

Universidad del sureste.

Nombre del alumno: Mussolini Macnealy Paz.

Nombre del docente: Ricardo Acuña Del Saz.

Tema: "soy responsable, yo decido".

Semestre: 3ro.

Parcial: 1er parcial.

Materia: Sexualidad humana.

Carrera: Medicina Humana.



SOY RESPONSABLE, YO DECIDO.

Lo más usual es que un embarazo no deseado en la adolescencia puede enfrentarse con indiferencia o a través del rechazo, con la consecuencia negativas para los hijos. Ahora bien, los posibles escenarios ante un embarazo adolescente son los siguientes.

El aborto: Pensar en esta opción implica una serie de emociones y conductas encontradas desde la perspectiva personal como social; sin contar que esta opción no es legal en todo al país y tiene implicaciones éticas. Además, puede comprometer la integridad física y reproductiva de la madre. Por si fuera poco, puede tener consecuencias morales que la joven tampoco está en situación de enfrentar. Para tomarla como opción debe haber todo un trabajo reflexivo donde la sugerencia es que se lleve a cabo en conjunto con una serie de profesionales, con atención médica y psiquiátrica.

Dar en **adopción:** Podría convertirse en una mala opción debido a las consecuencias morales que puede tener para la madre, entre otras cosas porque el arrepentimiento es frecuente al paso del tiempo y no saber qué suerte corrió el niño. Sin embargo, esta opción puede ayudar a encontrar la seguridad de que el hijo recibirá no sólo una educación y apoyo económico, sino también una familia más preparada para acompañarlo en su desarrollo.

Tener el hijo sola, sin ayuda de nadie: Aunque la joven madre acepte de buena gana su responsabilidad, compromete seriamente y en todo sentido su futuro y el de su hijo, entre otras cosas porque en sociedades muy cerradas aún se repudia a la madre soltera, lo que merma la autoestima de la joven y hace muy vulnerable a la crítica social al pequeño.

El matrimonio Es el mejor escenario, visto con ligereza. Pero un matrimonio en estas circunstancias es un matrimonio forzado. Este tipo de relaciones suelen constituirse como disfuncionales o terminar en divorcio. Mientras tanto, al incorporarse la nueva pareja al entorno de alguna de las casas paternas, como es frecuente que suceda, esto imposibilita que se asuman la maternidad y la paternidad como debe ser: los padres de los adolescentes asumen el papel de abuelos-padres, y los jóvenes de padres-hijos; el hijo, en cambio, verá a sus padres como sus padres-hermanos, lo cual no es provechoso para él.

Por lo anterior, como ante el ejercicio de la sexualidad siempre cabe la posibilidad de un embarazo, conviene que los adolescentes estén muy conscientes de que un hijo es una responsabilidad muy grande que nunca termina para los padres. En principio, un niño es un ser que necesita cuidados extremos que le aseguren bienestar físico y emocional, de manera que al crecer se incorpore positivamente al medio en que vive.

En este contexto, la paternidad responsable puede definirse como la actitud consiente de la mujer y el hombre frente al fenómeno de la reproducción, que tiene consecuencias jurídicas, económicas, sociales, psicológicas y médicas. Debido a que el hombre y la mujer deben ser responsables de su capacidad reproductiva, tienen que aprender a decidir cuándo tener hijos y en qué circunstancias, para procurarles el mejor cuidado a su alcance: casa, alimentación, vestido, educación, asistencia médica, entretenimiento, etc. Sin embargo, si la pareja no está en situación de enfrentar un embarazo por las razones que fueren, puede ejercer su sexualidad pero recurriendo al empleo de métodos anticonceptivos.

Métodos anticonceptivos.

El uso de métodos capaces de impedir el embarazo es muy antiguos. Gracias al conocimiento que actualmente se tiene de la anatomía y la fisiología de los aparatos reproductores femenino y masculino, se han desarrollado y perfeccionado métodos anticonceptivos que permiten el intercambio sexual entre las parejas con un mínimo riesgo de embarazo. Corresponde a las parejas elegir el que más se adecue a sus necesidades, aunque en caso de mantener relaciones regulares, lo deseable es contar con asistencia médica para esta elección. Al margen de lo anterior, un buen método anticonceptivo debe tener las siguientes características:

Aceptabilidad: Debe ser bien aceptado por ambos miembros de la pareja. Por ejemplo, algunas religiones condenan el uso del condón.

Inocuidad: Debe ser absolutamente inofensivo para ambos miembros de la pareja, y para el hijo, en caso de que se produzca la fecundación.

Reversibilidad: Debe permitir la concepción cuando la pareja así lo desee.

Eficacia: Debe permitir el ejercicio de la sexualidad de la pareja durante el tiempo que lo desee con el mínimo riesgo de embarazo. El método puede ser temporal o definitivo, o incluso irreversible.

Facilidad de aplicación: Un método difícil de aplicar restaría espontaneidad a la relación.

Bajo costo: A la larga, un método caro no sería costeable.

A continuación se explican los diferentes métodos hoy existentes.

Métodos naturales.

Coitus interruptus: Consiste en retirar el pene de la vagina momentos antes de la eyaculación. No es un método confiable porque durante la excitación hay secreción de líquido espermático, donde hay espermatozoides viables, por lo que la fecundación es posible aunque se retire el pene.

Método del ritmo o de Ogino-Knaus: Se basa en el hecho de que en una mujer con un periodo menstrual regular de 28 días, la ovulación se produce hacia el día 14. Una vez liberado, el óvulo es viable durante un periodo de 24 a 48 horas, tiempo en el que puede ser fecundado. Debe considerarse también que los espermatozoides liberados dentro de la vagina pueden sobrevivir entre 48 y 72 horas. Por lo anterior, para evitar la fecundación deben evitarse las relaciones sexuales entre los días 11 y 18 de ciclo menstrual regular, contados a partir del primer día de la regla. En mujeres con ciclos menstruales más largos o más cortos, debe monitorearse la duración del ciclo por lo menos durante un año para estimar hacia qué día se lleva cabo la ovulación (recuérdese que independientemente de la duración del ciclo, la ovulación tiene lugar 14 días antes de la terminación de éste). Además de lo anterior, el problema de utilizar este método anticonceptivo es que la duración del ciclo menstrual en una mujer puede variar dependiendo de estímulos emocionales o de otras alteraciones fisiológicas. Por tanto, para mayor seguridad, debe utilizarse otro método anticonceptivo.

Método de la temperatura basal: Al despertar, antes de levantarse, la mujer debe tomarse la temperatura vía oral, vaginal o anal, y anotarla inmediatamente en un calendario. Durante los primeros días del ciclo la temperatura suele ser de 36.6 C; antes de la ovulación ésta disminuye a 36.4 C, y al final del ciclo aumenta a 37 C. El problema de este método es que cualquier trastorno febril puede alterar la medición. Para mayor efectividad, este método debe emplearse con el de Ogino-Knaus, pero aun así tampoco es muy seguro.

Método de Billings: Se basa en el hecho de que después de la menstruación, los genitales femeninos externos están resecos; posteriormente, durante uno o dos días aparece una secreción que al tomarse entre los dedos índice y pulgar tiene la consistencia de la clara de huevo, y al separar los dedos la secreción hace hilos, lo que indica que se va a ovular. Luego de la ovulación, la secreción de los genitales se espesa y ya no forma hilos. Debe evitarse el contacto sexual dos días antes de la máxima formación de hilos y tres días después. El problema es que no es posible prever cuándo serán los dos días anteriores, por lo que no constituye un método seguro, por lo que suele emplearse con el del ritmo.

Lactancia: Se basa en la observación de que muchas mujeres no ovulan cuando están amamantando, lo que no sucede en todos los casos. No es un método seguro.

Abstinencia: Significa no tener relaciones sexuales. Dentro de una relación matrimonial, no se considera conveniente porque genera desajustes emocionales.

En los métodos químicos.

Se han desarrollado diversos tipos de anticonceptivos en forma de cremas, jaleas, supositorios, óvulos, tabletas y aerosoles, todos de administración vaginal, y que tienen acción espermicida, a la vez que suelen constituir una barrera física al libre tránsito de los espermatozoides en su camino hacia el cuello del útero. Por lo general estos anticonceptivos deben introducirse hasta el fondo de la vagina (muchos de ellos incluyen un aplicador) 15 minutos antes de la penetración, y son efectivos durante una o dos horas (es necesario seguir al pie de la letra las

instrucciones del producto). Pero si la eyaculación no se lleva a cabo en ese tiempo, es necesaria una nueva aplicación. Y si hay otra relación, también debe volver a aplicarse el producto. Después de usar estos anticonceptivos, no se recomiendan los lavados vaginales entre las 6 y 8 horas posteriores a su aplicación. También existen productos similares que tienen acción microbiciada (como protección ante enfermedades de transmisión sexual), pero no todos los microbicidas tienen efecto espermicida.

Métodos de barrera.

Condón masculino: (preservativo) Es un tubo de látex que cubre el pene como una funda. Impide la concepción porque el semen es depositado en el interior del condón y no entra en contacto con la vagina. El preservativo es el método anticonceptivo de barrera más empleado en el mundo, pero su efectividad depende de que se use adecuadamente. Los condones suelen venderse en paquetes de tres. Aunque tengan fecha de caducidad, los sobres individuales deben contener una burbuja de aire y estar perfectamente sellados. Esta envoltura debe rasgarse con mucho cuidado (no emplear ni los dientes ni las uñas para abrir el sobre individual) y tomarse el condón con las yemas de los dedos, nunca con las uñas. Los condones vienen enrollados sobre sí mismos formando una especie de anillo. Es muy importante tomar el condón de la punta o receptáculo (la mayoría incluye un receptáculo en el cual ha de depositarse el semen) de manera que se pueda desenrollar. Con el pene en erección, el condón se coloca sobre el glande, y sin dejar de sujetar la punta del preservativo con una mano, con la otra se desenrolla hasta cubrir el miembro en su totalidad. Si por descuido se coloca al revés el condón y éste no puede desenrollarse, es necesario desecharlo y colocar uno nuevo. Al momento de ponerlo, es necesario cuidar que entre la punta del glande y la punta del receptáculo quede un espacio de uno o dos centímetros, para permitir que el semen se deposite ahí. De igual forma, es necesario cuidar que al irlo desenrollando, no queden burbujas de aire entre el miembro y el condón, pues con

la fricción éste podría romperse. El preservativo debe retirarse inmediatamente después de la eyaculación y antes del cese de la erección, para impedir que el semen salga. Al retirarse después del coito, el condón debe sujetarse con una mano en la base del miembro; de no hacerlo, el miembro puede salir pero el condón queda dentro de la vagina, con el riesgo de verter su contenido. En caso de que se rompa el condón, debe colocarse uno nuevo. Una vez usado, el preservativo debe hacerse un nudo para dejar dentro el semen, y se debe desechar en el bote de la basura, nunca en el inodoro. Los condones deben mantenerse en un lugar seco y fresco y nunca exponerse a la luz del sol; tampoco deben guardarse en la cartera. Muchas parejas se quejan de que el condón disminuye su sensibilidad. Esto puede remediarse usando un lubricante a base de agua (se venden en la farmacia) que se unta alrededor del glande antes de la colocación del preservativo, y en la vagina. De cualquier forma, hay mujeres que reportan irritación vaginal con el uso del preservativo.

Condón femenino: Se trata de una funda de poliuretano que cubre todo el interior de la vagina e incluso los genitales externos, lo que protege aún más a la mujer contra infecciones de transmisión sexual. Tiene dos anillos, uno interno y uno externo; el interno se presiona con los dedos para introducirlo hasta el fondo de la vagina. El condón debe colocarse estando la mujer en cuclillas y en posición ginecológica. Para facilitar la introducción del condón, puede utilizarse un lubricante a base de agua (se venden en la farmacia). Como en el caso del preservativo, después de la eyaculación debe retirarse suavemente el condón. Para ello se presiona el anillo exterior y se tuerce, con lo que se evita que salga el semen. El condón se anuda hacia la parte media y se deposita en el cesto de la basura.

Diafragma: Es una especie de capuchón de látex con un anillo de metal que debe fijarse alrededor del cuello del útero, lo que impide la llegada de los espermatozoides. Para usarlo adecuadamente es necesario que el ginecólogo tome la medida del cuello uterino (hay diafragmas de medidas que van de 4.5 a 10.5

centímetros de diámetro), y que enseñe a la mujer a colocárselo y a cerciorarse de que quedó en su sitio. Para aumentar la efectividad del diafragma, puede utilizarse un espermicida, lo que facilita su colocación y constituye una barrera contra los espermatozoides. Durante el coito no se siente el diafragma, que debe retirarse de 6 a 8 horas posteriores a la relación. Aunque se trata de un método efectivo, puede fallar si no se usa la medida adecuada, que se modifica si la mujer aumenta de peso, o después de un parto. Capuchón cervical Semejante al diafragma, pero más pequeño, Requiere del auxilio del ginecólogo para su colocación. Debido a que suele causar irritación, casi ya no se usa.

Métodos hormonales.

Estos métodos se basan en el hecho de que durante el embarazo la placenta genera tal cantidad de progesterona que se inhibe la ovulación. Recuérdese que la progesterona es la hormona responsable del engrosamiento del endometrio en preparación para recibir el óvulo fecundado; esta hormona también estimula las glándulas mamarias. Con este conocimiento, hacia 1958, se desarrollaron las primeras píldoras anticonceptivas. En la actualidad, los anticonceptivos hormonales impiden el embarazo mediante tres acciones encaminadas hacia el mismo fin:

- No permiten la ovulación.
- No permiten que el endometrio se engrose, por lo que sería imposible la implantación del óvulo, y.
- Modifican el moco del cuello del útero, dificultando el paso de los espermatozoides hacia el interior de la matriz.

Unos ejemplos de ellos son:

- inyectables.
- parches transdermicos.
- Cremas anticonceptivas transterminas.
- Implantes subdermicos.
- Anillos vaginales.

- Píldoras de emergencias (conocidas como las del día siguiente).

Cabe recordar que cada producto mencionado anteriormente tiene una forma de aplicación diferente e instrucciones adecuadas que se tiene que seguir al pie de la letra ya que podría ocasionar problemas e ineficacia del producto.

Igual existen productos que llevan nombre de “**métodos definitivo**”. Estos métodos se recomiendan en parejas que ya han tenido hijos y están plenamente convencidas de que no desean más.

En la mujer: **salpingoclasia** Es lo que popularmente se conoce como ligadura de trompas. Consiste en cortar y ligar las trompas de Falopio. La intervención se puede hacer desde el abdomen o a través de la vagina. Fisiológicamente no tiene efectos secundarios porque esta intervención deja intactas las funciones de los ovarios, que siguen produciendo hormonas y óvulos, pero éstos ya no pueden ser alcanzados por los espermatozoides. Es un método irreversible porque las trompas ya no pueden unirse de nuevo y restablecer su función.

En el hombre: **vasectomía** En principio, es semejante a la salpingoclasia, sólo que en este caso lo que se corta y liga son los conductos deferentes (que salen de los testículos rumbo a las vesículas seminales). Esta operación es muy sencilla y se puede llevar a cabo en el mismo consultorio del médico, pues sólo se usa anestesia local para hacer una incisión en el escroto y ligar los tubos. Otra opción es la vasectomía sin bisturí, donde se introduce una pinza en el escroto para cortar y ligar los tubos. Como en el caso de la salpingoclasia, se dejan intactas las funciones en el sentido de que los testículos siguen produciendo espermatozoides, pero éstos ya sólo pueden llegar al epidídimo, donde son reabsorbidos. Después de la operación, el hombre aún es fértil durante un promedio de dos meses. En los **métodos combinados o mixtos**. Podemos encontrar una variedad de estas, por ejemplos:

- Métodos químicos y barrera (esponja anticonceptiva). = Se trata de una esponja redonda y suave que debe humedecerse antes de su inserción en el fondo de la vagina, donde se ajusta al cuello del útero para bloquear el paso

de los espermatozoides; además contiene un espermicida. La esponja protege durante 24 horas, pero no es muy usada porque puede causar irritación vaginal.

- Métodos hormonales y de barrera (DIU).= El dispositivo intrauterino cuyas siglas son DIU, por lo general se trata de un dispositivo consistente en una espiral de plástico del cual se desprenden dos finas fibras de nailon o de cobre. Con un aplicador, el ginecólogo introduce el DIU en el útero, dejando que sobresalgan en la vagina las fibras de nailon o cobre. La aplicación se lleva a cabo cuando la mujer tiene la regla, porque en esos días el cuello del útero suele estar un poco dilatado para favorecer la expulsión del flujo menstrual. Hasta la fecha, aún es materia de debate el modo de acción del DIU, pero se supone que ese cuerpo extraño dentro del útero impide que el óvulo se implante en el endometrio; a la vez, se supone que el cobre modifica el medio interno del útero haciéndole desfavorable para los espermatozoides. Después de la aplicación del DIU, algunas mujeres reportan cólicos en el bajo vientre, pequeños sangrados o menstruaciones más abundantes, más por lo general estos malestares suelen disminuir en el transcurso el tiempo. Se recomienda que después de cada menstruación la mujer verifique con los dedos índice y medio que las fibras del DIU siguen ahí. Y cada seis meses debe acudir con el ginecólogo para que éste revise que el dispositivo se encuentre bien colocado, o para que lo sustituya en caso necesario.

Sobre el riesgo en el ejercicio de la sexualidad, No son muchas las razones por las cuales un adolescente, hombre o mujer, decide empezar el ejercicio de su sexualidad. En el mejor de los casos se puede llevar a cabo porque existe una relación de noviazgo en la cual hay amor profundo y compartido, y las relaciones sexuales surgen como una consecuencia natural de ese amor. Pero el ejercicio de la sexualidad también puede iniciarse por mera curiosidad, por saber lo que se

siente, por presión del círculo de amistades, etcétera. Sea cual fuere la razón, ya vimos que uno de los riesgos más grandes es el embarazo adolescente y sus consecuencias. Pero este riesgo no es el único: también existen las infecciones de transmisión sexual (ITS), Sida, entre ellas, enfermedad para la cual aún no existe cura, por lo que a la larga sigue representando una posibilidad de muerte. ¿Para qué arriesgarse entonces? Lo mejor es cuidarse. Las infecciones de transmisión sexual (ITS), antes conocidas como enfermedades venéreas, se transmiten por medio de contacto casi exclusivamente sexual. Los agentes que causan estas enfermedades son bacterias, virus, hongos y protozoarios. Aunque la mayoría de las ITS tienen tratamiento, las producidas por virus no se curan de manera definitiva; en realidad, el virus permanece sin manifestarse dentro del organismo al que ha infectado, y puede reaparecer cíclicamente. Las ITS más frecuentes son:

- Gonorrea.
- Candidiasis.
- Pedículos pubia (ladilla).
- Virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH)
- Herpes genital.
- Hepatitis B.
- Sífilis.
- Virus del papiloma humano (VPH).
- Moluscos contagiosos.
- Clamidiasis.

Muchos jóvenes, hombres y mujeres, aceptan relaciones sexuales con su pareja sin estar verdaderamente convencidos de querer hacerlo. En todo caso, las razones para consentirlas son diversas. Entre las principales se encuentran:

El consentimiento como una muestra de amor o porque la pareja logra el convencimiento, porque condiciona la continuación del noviazgo sólo si hay

relaciones, o porque obliga por diversos medios; aunque también es frecuente consentir por el temor de que la pareja tenga relaciones con otra persona y que por lo mismo la relación sentimental se enfríe. **2.** Otras razones, más allá de la curiosidad natural de cada quien por saber qué se siente, tienen que ver con la presión social o del grupo de amigos, por ejemplo, hacerlo sólo porque todos dicen haberlo hecho ya o para sustentar el prestigio de “yo sí lo hago”, lo que con frecuencia acarrea popularidad. **3.** Un tercer grupo de razones para consentir en las relaciones sexuales es estar bajo el efecto de algún enervante o tras haber consumido alcohol, o porque de pronto las caricias llegan a un alto grado de excitación. Sean cuales fueren las razones, ya se ha dicho en este libro que el ejercicio de la sexualidad conlleva riesgos que es necesario conocer. Uno de ellos es un embarazo indeseado, el otro es contraer alguna ITS. Por ello, es necesario tener conciencia de que los riesgos existen, y luego comprometerse a prevenirlos. Sólo así es posible cuidar la salud y a la vez vivir plenamente la sexualidad

Referencia bibliográfica.

- 1.- Zurita, M. (2010). Sexualidad Humana, Mexico, D.F: Editorial McGrawHill.
- 2.- Zurita, M. (2010). Sexualidad Humana. Recuperado de <https://booksmedicos.org.com.mx>