parejas en donde la mujer no puede participar en la toma de decisiones aun cuando se trate de su cuerpo y en peores casos es presionada por su familia o su pareja, incluso forzada a vivir situaciones que ponen en riesgo su vida y la del producto. Por ejemplo ideas como la de que se es más hombre teniendo más hijos o teniendo hijos varones, o que “los hijos que la vida nos mande serán bienvenidos” han puesto en riesgo de muerte a miles de mujeres quienes a su vez, no conocen un modelo de interacción distinto al de obedecer y temer a los hombres. Por ello, la reflexión grupal sobre las consecuencias de estas presiones sociales y el costo de las mismas puede dar a ambos sexos la posibilidad de plantearse nuevas formas de concebir a la maternidad y la paternidad.



Fecundidad adolescente

La fecundidad adolescente más que ser solamente un problema de salud física y psicosocial, también nos muestra cómo se encuentra el desarrollo social de un país. A pesar que en general la fecundidad en América Latina se ha visto disminuida, no es así para la fecundidad adolescente que se observa que ha ido en aumento. Un ejemplo de esto es lo que ha sucedido en Cuba que, entre los años 1950 a 1955, del total de alumbramientos vivos en ese país el 10.4% fueron alumbramientos de adolescentes, y para el período de 1985-1990 estos alumbramientos se incrementaron al 25%. Recientemente el Centro Latinoamericano de Demografía reporta que el porcentaje de nacimientos en madres adolescentes es alrededor del 20%. Es importante precisar que este dato no permite vislumbrar las diferencias que hay entre un país y otro, por ejemplo, en El Salvador de cada 1000 alumbramientos 138 son de madres adolescentes, mientras que en Chile de cada 1000, 66 son de madres adolescentes. En México se estima que durante el año 2000 ocurrieron en el país cerca de 366 000 nacimientos de madres que tenían entre los 15 a 19 años, lo que representa el 17% del total de nacimientos en ese año.

Debe advertirse que, si bien se reconoce el problema que representa a nivel continental el aumento en el número de embarazos adolescentes por las consecuencias negativas que representa para las adolescentes mismas, para sus hijos y la sociedad, en muchos países no existen datos precisos de la magnitud del fenómeno. No obstante, desde las clásicas encuestas hechas por Leo Morris en ciudades de Brasil, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Jamaica, México, Panamá y Paraguay, ya se conocía que la mayor parte de los embarazos en adolescentes no son deseados.

El vínculo entre baja escolaridad, baja autoestima, dependencia económica y alta fecundidad femenina es directo.

Causas y consecuencias

Existen varios factores causales del embarazo adolescente, muchos de ellos tienen relación con las condiciones socioeconómicas existentes en la región. Por ejemplo, se sabe que la escolaridad es tal vez el factor social más importante para modificar la fecundidad de las mujeres, y lo es aún más en el caso de las adolescentes.

Zeidenstein, del Population Council señala que: “la educación es uno de los aspectos críticos de la discriminación económica hacia las mujeres. En muchos países las muchachas reciben menos educación que los varones. Como resultado de esta falta de oportunidad de educación, las mujeres de los países más pobres presentan mayores tasas de fecundidad adolescente y las más altas tasas de mortalidad materna y neonatal. El vínculo entre poca educación, baja autoestima, dependencia económica y alta fecundidad femenina es directo” (Corona 1994).

Por otra parte, una diversidad de estudios realizados en países de la región demuestran que la causa de los embarazos de adolescentes radica no solamente en su ignorancia respecto a la anticoncepción, ni en la inaccesibilidad de los servicios y métodos, sino, muy sustancialmente, en los patrones socioculturales que refuerzan las condiciones de subordinación de la mujer dentro de la sociedad y en la frecuente falta de habilidades para establecer un plan de vida por parte de los y las adolescentes.

En muchos casos, las jóvenes se embarazan porque no existen otras alternativas (estudio o trabajo) para adquirir status dentro de su grupo.

Como ya hemos mencionado, cuando la cultura y los medios exaltan la maternidad como única fuente de realización femenina y ésta se encuentra tan cercanamente vinculada con la identidad femenina, quedan pocos caminos que no conduzcan a la búsqueda, muchas veces inconsciente, de un embarazo, a pesar de las consecuencias que afectarán y marcarán toda la vida de la adolescente.

Muchas jóvenes no intentan o no desean embarazarse, aunque sienten que requieren la atención del hombre y su aprobación, y simplemente no pueden protegerse de la actividad sexual no deseada o de los embarazos.

Tampoco debe olvidarse a sus compañeros, hombres jóvenes que pueden identificar la desinhibida expresión de la sexualidad y la fecundidad con la masculinidad. Muchos de ellos no tienen la intención de volverse padres, pero ignoran los recursos a su alcance para evitar la paternidad o simplemente no se interesan en utilizarlos.

Factores de riesgo biomédicos y psicosociales

Los riesgos y consecuencias del embarazo precoz afectan tanto a la madre como al hijo, al igual que a la sociedad. Los riesgos biomédicos para la joven y el niño son bien conocidos, menos estudiados son los riesgos asociados al desarrollo infantil, tales como desnutrición, problemas de aprendizaje y conducta, entre otros. Sólo hasta fechas recientes se da importancia al precio psicosocial que la joven paga, como: volver a embarazarse, abortos realizados en pésimas condiciones, suspensión de sus estudios en caso de que asista a la escuela, matrimonios y uniones precipitados y disminución de las posibilidades de capacitación y empleo. Los varones, aunque en menor grado, también se ven afectados. En pocas palabras, el embarazo adolescente compromete el potencial de un pleno desarrollo humano de un gran sector de la población.

El aborto es la expulsión o extracción de un feto o embrión que pesa menos de 500 gramos, de edad gestacional aproximada de 20 -22 semanas completas, o de 140 - 154 días completos (OMS, 1985).

Aborto

Según la OMS, el aborto es “la expulsión o extracción de un feto o embrión que pesa menos de 500 gramos de edad gestacional aproximada de 20 a 22 semanas completas, o de 140 - 154 días completos, o de cualquier otro producto de la gestación de cualquier peso y designación específica - por ejemplo, la mola hidatiforme- independientemente de la edad gestacional, tenga o no evidencia de vida y sea o no el aborto espontáneo o inducido” (CLAP-OPS/OMS, 1985).

El aborto inducido o provocado es la interrupción intencional de un embarazo no deseado. Este tema ha causado y sigue causando enormes controversias. Algunos grupos hablan de que se trata del asesinato de un ser humano, mientras que otros sostienen que el huevo fecundado y el embrión no tienen vida propia.

En la mayoría de los países de la región el aborto inducido es ilegal y constituye un grave problema de salud pública. Por esta razón es difícil conocer datos exactos de su incidencia y lo que se tiene son meramente estimados. Por ejemplo, en México se estima que la incidencia de abortos inducidos por año va de 800,000 a 1'000,000 de casos. El Programa de Salud Materna y Maternidad sin Riesgos de la OMS señala en estimaciones inéditas que en América Latina y el Caribe se calculan 6,000 muertes anuales por abortos en malas condiciones.

Las complicaciones del aborto son muy difíciles de estimar debido al subregistro; sin embargo, con frecuencia se presentan en los servicios de salud situaciones derivadas de las prácticas clandestinas, que casi en su totalidad se realizan en malas condiciones de asepsia principalmente en las mujeres de clases sociales populares, ya que aquellas que cuentan con recursos económicos pueden acceder a servicios con personal calificado y en buenas condiciones de higiene; por esto último se puede decir que el aborto también constituye un problema de clase social.

Este es uno de los problemas relacionados con la salud que mejor ejemplifica las condiciones de subordinación de las mujeres, al enajenarles el derecho a decidir responsablemente.

Es urgente educar para evitar las complicaciones que se derivan del embarazo adolescente, el embarazo no deseado y el aborto, aumentando y motivando hacia el uso de los servicios de planificación familiar, dentro de los programas integrales de educación sexual poniendo énfasis en la salud reproductiva.

En el Plan de Acción de la CIPD (1994), se trató también el problema del aborto. Para disminuir el número de mujeres que cada año muere por abortos clandestinos realizados en malas condiciones de higiene y por personas no calificadas se recomiendan las siguientes medidas:

MEDIDAS PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD MATERNA POR ABORTOS

Recomendaciones

1. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales a incrementar su compromiso con la salud de las mujeres y a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas, como un importante problema de salud pública.
2. En todos los casos, las mujeres deberán tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos.
3. Los gobiernos deberían reducir el recurso al aborto mediante la prestación de servicios más amplios y mejores de planificación familiar. El aborto no debe promoverse como método de planificación de la familia. Se debe ofrecer con prontitud servicios y educación de planificación de la familia postaborto que ayuden a evitar la repetición de los abortos.
4. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. Los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas en los casos en que no sean contrarios a la ley.
5. Una mayor atención a las necesidades de salud reproductiva de las adolescentes y las mujeres jóvenes reduciría notablemente la morbilidad y mortalidad maternas mediante la prevención de embarazos no deseados y de los abortos posteriores realizados en condiciones deficientes.

Sexualidad y embarazo

A lo largo de la vida tanto de hombres pero especialmente de las mujeres, la sexualidad tiene un cambio fundamental cuando se presenta un embarazo. La llegada de un hijo modifica tanto en los varones como en las mujeres la percepción de sí mismos y la visión del mundo que los rodea. Esto se debe al dramático cambio hormonal que vive el cuerpo de una mujer embarazada y que en algunos casos es percibido también por la pareja. Aunado a esto la llegada de un hijo hace que la pareja incorpore un nuevo rol nunca antes vivido que es el de ser padres, roles que tendrán que desarrollarse durante el ejercicio de la maternidad y la paternidad, sumando a todo esto la valoración individual y de pareja que se tenga de la sexualidad.

En cuanto a la actividad sexual que posea una pareja durante el embarazo, depende mucho de la disposición que se tenga para realizarla y del estado de salud que se presente durante este período.

Una de las preguntas que con mayor frecuencia hacen las parejas que esperan un hijo, tiene que ver con la frecuencia de la actividad sexual, las posiciones sexuales, todas éstas básicamente acompañadas de la preocupación de ocasionar daño al bebé que se está formando en el útero de la mujer. No hay razón alguna para que un embarazo inhiba la actividad sexual de una mujer sana. Generalmente la actividad sexual se presenta con la misma frecuencia que antes de la concepción, aunque existen factores que influyen sobre el interés sexual de la mujer, tales como la fatiga, la náusea, los cambios fisiológicos como sería el del aumento de llegada de sangre a los pechos de la mujer que ocurre durante la estimulación sexual, lo cual puede ser doloroso sobre todo en aquellas mujeres que experimentan una sensibilidad aumentada en esa zona. También se llega a presentar cierta preocupación en las mujeres que cursan su primer embarazo o han tenido la experiencia de un embarazo anterior con complicaciones.

No hay razón para que un embarazo limite las actividades sexuales de una mujer sana. Generalmente la actividad sexual se presenta con la misma frecuencia que antes del evento.

Durante el segundo trimestre la mujer se hace más consciente de la presencia del bebé en formación, ya que empieza a sentir los movimientos de éste, así como el notorio aumento de volumen del abdomen. En este período desaparecen las molestias que se presentaron en el trimestre anterior e incluso comienza a resurgir el interés sexual. En general existe un aumento de la lubricación vaginal desde este trimestre en adelante. En realidad donde se presenta un cambio es en la elección de las posturas sexuales debido al aumento del volumen del abdomen. Las parejas elegirán cuál posición les resulta más cómoda en estas nuevas circunstancias, y la frecuencia de los orgasmos dependerá del grado de interés sexual por parte de la mujer.

La actividad sexual durante el tercer trimestre del embarazo suele disminuir considerablemente. Entre las razones más frecuentes que explican dicho cambio se encuentran: malestar físico, miedo a dañar al bebé en formación, pérdida del interés sexual, torpeza para efectuar el coito, recomendación médica y sentimientos en la mujer de ser poco atractiva. A las mujeres con antecedentes de sangrado vaginal durante el embarazo, membranas rotas o cuello maduro antes de tiempo, se les recomienda suspender la actividad sexual ya que corren riesgo de tener un parto prematuro, al existir contracciones uterinas que acompañan el orgasmo. Las mujeres sin este tipo de antecedentes y que están sanas, pueden participar tranquilamente en la actividad sexual sin que esto represente ningún riesgo, ni para ellas o para el bebé en formación. También existe la posibilidad de que la pareja elija prácticas de caricias mutuas y otro tipo de estimulación.

La menopausia se presenta en promedio, entre los 45 y 50 años de edad. Puede traer consigo cambios drásticos en el estado de ánimo que afectan a las madres y esto puede repercutir en la atención de los y las menores.

Climaterio y menopausia

En esta etapa de la vida de la mujer, se presenta una disminución o suspensión de la producción de estrógeno y progesterona por parte de los ovarios. Esta disminución de los niveles hormonales en la sangre, provoca que se presenten signos y síntomas que en su conjunto han sido llamados *Síndrome climatérico*.

El síndrome citado presenta dos etapas: etapa pre-menopáusica (antes del último sangrado), que se manifiesta por irregularidades en la menstruación (aumento o disminución de sangrado, sangrados intermitentes) y algunos trastornos emocionales como fatiga e irritabilidad y otros como mareos y dolores de cabeza. Una vez que se ha presentado la menopausia se denomina síndrome climatérico post-menopáusico, en donde pueden aparecer fenómenos más agudos como bochornos, atrofia genital, osteoporosis, etc., que pueden conducir a su vez a fracturas, arterioesclerosis, enfermedad coronaria y en algunas mujeres a trastornos emocionales.

La menopausia se presenta, en promedio, entre los 45 y 50 años de edad. Actualmente, esta edad corresponde a mujeres productivas, y es necesario que cuenten con conocimientos claros de lo que les está pasando, tal y como requirieron información para vivir la pubertad y la adolescencia.

La vida sexual de la mujer en esta etapa puede verse afectada debido a los cambios que se manifiestan en la vagina: pérdida de la rugosidad, adelgazamiento de las paredes y disminución en la humedad, por lo que es importante que la mujer tenga información y atención suficientes. Aunque algunas mujeres aumentan su interés por las relaciones sexuales, ya que ha desaparecido el riesgo de un embarazo no deseado. En algunas sociedades prevalece la idea de que la llegada de la menopausia es sinónimo de vejez y decadencia. Investigaciones recientes señalan que el cambio de actitud y mentalidad que pueden apreciarse en las personas mayores es atribuible a las secuelas del papel social que se les impone, más que a los efectos biológicos.

Hoy en día se cuenta con medicamentos (hormonas sustitutivas) que pueden ser utilizados cuando son indicados. Es necesario informar a todas las mujeres sobre esta etapa tan importante de la vida, educar para la conservación de la salud evitando enfermedades previsibles como los cánceres cervicouterino y mamario. A partir de los 30 años de edad o mejor aún al inicio de la vida sexual. El estudio de Papanicolaou se debe realizar cada tres años si los dos primeros estudios fueron normales, o con menor intervalo de tiempo si así se requiere. La mamografía es otro estudio recomendable en esta etapa.

Andropausia

No existe una menopausia masculina, ya que los testículos siguen activos hasta una avanzada edad. Aun así, después de los 50 años hay un descenso de la producción de testosterona, lo que dará como resultado problemas físicos y emocionales parecidos a los de las mujeres.

Se mencionan como los más relevantes, disminución del impulso sexual y una cierta inestabilidad emocional. Se presentan modificaciones en la respuesta sexual y así vemos que el conseguir una erección puede llevar un poco más de tiempo. Sin embargo, el placer puede experimentarse con tanta o más intensidad que en los años anteriores.

Es de suma importancia mencionar que en esta etapa y desde los 40 años de edad es necesario revisar una vez al año las condiciones de la próstata, debido a la alta frecuencia de cáncer en dicho órgano. Sólo con la valoración anual puede detectarse tempranamente algún problema y resolverse de un modo menos agresivo, que cuando se encuentra en estados avanzados o en etapas terminales.

Infertilidad y esterilidad

En sociedades donde se valora altamente la posibilidad de tener hijos, la infertilidad y la esterilidad representan más que un problema médico por el significado social y psicológico.

Es frecuente escuchar que se utilizan los términos infertilidad y esterilidad como sinónimos, e incluso entre los profesionales existe una gran controversia para definir ambas denominaciones. A continuación definiremos estos términos para tratar de identificar sus diferencias:

Esterilidad

Es la imposibilidad de una pareja para lograr un embarazo en un lapso de un año, si se han tenido relaciones sexuales coitales con una frecuencia de 2 o 3 veces por semana y sin ningún cuidado anticonceptivo.

Infertilidad

Es la imposibilidad de una pareja para lograr llevar a buen término un embarazo. Es decir, que éste se interrumpe de una manera espontánea (no provocada y no deseada) antes de los 5 meses de embarazo, al menos por tres veces consecutivas.

Los factores que intervienen para lograr la concepción humana son numerosos, es necesaria la integridad en la anatomía y el funcionamiento adecuado de los órganos sexuales tanto del hombre como de la mujer.

Esto significa que en la mujer, el eje hipotálamo-hipófisis- ovario, que es un sistema que transmite mensajes por medio de las hormonas, funcione armoniosamente. Esto permite que los ovarios tengan una adecuada maduración de óvulos, es decir, la ovulación (salida del óvulo del ovario) y producción hormonal, que son indispensables para el embarazo y su mantenimiento. También es necesario que las trompas de Falopio estén permeables (que no se encuentren obstruidas) en su interior para poder conducir al óvulo, y así en el tercio externo de las trompas podrán encontrarse el óvulo y el espermatozoide para que tenga lugar la fecundación. Producto de esto será el huevo fecundado que es transportado hacia el útero para que se implante o se anide en el endometrio (capa interna del útero) y ahí se llevará a cabo el desarrollo del futuro bebé.

Por otro lado es indispensable que el hombre deposite su semen en el fondo de la vagina, que deberá contar con un número adecuado de espermatozoides que tengan una forma y movilidad igualmente adecuadas.

La esterilidad es la imposibilidad de una pareja de lograr un embarazo, mientras que la infertilidad es la imposibilidad de llevar a término un embarazo.

Si en algún momento de esta cadena de eventos se llegara a perder la sincronía, la concepción y el embarazo no podrán lograrse. Cuando esto sucede se presentan los fenómenos de infertilidad y esterilidad, que representan graves problemas para las parejas afectadas. Es común que cuando una pareja no logra cumplir con sus expectativas de reproducción se generen conflictos de pareja o de familia.

Es importante mencionar que tanto la infertilidad como la esterilidad deben ser consideradas como un problema de pareja, aunque sea uno solo de sus miembros el que presente el problema físico. En especial el personal, los y las docentes deberán de poner atención y señalar a las parejas afectadas que no existe un “culpable” y que la solución involucra a ambos, ya que “para tener un hijo se necesitan dos”. Es frecuente que en las comunidades tradicionales se valore a las mujeres por su papel de madres, por lo que es importante trabajar en los aspectos de género en las parejas y familias con el fin de que la mujer se valore a sí misma y sea valorada por los demás del mismo modo y no por su posible maternidad.

El diagnóstico y estudio de las parejas representa un alto costo emocional y requiere de una infraestructura tecnológica y científica que no siempre está al alcance de las parejas afectadas, por lo que el estudio de estas parejas debe ser fundamentado, justificado y oportuno para evitar consecuencias no deseadas.

Es de esperarse que esta compleja tecnología necesaria para atender los problemas de infertilidad y esterilidad, se encuentre algún día al alcance de todas aquellas parejas que deseen cristalizar sus ideales reproductivos.

Cáncer

La autoexploración frecuente y la revisión periódica con profesionales de la salud son las mejores medidas preventivas del cáncer cervicouterino y de mamas. Para lograr éstas, es necesaria la educación dirigida a la responsabilidad por el propio bienestar sexual.

Es cada vez más frecuente observar que la salud reproductiva se ve afectada en hombres y mujeres por problemas relacionados con el cáncer. Es necesario educar a ambos para llevar a cabo las medidas que permitan la detección temprana de estos padecimientos.

En la mujer el cáncer cervicouterino (cuello del útero) afecta a las mujeres entre los 20 y 80 años, siendo más frecuente entre los 45 y 65 años. Existe una relación entre algunos factores que pudieran favorecer la presencia de este tipo de cáncer:

- Inicio temprano de la vida sexual coital.
- Mayor número de embarazos.
- Mayor número de compañeros sexuales.
- La presencia de infecciones de transmisión sexual.
- Compañeros no circuncidados.

Para realizar el diagnóstico temprano del cáncer cervicouterino se recomienda practicar un Papanicolaou a todas las mujeres a partir del inicio de la vida sexual, y sobre todo a partir de los 30 años, una vez por año. Este estudio no sólo permite la detección temprana del cáncer cervicouterino, sino también algunos procesos infecciosos e inflamatorios que se presentan en el cuello del útero y la vagina. Otro de los padecimientos más frecuentes en las mujeres es el cáncer de mama que puede ser detectado y tratado tempranamente. Uno de los mejores medios de prevención es la autoexploración sistemática y periódica, tal como lo hemos recomendado.

Es recomendable también sensibilizar a los hombres para acudir regularmente después de los 40 años a su médico para una exploración prostática. De esta manera, se podrá hacer un diagnóstico y tratamiento temprano de posibles tumores malignos del testículo y próstata.

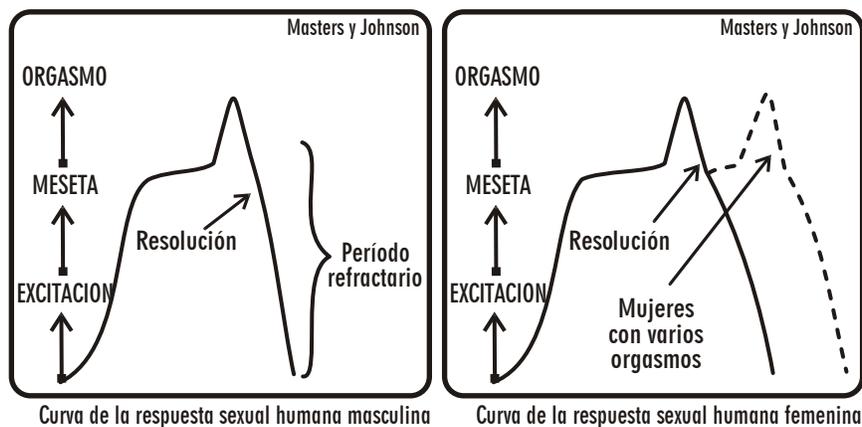
Respuesta sexual humana y disfunciones sexuales

Este es un tema de particular interés para la salud sexual, no sólo porque ha permitido avanzar en su conocimiento, también ha llevado a la comprensión de los fenómenos que pueden ayudar a las parejas a mejorar y enriquecer su actividad sexual. Por otra parte, ha abierto el campo del tratamiento de las disfunciones sexuales por diferentes medios.

Respuesta sexual humana

Este término se refiere a todos los cambios corporales que ocurren durante la actividad sexual y fue descrito por primera vez en el año de 1966 por Masters y Johnson (1978), quienes plasmaron sus interesantes investigaciones en un libro que hoy en día se considera un clásico sobre el tema, titulado: *La respuesta sexual humana*.

Las gráficas muestran la respuesta sexual humana (RSH) en los hombres y en las mujeres.



Actualmente se describe la RSH a partir de las descripciones hechas por la investigadora y sexóloga estadounidense Helen S. Kaplan (1974), la cual divide la respuesta sexual humana en tres fases: deseo, excitación y orgasmo.

Deseo

La fase de deseo descrita por Kaplan, se refiere al apetito sexual, es decir, al interés que surge en una persona por tener actividad sexual, independientemente de que esta última se lleve a cabo.

Excitación

Hellen Kaplan describe esta fase como un congestionamiento sanguíneo que provoca que las estructuras genitales aumenten de tamaño, como puede observarse durante esta fase en los labios menores, el clitoris y el pene.

Debido a esto uno de los primeros signos de la excitación sexual son la lubricación vaginal y la erección del pene. Algunas mujeres hacen referencia a que están excitadas cuando dicen “me mojé” o “estoy húmeda”.

Cuando el grado de excitación aumenta en el varón y el pene alcanza sus máximas dimensiones, se observa la salida por la uretra de unas cuantas gotas de líquido transparente que proviene de las glándulas bulbouretrales, a este líquido se le llama líquido pre-eyaculatorio y tiene la función de limpiar la uretra de residuos de orina que pueden dañar a los espermatozoides.

Es importante mencionar que este líquido con frecuencia lleva consigo espermatozoides, y aunque el varón se retire antes de eyacular dentro de la vagina, siempre existe la posibilidad de un embarazo.

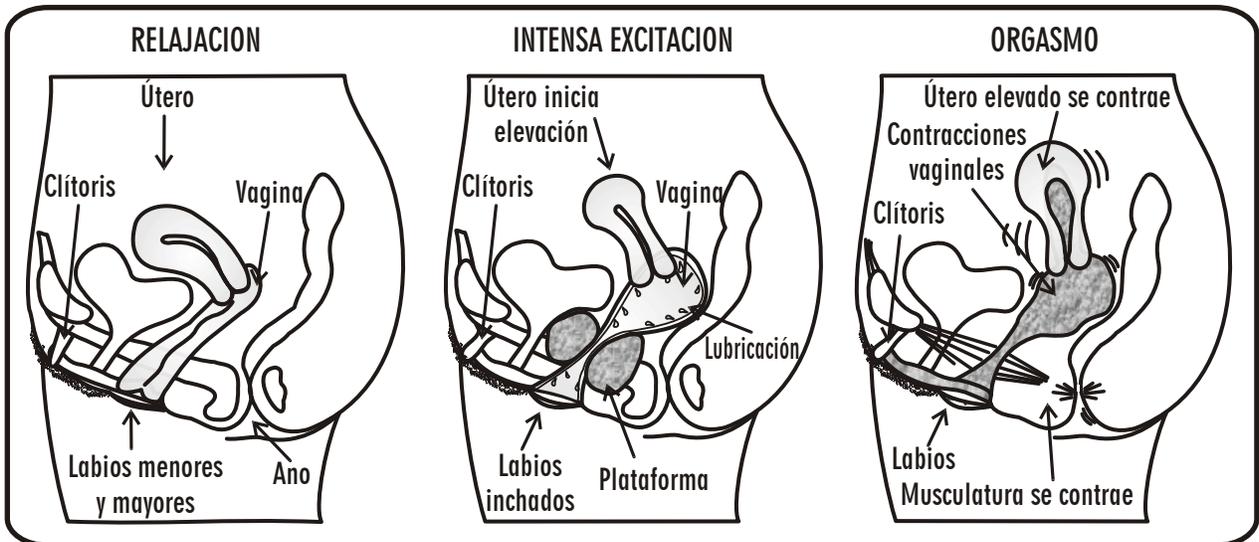
Es importante comprender a la respuesta sexual humana tanto en sus manifestaciones corporales como en los significados y afectos con que las personas la viven.

Orgasmo

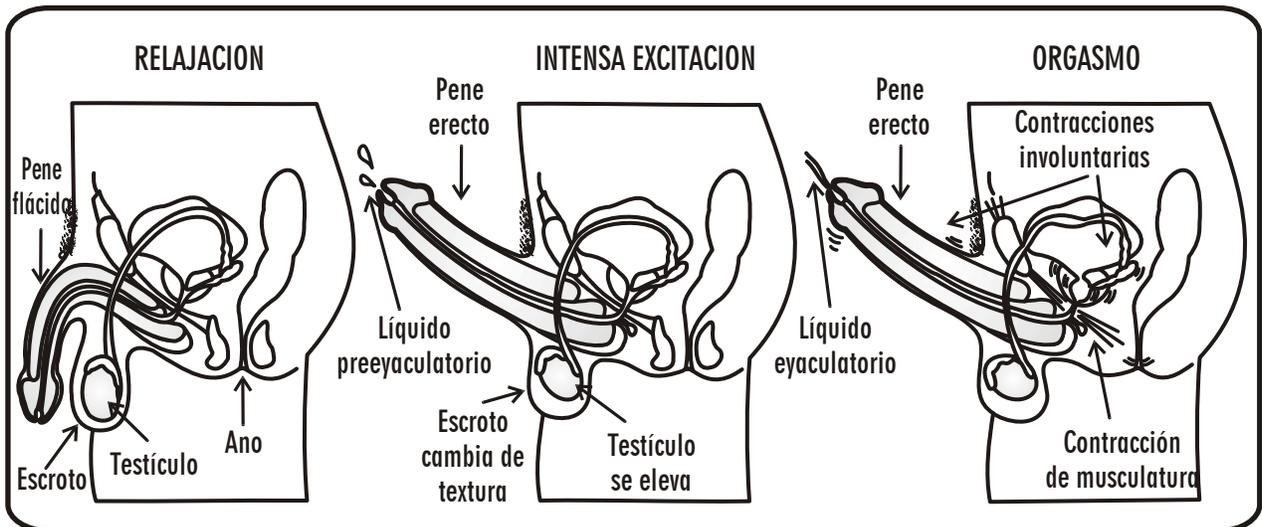
Kaplan describe esta fase como mioclónica, es decir, que ocurren contracciones involuntarias de la musculatura pélvica y acompañadas de diversas sensaciones que varían de acuerdo con la experiencia.

Dicho de otra forma, la mujer experimenta una serie de contracciones en la parte más externa de la vagina y tiene sensaciones placenteras. Algunas mujeres se refieren a esto como “siento mariposas en el estómago”, otras expresan: “es como si cayera en una especie de vacío”. La mayoría coincide en que hay pérdida momentánea de la percepción del tiempo, mientras que otras relatan: “tengo una sensación muy intensa que se origina en el clitoris y como oleadas se extiende al resto del cuerpo”.

El varón también tiene contracciones involuntarias, sobre todo en la base del pene, y en la mayoría de los hombres la eyaculación (salida del semen por la uretra), ocurre durante el orgasmo. No obstante, debe enfatizarse que orgasmo y eyaculación no son el mismo fenómeno. Tanto en hombres como mujeres, existen sensaciones placenteras que por definición son subjetivas y por lo tanto únicas y personales. Los siguientes esquemas muestran los cambios en los genitales durante la excitación y el orgasmo para los hombres y las mujeres:



Respuesta sexual humana femenina



Respuesta sexual humana masculina

Disfunciones sexuales

Es un término que se refiere a la alteración de una o más fases de la respuesta sexual humana, que se caracteriza por ser frecuente y por causar malestar al individuo que la sufre y/o a su pareja. Esto significa que cuando se llega a presentar un problema solo de manera ocasional en cualquier fase, no se le considera como una disfunción sexual.

Como ya se ha mencionado se puede presentar una alteración en una fase, pero esto no implica que las otras fases necesariamente estén alteradas. A continuación se explicarán brevemente la clasificación de disfunciones sexuales de acuerdo al modelo de H.S. Kaplan.

Disfunciones de la fase de deseo

Síndrome del deseo sexual hipoactivo

Ocurre cuando en el individuo, las ganas de tener una actividad sexual se ven disminuidas o desaparecen por completo. Con frecuencia no es quien padece esta disfunción el que busca ayuda, sino su pareja la que lo hace con la queja de que la actividad sexual se ha visto disminuida o incluso ha desaparecido.

Síndrome del deseo sexual hiperactivo

El individuo tiene un deseo sexual frecuente, y dedica la mayor parte de su tiempo a tratar de satisfacerlo, con lo cual descuida muchas de sus actividades cotidianas. Durante mucho tiempo se conoció a esta disfunción como satiriasis en el caso de los hombres y ninfomanía en las mujeres.



Disfunciones de la fase de excitación

Síndrome de disfunción eréctil (del varón)

El problema radica en que existe dificultad para lograr y/o mantener la erección completa del pene, de modo que la penetración resulta imposible. Anteriormente se la conocía con el nombre de impotencia.

Síndrome de disfunción de la excitación, sin lubricación

La mujer se queja de que la vagina no se le humedece y ello provoca que se dificulte la penetración o que cuando se realice provoque dolor.

Las disfunciones sexuales afectan la calidad de vida de las personas, sus parejas y familias. Actualmente existen alternativas terapéuticas para eliminarlas con eficiencia.

Disfunciones de la fase del orgasmo

Síndrome de eyaculación precoz

El hombre no controla (voluntariamente) su eyaculación y la mayoría de las veces lo hace antes de desearlo. En ocasiones la eyaculación aparece inmediatamente después de introducir el pene y a veces antes de la penetración. Actualmente no se considera el número de minutos un criterio para definir a la eyaculación como precoz, sino la ausencia del control voluntario para retardarla.

Síndrome de eyaculación retardada

Esta disfunción es todo lo contrario a la anterior y es la dificultad que tiene un varón de eyacular dentro de la vagina, y sí lo consigue es a través de la masturbación.

Síndrome de anorgasmia femenina y masculina

Se refiere a la incapacidad tanto de hombres como mujeres de alcanzar el orgasmo. Este síndrome se veía como un síndrome netamente femenino. Hoy se sabe que también los hombres lo padecen, ya que algunos hombres dicen haber eyaculado, y niegan haber tenido sensaciones placenteras, lo cual nos muestra que el orgasmo y la eyaculación son dos fenómenos diferentes.

Otras disfunciones

Síndrome de vaginismo

Es la contracción involuntaria, sostenida y dolorosa de la musculatura que rodea la vagina lo cual impide la penetración e incluso no permite la revisión ginecológica.

Síndrome doloroso

Hace referencia al dolor que puede experimentarse en cualquiera de las fases de la respuesta sexual durante el coito (penetración). Esta disfunción puede encontrarse tanto en hombres como mujeres.

Síndrome de evitación sexual fóbica

El individuo experimenta un miedo constante e irracional, y evita toda situación de índole sexual. A pesar que el individuo reconoce que este miedo es exagerado y desproporcionado con respecto al riesgo real, es capaz de cualquier cosa con tal de no enfrentarse a la situación que lo afecta de tal manera.

Causas de las disfunciones

Hoy en día gracias a los avances médicos, se sabe que las disfunciones tienen un origen multifactorial, es decir, que una disfunción puede ser causada principalmente por una enfermedad, por ejemplo, la diabetes, que puede provocar disfunción eréctil y que esto repercute en el ámbito psicológico y sociocultural del individuo, magnificando el problema. De ahí que sea necesario atender estas disfunciones sexuales con una visión integral, tomando en cuenta las esferas biológica, psicológica y social del individuo. Quienes deseen profundizar en el tema pueden revisar la bibliografía.



Referencias bibliográficas

- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (1999). Population issues 1999: **Reproductive rights, reproductive health and family planning**: UNFPA En: www.unfpa.org/6billion/populationissues/rh.htm - marzo de 2003.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. **Reproductive health & education: The mutual relationship**. En: www.unfpa.org - marzo de 2003.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. **Mejora de la salud reproductiva**. En: www.unfpa.org - marzo de 2003.
- Gracia, M., Y Delfín, F. (1999). **¡Hablemos de salud sexual!** Manual para profesionales de atención primaria de la salud. La salud reproductiva.-México: OPS
- Kaplan, H. (1974). **La nueva terapia sexual**.-Madrid: Alianza editorial. Tomo 1.
- Instituto Mexicano de la Juventud, Secretaría de Educación Pública. (2001). **Encuesta Nacional de Juventud 2000**. Instituto Mexicano de la Juventud: Centro de investigación y estudios sobre juventud, Fundación Ford México, INEGI.- México: Author. En: www.imjuventud.gob.mx - marzo de 2003.
- Masters, W. y Johnson, V. (1978). **Respuesta Sexual Humana**.-Buenos Aires: Ed. Inter-Médica.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). **Making decisions about contraceptive introduction: A guide for conducting assessments to broaden contraceptive choice and improve quality of care**.-Ginebra-, Author En: www.who.int/reproductive-health/strategic_approach - marzo 2003
- Schutt-Aine, J., Maddaleno, M. (2003). **Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas**. Implicaciones en programas y políticas. Organización Panamericana de la Salud / Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ASDI) y NORAD. En : www.paho.org - abril 2003.