

[Home](#)"" """"> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[.ar.cn.de.en.es.fr.id.it.ph.po.ru.sw](#)

---



# Sexualidad en la adolescencia

---

## Contenido

---

**Irene Sáez García**

*Pediatra-Médico de Adolescentes*

República de Venezuela

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social

Dirección Materno Infantil

Div. Salud. del Niño y Adolescente

Dpto. Salud del Adolescente

23/10/2011

Contents

Dirección de Salud  
Gov. del Dtto Federal  
Hosp. "J.M. de los Rios"  
Serv. de Adolescentes

**PROGRAMA PROAMA**

**2ª Edición**

**CARACAS OCTUBRE 1992**

---

## **Contenido**

---

**[Programa protección a la madre adolescente \(PROAMA\)](#)**

**[Prologo](#)**

## [Sexualidad en la adolescencia](#)

[Conceptos generales](#)

[Inicio y expresiones de la sexualidad](#)

[Factores que influyen en la expresividad sexual](#)

[Consideraciones especiales: Masturbación y experiencias homosexuales](#)

[Sexualidad y la interacción de factores fisiológicos y socioculturales](#)

[Sexualidad y calidad de vida](#)

[Abordaje educativo de la sexualidad \(9\) \(10\) \(11\)](#)

[Estrategia de acción en salud sexual](#)

[Bibliografía](#)

## [Adolescencia y salud reproductiva](#)

[Inicio temprano de la actividad sexual](#)

[Embarazo precoz](#)

[Adolescencia: Enfermedades de transmisión sexual](#)

[Cáncer cérvico-uterino](#)

## [Abuso sexual en adolescentes](#)

[Definición](#)

[Incidencia del problema](#)

[Psicología del violador](#)

[Incesto](#)

[Evaluación clínica del abuso sexual](#)

[Tratamiento](#)

[Bibliografía](#)

## [Adolescencia y anticoncepción](#)

[Introducción](#)

[Clasificación de los métodos anticonceptivos \(4\) \(6\) \(8\)](#)

[Consideraciones sobre el aborto](#)

[Bibliografía](#)

[Indice - Siguiente](#) ➤

---

[Home](#)"" """"> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[ar](#).[cn](#).[de](#).[en](#).[es](#).[fr](#).[id](#).[it](#).[ph](#).[po](#).[ru](#).[sw](#)

---

# **Programa protección a la madre adolescente (PROAMA)**

## **COMPONENTE EDUCATIVO**

### **COORDINACION GENERAL**

Dr. Manuel Alvarez Gómez	Director Materno Infantil, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social
Dra. Irene Sáez García	Jefe de la División de Salud del Niño y Adolescente. Dirección Materno Infantil. M.S.A.S.
Dra. Enriqueta Sileo G.	Jefe del Servicio de Adolescentes. Hospital "J. M. de los Ríos".

### **APOYO TECNICO Y FINANCIERO**

**Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).**

**ASESORES DE LA 2º EDICION "SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA"**

- Dr. José Manuel Abad Profesor de la Escuela de Salud Pública,  
Facultad de Medicina,  
Universidad Central de Venezuela.
- Dra. María E. Mondolfi Miembro Titular de la Sociedad Venezolana  
de Sexología Módica, Servicio de Adolescentes.  
Hospital Domingo Luciani. IVSS.
- Dr. Guillermo Castro Jefe División de Atención de Salud Materna y  
Planificación Familiar,  
Dirección Materno-Infantil M.S.A.S.

## **OBJETIVO DEL COMPONENTE EDUCATIVO DEL PROGRAMA PROAMA**

**Contribuir a la capacitación del equipo de salud que labora en el Programa de Atención Integral de Salud del Adolescente, que tiene como una de sus estrategias básicas el enfoque fundamentalmente preventivo de los problemas que inciden en la morbi-mortalidad adolescente, donde los aspectos relacionados con salud reproductiva: inicio temprano de la actividad sexual, embarazo precoz, enfermedad" de transmisión sexual y el cáncer de cuello uterino; son entre otros los que aborda a troves del Programa PROAMA.**

**Las publicaciones diseñadas para PROAMA son las siguientes:**

- 1. Sexualidad en la Adolescencia**
- 2. Los Adolescentes Actuando por su Salud, en Autoestima, Comunicación, Asertividad, Resistencia a Presión Grupal y Toma Adecuada de Decisiones.**
- 3. Medicina del Adolescente. Aproximación al Adolescente Sano.**
- 4. Medicina del Adolescente. Aproximación al Adolescente Enfermo.**

**Las referidas publicaciones resumen en sus capítulos los conocimientos básicos que en Salud del Adolescente debe manejar el personal comprometido en la atención de este grupo poblacional y su abordaje, con enfoque holístico para la problemática bio-psico-social que los afecta**

**Caracas, Octubre 1992**

***El adolescente esta en el centro del mundo***

***Mira***

***Palpa***

***Toca su cuerpo***

***Recuerda los horizontes con la copa fluida repartiendose despierta su origen,***

***despierta su hora de principios ondulatorios***

***El ascua en las orillas virginales lo impele el halo bajo de los fagotes lo eleva se escucha***

***Sus ojos se aclaran, ruedan dentro del hondo cauce del amor primero de las raíces***

***Siente***

***Ama***

***En pos de lo requerido***

***(Fragmento)***

***Elizabeth Schön***

***(Poetisa venezolana)***

---

[Indice](#) - [Siguiente](#)➤

[Indice](#) - ◀ [Precedente](#) - [Siguiente](#)➤

---

**[Home](#)"" """"""> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[ar](#).[cn](#).[de](#).[en](#).[es](#).[fr](#).[id](#).[it](#).[ph](#).[po](#).[ru](#).[sw](#)**

---



## **Prologo**

**La Protección a la Madre Adolescente constituye un hermoso y valioso programa, en el que participa en forma muy activa la Dirección Materno Infantil, a través de su Departamento Técnico de Salud Integral del Adolescente, con la positiva cooperación del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).**

**El problema del Embarazo en las Adolescentes constituye en la actualidad un verdadero problema de Salud Pública, toda vez que el 18,13% de los partos ocurridos en el país en 1991, corresponde a las Adolescentes, presentándose la desesperante situación social y de salud de una madre ano niña con su hijo niño por atender. La maternidad de estas jóvenes adolescentes, además de los peligros médicos de un organismo aún no preparado para cumplir la función reproductiva que la naturaleza con toda su grandiosidad deja establecida a su debido tiempo, ocasiona en el nuevo ser riesgos físicos, sociales y psicológicos, con abandono y falta de calor y seguridad hogareña, que dejan secuelas imborrables.**

**Este es el verdadero drama de criaturas indefensas venidas a poblar nuestro país en condiciones precarias desde su nacimiento y que llevan la desgracia de ser producto**

**de la ignorancia de la desorganización social y de un impulso sexual ineducado e incontrolado.**

**La segunda edición del Manual "Sexualidad en la Adolescencia", editado a través del Proyecto PROAMA, gracias a la colaboración de UNICEF, permite llevar al equipo de salud, sólidos conocimientos sobre la Sexualidad, Embarazo Precoz, Enfermedades de Transmisión Sexual, Cáncer Cérvico Uterino, y la temática de la Adolescente y Anticoncepción; expresados en forma didáctica, para una positiva labor educativa.**

**Con satisfacción y orgullo, en nombre de todo el equipo de la Dirección, ofrecemos este valioso Manual.**

**Dr. Manuel Alvarez (Gómez)**  
***Director Materno Infantil***

---

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

---

[Home](#)"" """"> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[ar](#).[cn](#).[de](#).[en](#).[es](#).[fr](#).[id](#).[it](#).[ph](#).[po](#).[ru](#).[sw](#)

---

## Sexualidad en la adolescencia

---

[Conceptos generales](#)

[Inicio y expresiones de la sexualidad](#)

[Factores que influyen en la expresividad sexual](#)

[Consideraciones especiales: Masturbación y experiencias homosexuales](#)

[Sexualidad y la interacción de factores fisiológicos y socioculturales](#)

[Sexualidad y calidad de vida](#)

[Abordaje educativo de la sexualidad \(9\) \(10\) \(11\)](#)

[Estrategia de acción en salud sexual](#)

[Bibliografía](#)

---

**Sexualidad en la adolescencia**



**Adolescencia**

***Conceptualizar la adolescencia implica definir criterios polifacéticos en el aspecto biológico, psicológico, espiritual y social de una fase vital del hombre y la mujer, en la cual se deja atrás la infancia en la búsqueda del camino hacia la adultez.***

***La adolescencia es un periodo que la Organización Mundial de la Salud ha definido desde el punto de vista cronológico, como el comprendido entre los 10 y 19 años; con el fin de precisar el grupo poblacional para las estrategias de acción en salud adolescente.***

***La adolescencia y sus cambios puberales involucran el inicio de una intensa sexualidad y de sentimientos relacionados, que al ser expresados generan ansiedad, disgusto y rechazo por parte de los adultos y temor, culpa o vergüenza en los jóvenes. Esto induce al ocultamiento del sentir, que dificulta la comunicación y el desarrollo de una sexualidad bien orientada; favoreciendo el aumento de una actividad sexual temprana, embarazos no deseados, abortos, enfermedades de transmisión sexual y de cáncer cérvico-uterino.***

## **Conceptos generales**

### **Sexualidad**

**La sexualidad del ser humano es una de sus características que involucra esferas más amplias en el ámbito biológico, psicológico, espiritual y socio-cultural; define la base que nos permite comprender el mundo y vivirlo como hombre o como mujer.**

**La sexualidad humana tiene una condición única entre todas las especies vivientes; es una manera de comunicación amplia trascendente entre los seres humanos y es la forma de expresión de un sentimiento complejo e integrativo, como es el amor, donde la "existencia del yo" es posible "si existe tú".**

**La sexualidad es una necesidad humana expresada a través del cuerpo, elemento básico de la femineidad o masculinidad, de la auto-imagen y de la autoconciencia del desarrollo personal. (1) (2) (3)**

### **Sexología**

**Es la rama del conocimiento científico que estudia lo relacionado con el sexo y la función sexual, a lo cual siempre debe aunarse todo el amplio complejo integrativo que involucra la sexualidad humana.**

### **Género**

**Conjunto de seres que tienen características comunes y en relación a sexo se habla del género hombre y del género mujer. El centro de investigación psicológica y psiquiátrica de sexualidad habla de género varón y género hembra.**

**El género depende de un proceso de diferenciación regido por dos fases: Genética y Anatómica, y esta última sub-dividida en Gonadal y Cerebral. (4)**

<b>Fase</b>	<b>Género Hombre</b>	<b>Género Mujer</b>
Genética	Cromosoma XY	Cromosoma XX
<i>Anatómica</i>		
• Gonadal	Testículos, epidídimo, conductos deferentes, vesículas seminales, próstata, pene	Ovarios, trompas de falopio, útero, vagina, labios mayores y menores, clítoris.
• Cerebral	Aceptación y satisfacción de ser hombre	Aceptación y satisfacción de ser mujer

**Además debemos tomar en cuenta los factores socio-culturales que tipifican la conducta masculina (en el hombre) y la conducta femenina (en la mujer).**

## **Función sexual**

**Es la activación del proceso ESTIMULO SEXUAL - RESPUESTA SEXUAL cuya expresión es el patrón de conducta sexual, el cual es independiente del género o sus disforias y además puede ser una conducta innata o adquirida.**

**La función sexual tiene 2 núcleos básicos: factores constitucionales (hormonales, genéticos) y factores socio-culturales (normas y valores socio-culturales, afecto, reproducción).**

**De estos conceptos se desprende que existan varias categorías que definen el sexo:**

- **El sexo cromosómico (carga cromosómica (XX o XY)**
- **El sexo gonadal u hormonal: definición genital a partir de la sexta semana de gestación.**
- **El sexo biológico o anatómico: de acuerdo a las características físicas (genitales masculinos o femeninos).**
- **Sexo social: determinado por la conducta social (nombre, vestimenta, trato) y se internaliza durante el proceso de socialización; es estable, abarca sentimientos, emociones y acciones además de responsabilidades y privilegios.**



**El rol social derivado varia con la edad, no se cuestiona dentro de la sociedad y está sometido a sanciones si se transgrede.**

- **Sexo psicológico: es la convicción personal de pertenecer a uno u otro sexo(identidad de género).**
- **Sexo legal: es el registrado en el certificado de nacimiento.**

## **Inicio y expresiones de la sexualidad**

**Se inicia según estudios realizados, en la etapa prenatal, por la observación de erecciones y succión del pulgar. Luego desde el momento del nacimiento, la sexualidad tiene manifestaciones que fueron descritas por el Dr. Freud. (5) (6)**

<b>Sexualidad infantil</b>		
<b>Etapa</b>	<b>Edad</b>	<b>Expresiones</b>
Oral	0 - 18 meses	Succionar (lactancia)
Anal	18 m - 3 años	Control de esfínteres. Diferencias sexuales de niños niñas Rol de género

23/10/2011

Contents

Genital	3 - 5 años	Masturbación Observación del cuerpo de adultos. Exhibicionismo.
Latencia	6 años a inicio de pubertad	Complejo de Edipo y Electra Juegos con sexos separados. Sentido de intimidad. Curiosidad por la reproducción

**Los primeros meses de la vida constituyen la primera experiencia de amor y la relación madre - hijo tiene influencia que perdura de por vida, ya que determina confianza o desconfianza en si mismo, en su identidad sexual y constituye el eje fundamental de su estructura personal.**

**Los patrones de identidad sexual perturbada se pueden detectar a los 3 - 4 años.**

**Es de señalar que los postulados de Freud y Hall, donde se enfatiza el determinismo biogenético y la universalidad de la conducta sexual antes señalada, son útiles de manera general, pero a la luz de los estudios antropológicos (Margaret Mead) se debe valorizar la interacción de los factores genéticos y socioculturales como marcadores de la conducta sexual. (2)**

**Desarrollo de los Estadios Cognitivos**

**Son definidos por el Dr. Piaget en varias etapas, y se deben conocer para interaccionarlos con las etapas de sexualidad infantil y adolescente.**

Estadio Sensorio-Motriz	Nac. a 24 m.	Importante la relación con los padres y los sentimientos de seguridad y amor.
Estadio Pre-Operacional	3 a 6 años	Desarrolla el lenguaje y tiene habilidad lógica limitada
Estadio Operaciones concretas	7 a 11 años	Incrementa el pensamiento lógico. Entiende y maneja situaciones diarias. Fomenta su autoestima. Pregunta directamente y responde con monosílabos. Predomina el pensamiento mágico.
Estadio operaciones formales	11 a 16 años y más edad	Juicios de error variables por remanentes del pensamiento mágico. Razona reflexivamente y cuestiona valores.

**ETAPAS DE LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE (6)**

**Considerando siempre el marcaje individual, estas etapas describen las características más generalizadas.**

- **Adolescencia Temprana (10-13 años)**

**Caracterizada por el inicio de la maduración sexual, extrema curiosidad por su cuerpo y pares, muchas fantasías sexuales, exploración acentuada del auto-erotismo y se interrelaciona con una sexualidad donde lo físico no predomina (coquetería, amor platónico, etc.).**

- **Adolescencia Media (14-17 años)**

**Caracterizada por la completa maduración sexual, narcisismo, manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria (pueden presentarse experiencias homosexuales, relaciones heterosexuales no planificadas), negación de las consecuencias de la conducta sexual (por sentimiento de invulnerabilidad, falta de información y educación sexual), relaciones intensas y fugaces.**

- **Adolescencia Tardía (mayores de 18 años)**

**Caracterizada por la completa maduración física y socio-legal, logros definitivos en la maduración psicológica, conducta sexual más expresiva y puede establecer relaciones íntimas más estables, con definición de su rol sexual.**

**La sexualidad adolescente viene con expresiones y experiencias templadas durante infancia y es por esto que experiencias negativas, como el maltrato físico (incluso abuso sexual), la disgregación familiar, ambiente conflictivo; pueden afectar el desarrollo normal de la personalidad del adolescente. Además, en esta edad pueden hacerse manifiestos patrones latentes de desviaciones sexuales (homosexualidad, transexualismo, voyerismo, violencia sexual, sadismo, masoquismo).**

## **DESARROLLO MORAL DEL ADOLESCENTE**

**Descrito por el Dr. Kohlberg, quien lo sintetiza en 3 períodos y nos permite conocer el proceso moral que se puede asociar a la conducta del adolescente en diversos aspectos como por ejemplo, el sexual.**

**Periodos:**

**El Preconvencional:** con las características de la etapa pre-adolescente y las interpretaciones son en base a lo bueno y lo malo, al concepto de "niño (a) bien educado" y reforzado por el concepto de premio y castigo.

**El Convencional:** de la adolescencia temprana y media, con un todavía marcado respeto a las expectativas y reglas familiares, grupo o país, donde se acata el orden social.

**El Post-convencional:** al final de la adolescencia, donde se desarrollan conceptos morales propios y toma decisiones independientes del grupo y familia.

**Factores que influyen en la expresividad sexual****Factores Personales**

- **Edad de inicio de los cambios puberales**
- **Conocimiento e información que se tenga sobre sexualidad**
- **Autoestima**

- **Capacidad para tomar decisiones**
- **Estilo de vida**
- **Valores personales (éticos, morales, religiosos)**

### **Factores Familiares**

- **Estructura familiar**
- **Afecto y su expresividad**
- **Tipo de interrelación personal**
- **Normas familiares**
- **Ejemplos familiares**

### **Factores Sociales**

- **Presión de pareja o de grupo**
- **Oportunidades educativas, laborales, recreativas**
- **Nivel social (aspecto económico)**
- **Medios de comunicación social**
- **Normas sociales**
- **Patrones culturales**

## **Consideraciones especiales: Masturbación y experiencias homosexuales**

### **Masturbación**

**Es una práctica sexual caracterizada por la autoestimulación y sensación de placer. La pueden practicar hombres y mujeres con características propias en cada ciclo vital. En la etapa infantil puede presentarse sobre todo en la fase genital y no tiene consecuencias más que satisfacer la curiosidad y exploración corporal del niño; sobre todo si los adultos adoptan una actitud sana (sin estimulación, sin represión, sin castigo, sin difundir los mitos de la masturbación: de que produce locura, retardo mental, acné, esterilidad, fatiga física, etc.)**

**En la adolescencia, el impulso sexual se encuentra exacerbado y la autoestimulación es una práctica considerada sana y normal, como drenaje de la tensión sexual, siempre y cuándo sea privada y no sea una actividad que interfiera con su ritmo de vida, intereses y otras actividades propias de su edad.**

**La masturbación durante la adolescencia puede estar acompañada de sentimientos de culpa, vergüenza, temores e inhibiciones, por lo que es necesario que tenga una**



**buena orientación para que no existan conflictos al respecto.**

### **Experiencias homosexuales**

**Homosexualidad: Es la actividad sexual preferente y repetida con personas del mismo sexo durante la edad adulta.**

**De lo anterior se deriva que en la adolescencia sólo se habla de experiencias homosexuales o tendencia homosexual, por ser considerada una etapa de definición de identidad sexual, donde aproximadamente el 50% de los varones y el 30% de las mujeres tiene esta experiencia (5) (6) (7) en el camino hacia la heterosexualidad.**

**La etiología exacta de la conducta homosexual no se conoce, a pesar de las muchas teorías explicativas. Lo que si está claro, es que las preferencias y sentimientos homosexuales no se inician en la adolescencia, puesto que muchos estudios señalan que se establecen en la infancia de manera latente y que luego tienen desencadenantes que la hacen manifiesta (experiencias homosexuales, experiencias heterosexuales decepcionantes, abuso sexual, etc.).**

## Mitos de la homosexualidad

**Existen falsas creencias (mitos) acerca de la homosexualidad los cuales son muy difundidos y originan confusión.**

<b>Mito</b>	<b>Concepto real</b>
"Es una enfermedad mental"	NO está incluida como enfermedad mental en el DSM III . Pero el homosexual puede tener asociados problemas mentales.
"Es una preferencia individual"	Se desarrolla durante el proceso de identidad sexual en la infancia.
"Desean ser del otro sexo y son amanerados"	No desean ser del otro sexo y la mayoría tienen conducta social que no los diferencia del heterosexual.
"Asociado a travestís, transexuales y pedofílicos"	Las desviaciones se pueden observar en homo y heterosexuales.

## Posición de la Academia Americana de Pediatría

**En referencia a la homosexualidad y con el auge del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana, recomienda:**

**Los adolescentes, padres y comunidad deben consultar al Pediatra para el diagnóstico y orientación medico social de los adolescentes con conducta homosexual y prácticas relacionadas. La Academia Americana de Pediatría reconoce la responsabilidad médica en la preservación de la salud del adolescente y los problemas relacionados con sexualidad.**

**Conducta ante las experiencias homosexuales**

**Los Médicos, especialmente Pediatras, Médicos de Adolescentes, Psiquiatras y otros especialistas del área de la salud adolescente, deben detectar las experiencias homosexuales, para orientarlas adecuadamente y que no transformen en desviaciones sexuales, con todas sus consecuencias personales (psicológicas y físicas), familiares y sociales.**

**Sexualidad y la interacción de factores fisiológicos y socioculturales**

**Los diferentes factores interactúan en la conducta sexual y para explicarlo, el Centro**

**de Investigación Psicológica y Psiquiátrica de Sexualidad (4) ha diseñado 2 modelos: Diseño "A". y Diseño "B".**

## **DISEÑO "A"**

### **Interacción de factores fisiológicos y socioculturales**

	<b>Modelo fisiológico</b>	<b>Modelo socio-cultural</b>
Unidad Básica	Estimulo sexual- respuesta	Norma socio-cultural
Validez	Universal	Local, temporal, personal
Conducta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fisiológica</li> <li>• Fisiopatológica</li> </ul>	Socialmente aceptada Socialmente rechazada
<b>Ejemplos</b>	<b>ZONA SIN CONFLICTO</b>	
Actividad sexual en matrimonio	Conducta fisiológica	Socialmente aceptada
Travestí, pedofílico	Conducta fisiopatológica	Socialmente rechazada
	<b>ZONA DE CONFLICTO</b>	
Masturbación	Conducta fisiológica	Socialmente rechazada

**Este modelo facilita el diagnóstico y la orientación en problemas de sexualidad.**

### **DISEÑO "B"**

#### **Interacción del electo - Ejercicio función sexual - Reproducción**

<b>Afecto (amor)</b>	<b>Ejerc. función sexual</b>	<b>Reproducción</b>	<b>Categoría de resultado</b>
Si	No	No	Platonismo (amor platónico)
Si	Si	No	Romanticismo (amor romántico)
Si	Si	Si	Romanticismo (amor romántico pleno)
No	Si	No	Función sexual (sexo sin amor)
No	Si	Si	Accidente 'hijo no deseado)
Si	No	Si	Inseminación artificial (amor platónico con hijos)
No	No	No	Condición mística (ascético puro)

**Este modelo facilita catalogar el estilo de sexualidad que vive una persona.**

**El afecto: Es subjetivo, de normativa personal, con un corte filosófico - moral - religioso referente a: noviazgo, virginidad, relación pre-matrimonial, relación extra-matrimonial, divorcio, soltería y viudez; todo regido por patrones sociales.**

**Función sexual: Interacción con aspectos socio-culturales y está determinada por los patrones de conducta sexual: con quién, con cuál método y con qué frecuencia se funciona, aumado al patrón de velocidad y respuesta sexual.**

**La reproducción: Involucra aspectos como la menstruación, embarazo, parto, anticoncepción, aborto, enfermedades de transmisión sexual, etc.**

## **Sexualidad y calidad de vida**

**El campo de la sexualidad tiene comportamiento y actitudes determinadas socio-culturalmente con efecto innegable en localidad de vida de nuestros pueblos.**

**Vivimos en el subdesarrollo sexual manifestado en cuatro niveles (8):**

- **Morbi-mortalidad materno infantil:**

**El embarazo precoz y sus consecuencias múltiples en el binomio madre - hijo: embarazos múltiples, muerte por aborto y otras enfermedades obstétricas, alto índice de enfermedades de transmisión sexual (clásicas y el SIDA); alta mortalidad perinatal, prematuridad y algunas causales de la mortalidad infantil son índices del sub- desarrollo.**

- **Primitivismo emocional**

**La sexualidad está definida por los tabúes, miedo, culpa, vergüenza y fatalismo. La suerte o el destino deciden la vida sexual y reproductiva.**

- **Analfabetismo sexual**

**La desinformación a todos los niveles, incluso en los profesionales relacionados con la salud, maestros, padres y comunidad es lo más usual.**

- **Retraso socio-sexual**

**Que marca a la mujer con expectativas de sumisión, docilidad e ignorancia y al hombre con arrogancia, rudeza y dominancia; lo cual dificulta el desarrollo de actitudes responsables.**

## **Abordaje educativo de la sexualidad (9) (10) (11)**

**¿Qué espera el adolescente del Médico u otro profesional de salud relacionado con este aspecto?**

- **Un profesional bien informado, orientador, que le brinde confianza.**
- **Un profesional que tenga resueltos y sepa manejar sus propios conflictos sexuales, éticos, religiosos o morales, para que no interfieran en la orientación del adolescente.**
- **Que tenga un enfoque integrativo (cuerpo-espíritu-mente-sociedad) en lo que se refiere a sexualidad.**
- **Que respete los principios básicos de educación dirigida a los adolescentes: con acción participativa del propio joven, con enfoque individual, familiar e institucional; que haga énfasis en cambio de actitudes y comportamiento.**
- **Que respete los principios de confidencialidad, consentimiento, pudor y dignidad del paciente (con las excepciones indicadas en la Ley de Ejercicio Médico y Código de Ética Médica).**
- **Un profesional que estimule la reflexión y promueva comportamientos más elevados en el orden moral.**



## **Estrategia de acción en salud sexual**

- **Desarrollar servicios dirigidos a los adolescentes.**
- **Capacitación del personal idóneo que incorpore adolescentes y jóvenes.**
- **Difundir la información en las diversas áreas donde se desempeñan los adolescentes (escuelas, centros juveniles, reuniones, etc.)**
- **Utilizar el método del diálogo, por ser tema personal y de alto contenido emotivo.**
- **Evitar la información agresiva (que lastime la sensibilidad del adolescente), demasiado fraccionada (por ejemplo: "Use condón") e inadecuada.**
- **Todos los mensajes educativos en sexualidad deben ser culturalmente apropiados, claros, pertinentes y positivos.**
- **Educación en sexualidad que incluya los aspectos siguientes: Cambios físicos y emocionales de la etapa adolescente, relación sexual (aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales), responsabilidad de la pareja, implicaciones en la vida futura, riesgos de salud reproductiva, métodos anticonceptivos (que incluya la abstinencia), importancia de retardar el inicio de la actividad sexual, información sobre las enfermedades de transmisión sexual (clásicas y SIDA) y sus medidas preventivas, efectos negativos de la automedicación en**

**enfermedades de transmisión sexual y anticoncepción, la prevención del cáncer uterino y mamario, información sobre abuso sexual, homosexualidad y masturbación, promoción del auto-control, auto-estima y adecuada toma de decisiones, análisis de los medios de comunicación social y otros temas de interés. (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17)**

**Finalmente, la sociedad debe comprender que la educación en sexualidad dirigida a los adolescentes, NO promueve la actividad sexual temprana.**

**El objetivo final es: Alimentar la esperanza de un futuro saludable, más humano y feliz para nuestra juventud.**

## **Bibliografía**

- 1. SILVER, T.: Sexualidad de los Adolescentes. Desarrollo y Aspectos Eticos. La Salud del Adolescente y el Joven en las Américas. 1985. Washington (U.S.A.).**
- 2. CERRUTI, S.: Sexualidad Humana. OPS. 1990. Uruguay.**
- 3. BARRERA M., G., KERDEL, V.: El Adolescente y sus Problemas en la Práctica. Monte**

**Avila Editores. Segunda Edición. 1980. Caracas.**

**4. Escuela Blanco. Sexología. Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela. Caracas. 1989.**

**5. NEINSTEIN, L.: Sexuality and Family Planning. Adolescent Health Care. Urban y Schwarzenberg. Baltimore. Munich. 1984.**

**6. GREYDANUS, M.O.: Adolescent Sexuality and Gynecology. Lesy Frebirger. Philadelphia. London. 1990.**

**7. REMAFEDI, G.: Working with Gay and Lesbian Adolescents. Pediatric Annals. Nov. 1986.**

**8. Educación Sexual: Desafío y Compromiso. UNESCO. 1986. Caracas.**

**9. Entre Nous. Publicación OPS/FNUAP N° 17. Abril 1991. Madrid (España).**

**10. GRANT, L.; DEMETRIOUS, E.: Sexualidad en los adolescentes. Clínicas Pediatras de Norteamérica. Vol. 6. 1988. Interamericana. México.**

- 11. SAEZ, J. Irene: La Salud del Adolescente y la Acción en la Comunidad. MSAS/OPS/ OMS. Caracas (Venezuela). Nov. 1991.**
- 12. SILEO, E. y Col.: Autoevaluación. La Maduración Sexual del Adolescente. Anales Venezolanos de Nutrición. Vol. 2. 1989. Caracas (Venezuela).**
- 13. SILEO, E. y Col.: SIDA. Conocimientos, Creencias y Actitudes del Adolescente. Boletín Hosp. "1. M. de los Ríos". Vol. 26. 1990. Caracas (Venezuela).**
- 14. PICK DE WEISS, S.: Planeado tu vida. Programa de Educación Sexual para Adolescentes. Editorial Pax. 1989. México.**
- 15. SINGH, S.; WUEF, D.: Adolescentes de Hoy, Padres del Mañana. The Alan Guettmacher Institute. 1990. Washington (U.S.A.).**
- 16. FRANCO, G.; GUTIERREZ, M.: Sexualidad en la Población Adolescente. Boletín Médico Cafán. Enero 1991. Colombia.**
- 17. COMFORT, A., COMFORT, J. Adolescente: Sexualidad, Vida y Crecimiento. Editorial Blume. Barcelona (España). 1986.**

**18. Declaración de Oaxaca sobre: Fecundidad Adolescente en América Latina y el Caribe. Daxaca (México). Nov. 1989.**

**19. CARESSA, M.: Aspectos Psicosociales y de Reproductividad en el Adolescente de Alto Riesgo. Reunión Sub-regional Andina sobre Salud Adolescente. Caracas. Sept. 1990.**

---

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

---

[Home](#)"" """"""> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[.ar](#).[.cn](#).[.de](#).[.en](#).[.es](#).[.fr](#).[.id](#).[.it](#).[.ph](#).[.po](#).[.ru](#).[.sw](#)

---

## Adolescencia y salud reproductiva

---

[Inicio temprano de la actividad sexual](#)

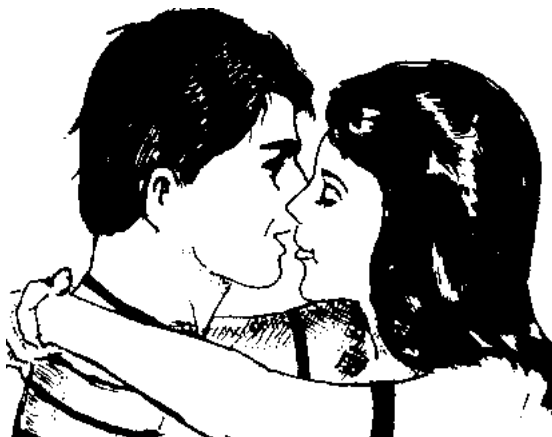
[Embarazo precoz](#)

[Adolescencia: Enfermedades de transmisión sexual](#)

[Cáncer cérvico-uterino](#)

---

## Adolescencia y salud reproductiva





**La atención en salud reproductiva debe enfocar:**

- **El inicio temprano de la actividad sexual.**
- **El embarazo precoz y abortos.**
- **Las enfermedades de transmisión sexual.**
- **El cáncer cérvico-uterino.**

**Inicio temprano de la actividad sexual**

**En América Latina, la edad promedio de inicio de actividad sexual es 17 años para la mujer y 15 años para el varón. El 90% de los varones a los 19 años ya han tenido experiencia sexual; a esa misma edad, el 45-65% de las mujeres.**

**El uso de métodos anticonceptivos para las adolescentes oscila entre un 7 y 30%. De estos, el 75% practica el método del ritmo y el retiro (coitus interruptus) pero desconocen la fisiología del ciclo femenino.**

**El iniciar la actividad sexual antes de los 18 años es una decisión sobre la cual influyen e interactúan una serie de factores.**

### **Factores personales**

#### **En la mujer adolescente**

- **Edad de la menarquia, que ha disminuido en las últimas décadas a un promedio de 12,3 años.**
- **Conceptos equivocados: "ser más mujer", "el embarazo es una manifestación de femineidad" y otros.**
- **Sexo por razones no sexuales: lastima, afecto, para conocerse mejor, "él me**



**necesita", "me puedo controlar sexualmente".**

- **Baja autoestima**
- **Deseo de demostrar independencia**
- **Deseo de igualarse al hombre en libertad sexual**
- **Carencia económica severa (que puede inducir la prostitución)**

### **En el hombre adolescente**

- **Deseo de demostrar que es un hombre**
- **Sometimiento a presiones sociales**

### **En los dos sexos**

- **Desconocimiento y desinformación**
- **Exploración de la sexualidad**
- **Consumo de drogas**
- **Víctimas de abuso sexual**

### **Factores familiares**

- **Falta de afecto**

- **Maltrato físico (incluso abuso sexual)**
- **Falta de comunicación y orientación**
- **Situación familiar conflictiva**
- **Familias muy estrictas o permisivas**

## **Embarazo precoz**

**El embarazo en adolescentes debe ser analizado con un enfoque integral, donde lo primero a considerar es el proceso de maduración sexual con todos los cambios que involucra la etapa puberal, tanto desde el punto de vista biológico como psicosocial y que van a determinar algunos condicionantes que constituyen factores de riesgo en todos los aspectos que implica la salud reproductiva. (1) (2) (3) (4) (5) (6)**

### **Factores de riesgo**

#### **Personales**

- **Edad de la menarquia: La edad promedio para la primera menstruación de las mujeres en Venezuela se sitúa en los 12.3 años, por lo que se encuentran en posibilidad de ser aptas para la reproducción a temprana edad.**

- **Deseo de independencia:** La adolescente desea demostrar que puede tomar decisiones y una de ellas es el iniciar la actividad sexual.
- **Ignorancia de su anatomía y fisiología:** Los adolescentes desconocen la información básica de todo lo que compete a su cuerpo, funcionamiento y sexualidad, porque la educación que reciben no es la más apropiada
- **Desconocimiento de métodos preventivos:** En salud reproductiva los adolescentes no conocen los métodos preventivos del embarazo y Enfermedades de Transmisión Sexual, incluso los de uso más corriente, como el condón, que rechazan, por considerarlo inadecuado.
- **Soledad y baja autoestima:** La mujer adolescente que se siente rechazada, deprimida, con pocos valores personales, puede utilizar la relación sexual como una forma equivocada de reforzamiento personal.
- **Embarazo anterior:** La adolescente que ha tenido su primer hijo y que no recibe un apoyo adecuado desde el punto de vista personal, familiar y social, tiene gran probabilidad de salir embarazada de nuevo en corto plazo.
- **Uso y abuso de drogas:** lo cual disminuye el juicio, aumenta la liberación personal y favorece un estado anímico que facilita las relaciones sexuales no responsables.

## Familiares

- **Inestabilidad familiar:** En los hogares desmembrados, la adolescente carece de una guía moral de valores, que sustente lo que sería su direccionalidad en la vida y ello puede llevarla a tomar decisiones equivocadas.
- **Padre o madre con enfermedad crónica:** Porque en la práctica no pueden efectuar su papel de eje fundamental en el hogar y funcionan como si fueran hogares desmembrados.
- **Ejemplo familiar de embarazo precoz:** La madre o hermana con historia de embarazo adolescente pueden ser un modelo a seguir por las jovencitas.
- **Falta de comunicación:** Hablar de sexualidad es un tema prohibido en la mayoría de las familias, debido a lo incómodo que es analizar y comunicar sentimientos referentes a la sexualidad; por lo que los adolescentes no reciben la orientación adecuada de sus padres.

## Sociales

- **Liberación de costumbres:** El sexo fuera del hogar es un tema de libre comentario y ejercicio, sobre todo en las últimas tres décadas; la mujer se ha liberado, e incluso en ocasiones es la que presiona para el inicio de la actividad sexual.
- **Estrato social:** El embarazo adolescente es un problema que abarca todos los

**niveles sociales, pero es más frecuente en el estrato social de menos recursos económicos.**

- **Presión grupal y de pareja:** La adolescente con el objeto de ser aceptada por su grupo, puede iniciar actividad sexual sólo porque lo hacen todas sus amigas y la mayoría de las veces no se encuentra preparada física ni psicológicamente para una relación satisfactoria. En otras ocasiones, es la pareja con otras necesidades y experiencias la que la presiona para tener relaciones sexuales.
- **Carencia de oportunidades reales:** En un país que informa 50% de población en estado de pobreza crítica, la mayoría de nuestras adolescentes no aprecian en su panorama otra factibilidad de realización más que el hecho de convertirse en madre.
- **Influencia de los medios de comunicación social:** que utilizan el sexo permanentemente en publicidad, cine, prensa, televisión; constituyendo un bombardeo erótico, al cual se encuentran sometidos nuestros adolescentes.
- **Falta de políticas coherentes:** El embarazo en adolescentes a pesar de todas sus repercusiones: biológicas, psicológicas, sociales y demográficas que constituye un problema de Salud Pública, no recibe hasta el momento el apoyo de los niveles de decisión pertinentes con políticas y recursos necesarios para enfrentarlo.
- **Abuso sexual:** Es otro problema que incide en el embarazo de adolescentes;

**tanto el realizado con violencia física (violación), como el realizado con violencia psicológica y el efectuado en jóvenes en estado de indefensión física.**

- **Prostitución y pornografía en adolescentes: Otro problema de dimensiones desconocidas, debido al subregistro que involucra todas estas actividades; pero que tiene gran repercusión social, por todas sus causas y consecuencias.**

### **Costo personal del embarazo precoz**

**La adolescente embarazada debe enfrentar una gran problemática, que involucra variabilidad de aspectos, dentro de los cuales podemos mencionar: (7) (8)**

- **Aceptación del embarazo**
- **Riesgo de salud física (madre-hijo)**
- **Rechazo de la paternidad**
- **Dependencia creciente de la familia**
- **Angustia de la crianza (incluye maltrato del niño)**
- **Desaprobación social**
- **Dificultad para lograr hogar estable**

**Además pierde la oportunidad de:**

- **Desarrollo armónico e integral**
- **Mejorar nivel educativo**
- **Mejorar nivel económico**
- **Alcanzar sus aspiraciones**

**Con otra grave consecuencia:**

**Hijos que heredan todas las limitaciones de la madre,**

**Psicología de la adolescente embarazada (9)**

**En la actitud de la jovencita respecto a su embarazo, hay que tener en consideración si es una adolescente temprana (10 a 13 años), media (14 a 17 años) o tardía (18 años y más); pues las implicaciones psicológicas son diferentes tanto al inicio del embarazo, como en lo que se refiere a la experiencia en si de ser madre, lo cual se debe analizar, tanto como lo referido al aspecto biológico, para brindar una atención cónsona con las necesidades de la adolescente.**

**Cada adolescente que enfrenta el problema de un embarazo precoz, tiene una manera individual de reaccionar ante el impacto psicológico que esto determina,**

**pero existen características conductuales que se repiten con frecuencia y orientan para la evaluación clínica.**

- **Adolescente Temprana (10 a 13 años)**

**Generalmente niega la realidad de su embarazo, tiende a aislarse y tiene comportamiento depresivo. Esto origina consulta obstétrica tardía aumentando los riesgos de un embarazo que ya es de alto riesgo.**

- **Adolescente Media (14 a 17 años)**

**Generalmente lo asume como la consolidación de su femineidad y afirmación de su estado adulto, con sentimientos ambivalentes de culpa y orgullo, aceptación y rechazo.**

- **Adolescente Tardía (18 y más años)**

**Generalmente busca reafirmar su relación de pareja, piensa en aspectos prácticos como los económicos, necesarios para mantener a su hijo y tiene la suficiente madurez para desarrollar sentimientos maternos.**



**Aspectos estadísticos**

**La población adolescente se incrementa permanentemente en todos los países en vías de desarrollo, y las proyecciones que se efectúan para el año 2000 informan que esta tendencia se mantendrá.**

**En el mundo ocurren anualmente 15 millones de partos en adolescentes, de los cuales el 80% son pertenecientes a países en vías de desarrollo.**

**En Venezuela, la población adolescente, conformada por el grupo de 10 a 19 años, constituye el 21.5% del total (4.265.000 adolescente), de los cuales, el 50% son mujeres. (3)**

**Para 1991 el 18.13% de todas los partos que ocurrieron fueron hijos de madres adolescentes lo que se traduce en 105.000 partos al año en mujeres de 10 a 19 años.**

**Consecuencias demográficas**

**Los partos adolescentes anuales inciden en loquees la fecundidad acumulativa, determinada por la alta paridad y el corto lapso intergestacional, lo cual a su vez va a incidir en el aceleramiento del crecimiento poblacional por el acortamiento del**

**lapso intergeneracional.**

**Además, hay otros aspectos relacionados con la fecundidad adolescente. (6) (7) (8) (10) (11) (12):**

**Nivel de escolaridad**

**Las adolescentes embarazadas usualmente interrumpen sus estudios, e incluso les es muy difícil proseguirlos, por las nuevas responsabilidades que implica un embarazo.**

**Nupcialidad en adolescentes**

**En Venezuela la mujer adolescente embarazada es madre soltera en el 70% de los casos, considerando además que el matrimonio contribuye poco a la estabilidad emocional y social de la adolescente, sobre todo cuando se efectúa bajo presión familiar, repercutiendo luego en un mayor porcentaje de divorcios para las mujeres que contrajeron nupcias antes de los 20 años. (4)**

**Mortalidad y morbilidad (3) (12) (13)**

**Mortalidad adolescente**

**En Venezuela, el tercer lugar de muerte en mujeres de 15 a 19 años lo ocupan las causas obstétricas, aborto y otros problemas relacionados. Además, los suicidios son la cuarta causa de mortalidad, que también se relaciona con el embarazo adolescente, ya que dentro de las causas analizadas como predisponentes al suicidio se encuentra el embarazo en jóvenes solteras.**

### **Morbilidad obstétrica en edad adolescente**

**El embarazo precoz es de alto riesgo y según estudios estadísticos, se presentan con mayor frecuencia los problemas obstétricos en el grupo de las menores de 15 años; pero también se debe tomar en cuenta las repercusiones psicológicas que tiene un embarazo temprano y la capacidad para asumir la responsabilidad. La morbilidad obstétrica más frecuente es: hemorragias del 1er. trimestre, pre-eclampsia y eclampsia, desproporción feto pélvica, distocia del parto.**

### **Morbilidad perinatal**

**La relacionada con embarazo en adolescentes es de alta incidencia, lo más frecuente es prematuridad, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas; relacionándose también con una alta mortalidad durante el primer año de la vida.**

**Evaluación clínica (13)**

**El embarazo adolescente es un embarazo de alto riesgo y es importante tomar en cuenta:**

- **La actitud del médico y otros miembros del equipo de salud, que debe ser tranquilizadora y que inspire confianza.**
- **La aplicación del conocimiento psicológico según etapa del desarrollo de la adolescente embarazada.**
- **La realización de una historia clínica completa, que incluya todos los antecedentes ginecológicos pertinentes (ficha obstétrica perinatal - historia clínica perinatal).**
- **Examen físico completo.**
- **Los exámenes de laboratorio que sean necesarios.**

**El cumplimiento de todos los puntos mencionados evitará en lo posible errores diagnósticos o que el embarazo se diagnostique tardíamente.**

- **La aplicación de las normas de Atención Materna de la Dirección Materno Infantil para los embarazos de alto riesgo.**

**Enfoque fundamental del problema (5) (16) (17)**

- **La estrategia para enfrentar el problema debe ser básicamente preventiva, para el primer embarazo precoz y en el caso de la madre adolescente de otros embarazos sucesivos antes de ser adulta.**
- **La atención de salud a la mujer adolescente debe ser integral, tanto para la no embarazada como para la que espera un hijo.**
- **El embarazo precoz es un problema de salud pública y debe abordarse en toda su amplia dimensión.**

#### **Dificultades para enfrentar el problema**

- **Inexistencia de políticas coherentes.**
- **Limitaciones legales.**
- **Impercepción social de necesidad de acción.**
- **Adolescentes desorientados.**
- **Desinformación de medios de comunicación.**

#### **Estrategias para enfrentar el problema**

- **Facilitar acceso de adolescentes a servicios que fomenten la atención en salud reproductiva.**

- **Promover atención integral en salud adolescente.**
- **Mejorar condición social de la mujer.**
- **Promover relaciones responsables entre hombres y mujeres adolescentes.**
- **Disminuir incidencia de embarazo precoz.**
- **Disminuir incidencia de enfermedades de transmisión sexual.**
- **Informar, educar y sensibilizar a grupos claves de la sociedad.**
- **Promover políticas, leyes y programas apropiados.**
- **Mejorar conocimientos y difusión de información de factores determinantes en el comportamiento adolescente, en materia: Sexual. anticonceptiva, reproductiva y de salud general.**
- **Participación activa de los adolescentes en su salud, incorporándolos a los programas educativos relacionados con sexualidad y todos sus aspectos.**
- **Implementar servicios de salud integral para adolescentes.**
- **Prevención de embarazos sucesivos:**
  - **Captación temprana para la atención de la embarazada precoz.**
  - **Orientación en el periodo prenatal (primer embarazo) desde el punto de vista biológico, psicológico y social.**
  - **Orientación en el postparto con enfoque integral y énfasis en la referencia a los servicios de Planificación Familiar.**

- **Educación en salud general, sexual y planificación familiar.**
- **Promoción de apoyo familiar (orientación y educación) y del medio ambiente comunitario.**
- **Ofrecer oportunidades a la adolescente en:**
  - **Educación vocacional**
  - **Laborales**
- **En general:**
  - **Facilitar acciones que aumenten oportunidades y alternativas de elección:**
    - **Educacionales**
    - **Laborales**
    - **Deportivas**
    - **Uso del tiempo libre**

**Debemos promover la idea de que hay que completar el proceso de crecimiento (ser mujer) antes de procrear, para que el embarazo constituya en la vida de la mujer,**

**un factor más de felicidad y realización personal.**

### **Bibliografía**

- 1. OPS. La Salud Adolescente y el Joven en las Américas. Publicación Científica N. 485. OMS/FNUAP/UNICEF.**
- 2. Enlace: Embarazo en Adolescentes en América Latina. Publicación UNESCO Nº 13, 1985. Caracas.**
- 3. Oficina Central de Información. Estadísticas de Embarazo en Adolescentes. 1990. Caracas.**
- 4. Sing, S.; Wuef, D.: Adolescentes de Hoy, Padres del Mañana. Perfil de las Américas. The Alan Zuhmecher Institute. 1990. Washington.**
- 5. Higiene de Reproducción en la Adolescente. Estrategia de Acción. Declaración Conjunta OMS/FNUAP/UNICEF.**
- 6. Juventud en la Década de 1990. Aspectos Sociales y de Salud. Population Reports, Nº 9. Enero 1987.**



- 7. Friedman, L.: Higiene de la Reproducción en la Adolescencia. OMS. Publicación Nº 77. Ginebra, 1983.**
- 8. Wagner, O.: La Adolescente Embarazada. V Congreso Médico Social. 1990.**
- 9. Silver, T.: Actitud de la Adolescente frente al Embarazo. Segunda Teleconferencia Internacional. Miami Children's Hospital. Enero 1987.**
- 10. Cerrutis, S.: Sexualidad Humana. OPS/OMS. 1990. Montevideo (Uruguay).**
- 11. Grydanus, D.: Adolescent Sexuality and Gynecology. Lea y Febiger. 1990. Philadelphia (U.S.A.)**
- 12. Pírela, E.: Influencia de Algunos Factores Psico-Sociales en la Incidencia de Hipertensión Arterial Inducida por el Embarazo y Amenaza de Parto Prematuro en Adolescentes. III Jornadas de Investigación Social. OPS/OMS. Mayo 1990.**
- 13. Hunt, W. Fecundidad Adolescente. Riesgos y Consecuencias. Population Reports, Nº 10. Agosto 1980. Baltimore (U.S.A.)**
- 14. Neistein, L.: Adolescent Health Care. 1984. Baltimore (U.S.A.)**

**15. Arteaga, M.: Adolescencia y Anticoncepción. Conocimiento, Actitud y Práctica. Revista de Obstetricia y Ginecología Venezuela. Vol. 45, Nº 3. Caracas.**

**16. Shaburger, V.: Adolescent Medicine. The at-Rish Adolescent. February 1990. Philadelphia (U.S.A.)**

**17. Reflexión Juvenil- Fecundidad Adolescente. ICAF. Vol. 10, Nº 3. 1990. Washington (U.S.A.)**

---

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

---

[Home](#)"" """"""> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[.ar](#).[cn](#).[de](#).[en](#).[es](#).[fr](#).[id](#).[it](#).[ph](#).[po](#).[ru](#).[sw](#)

---

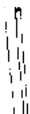
## **Adolescencia: Enfermedades de transmisión sexual**

**Adolescencia: Enfermedades de transmisión sexual**

23/10/2011

Contents





**Las enfermedades de transmisión sexual (E.T.S) en los adolescentes constituyen uno de los más graves problemas, que repercuten con mayor impacto en la vida presente y futura del individuo, debido a las secuelas permanentes físicas y psicológicas que pueden originar en el ámbito de su salud general; lo cual toma dimensiones actualmente incontrolables cuando se involucra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (1) (2) (3).**

**Situación actual de las E.T.S.**

**Las enfermedades de transmisión sexual tienen alta incidencia en el mundo y tendencia a aumentar en los países en vías de desarrollo, constituyendo un problema de salud pública.**

**La población joven es la más afectada; el mayor porcentaje de E.T.S. se reporta en menores de 24 años, con aumento creciente en las últimas dos décadas, especialmente en la edad adolescente, con repercusión grave en su morbi-**

**mortalidad por las complicaciones de E.T.S. clásicas y la incidencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (6) (7) (8)**

**La O.M.S. informa que 1 de cada 20 personas tiene E.T.S., con una incidencia en adolescentes de rangos variables, del 15 al 30% del total.**

**En relación a la proporción de infección, es mayor en el hombre, con una relación hombre : mujer = 2:1.**

**Blenorragia**

**Es la más frecuente de las E.T.S. de 15 a 19 años, con un 25% de casos en mujeres y un 35% en varones.**

**Clamidia Tracomatis**

**Es una de las más frecuentes E.T.S. entre adolescentes. El 88% de los casos se encuentra asociado a Gonococo, y es el agente etiológico para el 50% de casos asintomáticos de uretritis no gonocócica.**

**Sífilis**

**Es una de las 3 enfermedades más frecuentes en adolescentes, con una proporción hombre:mujer de 2,4: 1; en el varón homosexual el riesgo de contraer Sífilis es 10 veces mayor que en el heterosexual y es de mayor prevalencia en las zonas urbanas.**

### **Herpes Genital (Tipos I y II)**

**Una de las infecciones virales de mayor incremento, entre el 25 y 50% del total diagnosticado son adolescentes; el 85% de las infecciones primarias y el 60% de las recurrencias, corresponden al Herpes Genital Tipo II.**

### **SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida)**

**Enfermedad de rápido incremento, sobre todo en las áreas urbanas, con predominio del sexo masculino y auge creciente en el femenino. (7) (8) (9) (10)**

**El mayor porcentaje de afectados es por contacto sexual (homosexual) y drogas, aproximadamente un 56-58 %; por transfusiones sanguíneas del 39 al 41% y de causa indeterminada, del 1 al 5%.**

**Aproximadamente el 25% de los pacientes heterosexuales con SIDA son mujeres y las proyecciones estadísticas informan que para el año 2000 1a transmisión será**

**predominantemente heterosexual.**

**En general, con respecto a la edad, la mayor incidencia es entre los 20 y los 45 años; del grupo de 20 a 29 años se considera que 1/3 adquirieron la enfermedad en la adolescencia, tomando en cuenta el periodo promedio de incubación, que es de 5 años.**

**La incidencia seropositiva se calcula en 400 x 1 millón para las edades de 17 a 19 años.**

**Venezuela y E.T.S.**

**Las E.T.S. clásicas en el grupo de 15 a 19 años tienen una incidencia del 16% del total, con predominio de varón: mujer=2:1. Las más frecuentes son la Blenorragia, Uretritis no Gonocócicas y Sífilis. (5)**

**En SIDA, las estadísticas Mayo 1983 - Diciembre 1991, informan que en mujeres de 10-19 años hay 2 casos, pero de 20-29 años existen 33 casos y ha muerto el 57%; en varones de 10-19 años para el mismo periodo se informan 40 casos, y ha fallecido el 42%; y en jóvenes de 20-29 hay 437 casos, con un 40% de muertes. La mayoría de los**

**casos tiene relación con la práctica homosexual,**

**Causas del incremento de las E.T.S,**

**Factores Sociales (generales)**

**Facilidad de desplazamiento en los modernos medios de transporte, que permiten el contacto entre personas situadas a grandes distancias.**

- **Liberación de costumbres y de permisividad sexual.**
- **Publicidad que promociona sexo indiscriminado.**
- **Prostitución sin control.**
- **Pobreza y desempleo que favorecen la prostitución.**
- **Expendio libre de antibióticos, que favorece la automedicación.**
- **Alto porcentaje de E.T.S. asintomáticas, que disminuye la aplicación de medidas preventivas.**

**Factores relacionados con el adolescente**

- **Inicio temprano de la actividad sexual.**
- **Relaciones sexuales no planificadas, muy frecuentes en esta edad.**



- **Omnipotencia del adolescente, que supone invulnerabilidad al riesgo de E.T.S**
- **Presión grupal que induce a la actividad sexual.**
- **Uso de anticonceptivos orales y dispositivos intrauterinos sin otras medidas preventivas para E.T.S.**
- **Poca aceptación del preservativo o condón por parte de los adolescentes.**
- **Visión de que las E.T.S. (Blenorragia, Clamidiasis, Herpes, Sífilis), son problemas menores.**
- **La automedicación entre Jóvenes.**
- **Falta de educación en niños y adolescentes (por parte de los padres y docentes)**
- **Abuso sexual.**
- **Marginalidad que favorece el hacinamiento y la promiscuidad.**
- **Pobreza y desempleo, que favorecen la prostitución y tráfico de drogas en adolescentes.**

### **Clasificación de las E.T.S.**

**Las E.T.S. actualmente conforman un grupo para el que se reconocen más de 20 agentes patógenos, y su distribución varía según el país y la etiología. (3) (4) (11) (12)**

**Bacterias**

**Virus**

23/10/2011

## Contents

Neisseria Gonorrhea  
Clamidia Tracomatis

Papiloma Humano  
Herpes Simple

Treponema Pallidun  
Mycoplasma Hominis  
Ureaplasma Urealyticun  
Hemophylus Ducrey

Hepatitis A y B  
Citomegalovirus  
Molusco Contagioso  
Inmunodeficiencia  
Humana

Calimatobacterium  
Granulomatis

### **Protozoarios**

Shigella  
Camphylobacter Species  
Gardnerelle Vaginalis  
Estreptococo B Hemolítico

Tricomonas Vaginalis  
Entamoeba Histolítica  
Giardia Lambía

### **Ectoparásitos**

### **Hongos**

Sarcoptes Scabei  
Pthirus Pubis

Candida Albicans

**Clínicas y tratamientos de las E.T.S. mas usuales:**

**Blenorragia (Neisseria gonorrea)**

**Incubación: 2-6 días.**

**Clínica**

***Varones:***

**Disuria y descarga permanente por la uretra como manifestación de la uretritis inicial seguido de prostatitis epididimitis, vesiculitis seminal; absceso periuretral o fístula. Asintomáticos 5-10%.**

***Mujeres:***

**Descarga vaginal y dispareunia por la endocervicitis, uretritis, bartolinitis, endometritis, salpingitis, perihepatitis, enfermedad inflamatoria pélvica. Asintomáticas en 85%.**

***Localización extragenital***

**Artritis es la más frecuente localización extragenital, 60% en adolescentes; seguida de faringitis, rectitis, meningitis, osteomielitis, conjuntivitis, endocarditis.**

### **Diagnóstico**

**Con Historia Clínica, examen físico y laboratorio, secreciones de localización mas frecuente se cultivan en Medio de Tayer-Martin o agar-chocolate y Examen de Gran.**

### **Tratamiento**

**Adolescentes: menores de 45 kgs.**

**Vulvovaginitis, uretritis, proctitis, faringitis.**

**Alternativas:**

{	<b>A)</b> Penicilina Procaínica: 100.000 U x Kgs. IM, 1 dosis.
	+ Probenecid. 25 mg. x Kgs. VO, 1 dosis (max. 1 gr.)
	<b>B)</b> Amoxicilina: 50 mgs. x Kgs. VO, 1 dosis.

+ Probenecidid

**Para oftalmía, Peritonitis y Artritis.**

**Penicilina Cristalina 100.000 U x Kgs. x día, IV x 7 días.**

**En Meningitis: hay que hospitalizar.**

**Penicilina Cristalina 250.000 U x Kgs. x día IV c/4 h x 7 día**

**Investigación de contactos y Tratamiento.**

**Tratamiento psicológico.**

**Adolescentes: mayores de 45 kgs. (Tratamiento igual al adulto)**

**Infección localizada:**

**Alternativas:**

- A) Penicilina Procaínica: 4.8 millones U IM**  
+ Probenecid: 1 gr. VO
- B) Amoxicilina: 3 gr. VO**  
+ Probenecid: 1 gr. VO
- C) Ampicilina: 3,5 gr. VO**  
+ Probenecid: 1 gr. VO

**Más tratamiento de Clamidias Tracomatis.**

- Alternativas:** { A) Tetraciclinas: 500 mgs. 4 veces x día VO x 7 días.  
B) Eritromicina: 500 mgs. 4 veces x día VO x 7 días.

**En casos de resistencia:**

**Ceftriazona: 250 mgr. IM + Tetraciclina o Eritromicina**

**Infección diseminada:**

**Artritis, Dermatitis.**

**Hospitalización y aislamiento.**

- Alternativas:** { A) Penicilina Cristalina: 10 millones U x día x 3 días.  
+ Ampicilina: 500 mgr. VO 4 veces x día y 7 días.  
B) Ampicilina: 3,5 gr. IV  
+ Probenecid: VO 1 gr.  
+ Ampicilina: 500 mgr. VO 4 veces x día x 7 días.  
+ Tetraciclina o Eritromicina VO

**Meningitis:**

**Penicilina Cristalina: 10 millones x día x 10 días IV.  
+ Tetraciclinas o Eritromicina VO**

**Endocarditis:**

**Penicilina Cristalina: 10 millones x día IV x 1 mes.**

**Oftalmía:**

**Penicilina Cristalina: 10 millones x día x 5 días IV.**

**Embarazadas que presentan Blenorragia:**

**Alternativas:**

- A) Amoxicilina + Probenecid: VO 1 dosis.**
- B) Ampicilina + Probenecid: VO 1 dosis**
- + Eritromicina: 500 mgr. VO 4 veces x día x 7 días**

**Enfermedad inflamatoria pelvica (E.I.P.)**

**Es una de las complicaciones más severas de las E.T.S., de alta incidencia entre los 15 y 25 años. Tienen riesgo aumentado de padecerla las mujeres promiscuas, las**

**usuarias de D.I.U., y las que tienen antecedentes de episodios de E.I.P.**

**Etiología:**

**Gonococo, usualmente asociado a Clamidia Tracomatis, Micoplasma Genital, Bacterias aerobias y anaerobios no gonocócicas (Bacteroides Fragilis, Escherichia coli, Anaerobic cocci, Peptococcus, Enterococcus, Estreptococo B Hemolítico y no Hemolítico).**

**Patogénesis:**

**Invasión masiva del gonococo a la pared endocervical, cuerpo uterino y trompas.**

**Clínica:**

**Dolor abdominal en los cuadrantes bajos, que aumenta con el movimiento y en la relación sexual, sangramiento vaginal, flujo, fiebre, síntomas gastrointestinales y de perihepatitis.**

**Tratamiento**



**En pacientes ambulatorios:**

- Alternativas:**
- A) Penicilina Procaínica: 4.8 millones de U IM  
+ Probenecid 1 gr. VO
  - B) Amoxicilina: 3 gr. VO + Probenecid 1 gr. VO.
  - C) Cefoxitin: 2 grs. IM + Probenecid 1 gr. VO.

**Seguido de:**

- Alternativas:**
- A) Tetraciclinas: 500 mgr. 4 veces x día de 10 - 14 días.
  - B) Doxycyclina: 100 mgr. 2 veces x día de 10-14 días.

**En pacientes hospitalizados:**

- Alternativas:**
- A) Doxycycline: 100 mgr. IV 2 veces x día.  
+ Cefoxitin: 2 grs. IV 4 veces x día x 48 horas.,  
y luego Doxycycline: 100 mgr. 2 veces x día, de 10-14 días.
  - B) Clindamycin: 600 mgr. IV 4 veces x día.

**{** + Gentamicina o Tobramicine: 2 mgr. x día IV 4 veces x día en pacientes con función renal normal x 48 horas.  
y luego Clindamycin: 450 mgr. 4 veces x día, de l 0-14 días.

### **Sífilis (Treponema Pallidium)**

**Incubación: 9-90 días. Promedio 21 días.**

#### **Sífilis Primaria:**

**Úlcera en el punto de inoculación (de múltiple localización), indolora, de bordes elevados y con adenopatía regional; desaparece espontáneamente.**

#### **Sífilis Secundaria: (6 o más semanas después)**

**Fiebre, cefalea, disfagia, linfadenopatía generalizada, eritema cutáneo y generalizado, muy marcado en palmas y plantas, de apariencia muy diversa; lesiones de mucosa y hepatitis.**

#### **Sífilis Tardía:**

**Meningitis Aguda (1 año después), accidente cerebro-vascular (5 años después), Mielitis Transversa y Radiculitis; lesiones vasculares.**

**Sífilis Latente:**

**Asintomática con V.D.R.L. positivo.**

**Sífilis Congénita:**

**Hijo de adolescente sifilítica.**

**Diagnóstico:**

**Historia Clínica, examen físico y exámenes de laboratorio. El VDRL (test no específico) es positivo el 25% al inicio de la lesión, 50% 15 días después, 100 % 4 semanas después. Los falsos positivos pueden ser por infección aguda viral, clamidiasis, micoplasma, espiroqueta no sifilítica, bacterias, hongos y protozoarios; enfermedades del tejido conectivo y adicción narcótica.**

**Examen de campo oscuro para visualizar el Treponema (3 días seguidos para considerarlo negativo).**

**Tests serológicos por aglutinemias RPR (no específicas).**

**Anticuerpos específicos:**

**Inmunofluorescencia (FTA-ABS).**

**Inmovilización (TPI)**

**Microhemaglutinación (MHA-TP)**

**Tratamiento: Todo adolescente que se encuentre:**

**En estadio I: Historia de exposición, lesiones primarias, campo oscuro y VDRL + (si los tesis son negativos, repetir en 1 semana, 1 mes, 3 meses).**

**En estadio II: Lesiones secundarias, campo oscuro y VDRL RPR +. El que tenga lesiones atípicas, VDRL 1/16 dl. se debe practicar FTA-ABS o MHA-TP.**

**En estadio III: VDRL + FTA - ABS + y practicar Punción Lumbar (20% de las neurosífilis son asintomáticas).**

**Sífilis Primaria, Secundaria y Latente (menos de 1 año de evolución)**

**Penicilina Benzatínica: 2.4 millones, 1 dosis IM.**

**Alérgicos. Tetraciclinas: 500 mg. VO c/6 h x 15 días**

**Sífilis Tardía (de más de 1 año de evolución):**

**Penicilina Benzatínica: 2.4 millones IM semanal (3 semanas).**

**Alérgicos. Tetraciclinas: 500 mg. c/6 h VO x 30 días.**

**O Eritromicina: 500 mg. c/6 h VO x 30 días**

**Neurosífilis**

**Alternativas:**

- A) Penicilina Cristalina: 2.4 millones IV c/4 h x 10 días.  
+ Penicilina Benzatínica: 2.4 millones IM semanal (3 semanas)**
- B) Penicilina Procaínica: 2.4 millones IM x 10 días.  
+ Probenecid: 1 gr. VOL  
+ Penicilina Benzatínica:: 2.4 millones IM semanal (3 semanas)**

**Observaciones:**

- **El VDRL se negativiza 3-12 meses después del tratamiento.**
- **El FTA puede ser positivo de por vida.**
- **El VDRL + luego de 1 año, debe efectuarse punción lumbar, para descartar Neurosífilis Asintomática y repetir tratamiento.**
- **Reacción de Jarisch Herxheimer: ocurre 2 horas luego del tratamiento en el 50% de Sífilis Primaria, 90% de Sífilis Secundaria, y 25% de las Sífilis Latentes. Consiste en fiebre, escalofríos, taquicardia, mialgias, cefalea y neutrofilia elevada; dura de 12 a 24 horas, y el tratamiento. es reposo y aspirina.**
- **En Sífilis Secundaria: repetir VDRL 1-3-6-12 meses. 75 % es negativo a los 2 años, y 100% a los 2 años. VDRL + luego del año, practicar PL y tratamiento si es necesario.**
- **En Sífilis Tardía y Latente: 75% VDRL es negativo en 5 años. 25% es VDRL + toda la vida. PL al año y Tto. si es necesario.**

### **Herpes genital (virus herpes simple I y II)**

**Incubación: 2 a 20 días.**

**Clínica:**

**Parestesia, sensación de ardor, lesiones vesiculares 1-3 mm., que pueden involucrar toda el área genital; .se extiende con edema, eritema, e infección secundaria, asociado a linfadenopatía regional, disuria, dispauremia, fiebre, cefalea. Gran porcentaje de cese de síntomas espontáneo. Gran porcentaje de recidivas con el stress, relaciones sexuales y menstruación.**

**Diagnóstico:**

**Historia Clínica, examen físico y de visualización de células gigantes multinucleadas (Frotis de Tzanek), microscopia electrónica, Papa Nicolau, cultivo viral en medio de Eagles. Pocos laboratorios lo hacen. Serología tiene poco valor.**

**Tratamiento:**

**Acyclovir (análogo de la Guanosina, que inhibe la replicación viral al interferir con el DNA polimerasa viral).**

**Seis aplicaciones tópicas x día x 7 días y prevenir la autoinoculación.**

**Condiloma (virus de papiloma humano)**

**Incubación: 6 semanas a 9 meses, con promedio de 3 meses.**

**Clínicas:**

**Pápula pedunculada, vegetaciones localizadas en el área genital.**

**Diagnóstico:**

**Historia Clínica y examen físico. Biopsia si es necesario.**

**Tratamiento:**

**Podofilina 20-25% en Tintura de Benzoína; contraindicada en embarazadas.**

**Crioterapia, electrocirugía, remoción quirúrgica.**

**Uretritis no gonocócica (Clamidia tracomatis y Ureaplasma urealyticum)**

**Incubación: 8 - 14 días.**

**Clínica:**



**Descarga purulenta moderada (cervicitis, endometritis), disuria, rara vez hematuria. Asociado a E.I.P.**

**Diagnóstico:**

**Historia Clínica y examen físico.**

**Gram: más de 4-5 polimorfonucleares es indicativo de uretritis; estudio del sedimento urinario, más de 10 células blancas, inmunofluorescencia, inmunoanálisis enzimático, sonda de ácido nucleico. Cultivo rara vez necesario para iniciar tratamiento.**

**Tratamiento:**

**Alternativas:**

- A) Tetraciclina: 500 mgr. VO 4 veces x día x 7 días.**
- B) Eritromicina: 500 mgr. VO 4 veces x día x 7 días.**
- Infección persistente: Tetraciclina 14-21 días.**
- Tratamiento de la pareja sexual.**

**Linfogranuloma venéreo (Clamidia tracomatis)**

**Incubación: 7 a 12 días.**

**Clínica:**

**Úlcera de región genital, cuando la localización es rectal, produce diarrea, descarga rectal y tenesmo; con linfadenopatías de 1 a 4 semanas después de la lesión inicial, unilateral en el 70% de los casos, puede progresar a úlcera crónica, fístulas, elefantiasis genital. Otras complicaciones: artritis, meningitis, encefalitis, conjuntivitis, hepatitis y eritema nudoso.**

**Diagnóstico:**

**Cultivo, fijación de complemento, inmunofluorescencia.**

**Tratamiento:**

**Alternativas:**

- A) Tetraciclina: 500 mgr. 4 veces x día x 2 semanas.**
- B) Eritromicina: 500 mgr. 4 veces x día x 2 semanas.**
- C) Sulfametoxazole: 1 gr. 2 veces x día x 2 semanas.**

## **Chancro blando (Hemophilus ducrey)**

**Incubación: 1 -14 días.**

### **Clínica:**

**Pápula inflamatoria pequeña que luego se hace pústula y úlcera de bordes no indurados, son lesiones generalmente múltiples con localización genital y extragenital.**

**La linfadenopatía puede ocurrir 7 a 10 días después de la lesión inicial, con supuración y ruptura espontánea. Las mujeres pueden tener lesiones asintomáticas en vagina o cérvix.**

### **Diagnóstico:**

**Historia Clínica y examen físico. Cultivo de muestra de lesiones.**

### **Tratamiento:**

**Alternativas:**

- A) Eritromicina: 500 mgr. 4 veces x día x 10 días.**
- B) Trimetropin - Sulfa: 800 mgr. 2 veces x día x 10 días.**

**Tratamiento de pareja.  
Abstinencia sexual.**

**Granuloma inguinal (Calymato bacterium granulomatis)**

**Incubación: 8- 10 días.**

**Clínica:**

**Nódulos inflamatorios con linfadenopatías, muchas veces obstructiva, con localización generalmente genital y un 5% extragenital.**

**Diagnóstico:**

**Historia Clínica y examen físico; la función de Giensa o Wrights, que permite visualizar los cuerpos de Donovan en células mononucleares grandes.**

**Tratamiento:**

**Alternativas:**

- A) Tetraciclina: 5(8) mgr 4 veces x día x 3 semanas.**
- B) Gentamicina: 40 mgr. IM 2 veces x día x 2 semanas.**

**Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)**

**Periodo de incubación:**

**Promedio 5 años, con rangos que oscilan de meses a pacientes que permanecen asintomáticos toda su vida.**

**El retrovirus linfotropo humano entra en la célula huésped (monocito o macrófago), que luego es el vehículo para la replicación viral, la lesión directa de la célula con receptores C-D4 específicos hace que se agote el número de linfocitos T, aparecen anomalías en la función inmunitaria de la respuesta de anticuerpos específicos y hay pérdida de la regulación de linfocitos T supresores; además se suma función anormal de neutrofilia y perturbaciones en la vía del complemento.**

**Clínica:**

**Los signos y síntomas clínicos tienen diversas clasificaciones, pero la siguiente es adaptada de la Organización Mundial de la Salud, para los países en vías de desarrollo.**

**En ausencia de causas conocidas de inmune-supresión, los siguientes signos y síntomas, asociados al laboratorio, serán los utilizados:**

**Grupo A: Sarcoma de Kaposi, Tuberculosis Diseminada (extrapulmonar, pulmonar no cavitaria).**

**Grupo B: Candidiasis, Infección Viral o Leucoplasia Pilosa, Tuberculosis Cavitaria o Pulmonar no específica.**

**Herpes Zoster en un paciente menor de 60 años, disfunción del Sistema Nervioso Central.**

**Grupo C: Diarrea de 1 mes de evolución, Fiebre (mayor o igual a 38°C), de 1 mes de evolución; caquexia, pérdida de peso mayor del 10%, astenia mayor de 1 mes, dermatitis persistentes, anemia, linfopenia, trombocitopenia, infiltrado intersticial**

**difuso o bilateral en pulmones a Rayos X; LOS persistente.**

**Diagnóstico:**

**Historia Clínica, examen físico, pruebas que detectan anticuerpos contra proteínas virales (técnica inmunoabsorbente con participación de enzimas - ELISA), que cuando es repetidamente positiva se debe confirmar con una prueba más específica para IV, como La de Western Blood.**

**Consecuencias de las E.T.S.**

- **Embarazadas: Aborto.**
- **En el niño muerte perinatal, neumonía del recién nacido, malformaciones congénitas, sordera, ceguera, problemas neurológicos.**
- **Infertilidad.**
- **Embarazo ectópico.**
- **Displasia y cáncer de cuello uterino.**
- **Problemas cardiacos.**
- **Problemas neurológicos.**
- **Demencia.**

## **Detección de E.T.S**

**En la edad adolescente, el grupo de mayor riesgo debe ser examinado:**

- **Sexualmente activos.**
- **Víctimas de abuso sexual.**
- **Embarazadas.**
- **Promiscuos.**
- **Prostitutas.**
- **Homosexuales.**
- **Con clínica de E.T.S.**
- **Sospechosas de contacto de E.T.S.**
- **E.T.S. recurrentes.**
- **Internos en instituciones de corrección**

**Prevención y control de E.T.S. - SIDA en adolescentes**

**Los aspectos a considerar en este sentido son múltiples, para hacer frente al reto que significa la creciente morbilidad y mortalidad de las E.T.S.; todo comprendido dentro de las acciones dirigidas a promover la Salud Reproductiva. (13) (14) (16)**



- **Capacitación del equipo de salud que incluya el conocimiento de las normas de la División de Enfermedades de Transmisión Sexual del M.S.A.S. en detección e investigación de contactos.**
- **Educación a niños y adolescentes:**
  - **Sexualidad general**
  - **E.T.S. - SIDA**
  - **Sistema de valores que soporte la presión psicológica y social.**
  - **Ventajas de posponer el inicio de la actividad sexual.**
- **Educación familiar y comunitaria.**
- **Métodos de prevención en activos sexuales:**
  - **Considerar la abstinencia.**
  - **Relación monógama con pareja conocida y sana.**
  - **Práctica sexual no penetrativa, ni traumática.**
  - **Uso de preservativos.**
  - **Evitar contacto con sangre, semen y secreciones.**
  - **Rechazo de drogas y parejas con este hábito.**

- **Informar y educar a los expendedores de medicamentos.**
- **Servicios de salud adecuados para los jóvenes, con atención acorde a sus necesidades, libres de enjuiciamiento y culturalmente apropiados; que permitan la prevención primaria, secundaria y terciaria.**
- **Promover en los medios de comunicación mensajes de sexualidad que sean pertinentes, positivos, creíbles y adaptados cultural mente.**
- **Promover la participación de líderes y asociaciones juveniles, que ejercen una eficaz. acción en la promoción de salud.**

## **Conclusión**

**La prevención y control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y el SIDA en los adolescentes, debe ser efectuada dentro del marco positivo del desarrollo de una sexualidad humana sana y equilibrada.**

## **Bibliografía**

- 1. Juventud en la Década. 1980. Population Reports, N° 9,1987.**
- 2. La Salud de la Juventud. O.M.S. 1989. Ginebra (Suiza).**

**3. Neinstein, L.: Overview of Sexuality Transmitted Diseases Adolescent Health Care. Baltimore (U.S.A) 1984.**

**4. Silver, T.: Enfermedades de Transmisión Sexual en la Adolescencia. La Salud del Adolescente y el Joven de las Américas. Publicación O.P.S. No 489.1985. Washington (U.S.A.)**

**5. Estadísticas de E.T.S. División de Enfermedades de Transmisión Sexual. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. 1991.**

**6. Información de SIDA. Oficina de Lucha Contra el SIDA. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. 1991.**

**7. Embarazo y Enfermedades de Transmisión Sexual (E.T.S.) en Adolescentes de América Latina. Centro Internacional de Fecundidad Adolescente. Agosto 1990. Washington (U.S.A.)**

**8. Manoff, S.: Acquired Immunodeficiency Syndrome in Adolescents. Epidemiology, Prevention and Public Health Issues. Pediatric Infection. Vol. 8, N° 5, 1989.**

**9. Hein, K.: Human Immunodeficiency Virus Infection in Adolescents. A Rationale**

**Action. Adolescent Pediatric Gynecology, 1:73-82. 1988.**

**10. Cooper, E.: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: una nueva población de niños en peligro. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Vol. 6.1988.**

**11. Sanfilippo, J.: Adolescent Girls with Vaginal Discharge. Pediatric Annals, 15:7. July. 1986.**

**12. Farmer, M.: Laboratory Evaluation of Sexuality Transmitted Diseases. Pediatrics Annals. 15:10 October, 1986.**

**13. Marks, A.: Health Assessment and Screening During Adolescence. Pediatrics. Vol. 80. N° 1. July 1987.**

**14. Informe de la Reunión sobre Prevención y Control de E.T.S. (SIDA en Jóvenes). O.M.S. 1987. Ginebra (Suiza).**

**15. Sileo, E. y col.: SIDA, Conocimientos, Creencias y Actitudes del Adolescente. Boletín Hosp. "J. M. de los Ríos". Vol. 26, Enero 1990. Caracas.**

**16. Díaz, L.: Educación Venérea. Servicio de Dermatología. Hospital "J. M. de los**

Ríos". 1980. Caracas.

**17. Grace, E.: The Impact of AIDS Awareness on Adolescents Female. Adolescent Pediatric Gynecology. Vol. 2:40-42, 1989.**

**18. Cooper, E.: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Una Población de Niños en Peligro. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Niños en Riesgo. Vol. 6, 1988.**

## **Cáncer cérvico-uterino**

### **Cáncer cérvico-uterino**

trompa de Falopio

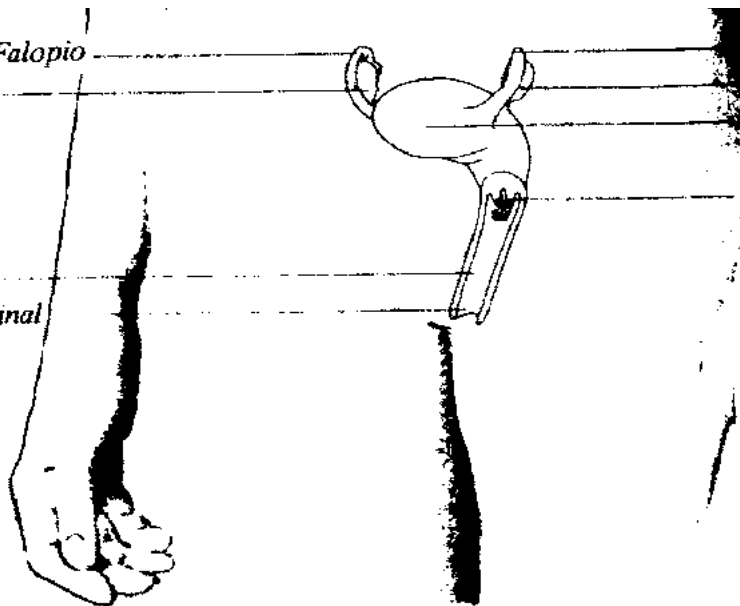
ovario

vagina

orificio vaginal

rom

el



**La población femenina en edad adolescente ha presentado un incremento notable del Cáncer Cérvico-Uterino en los últimos años, lo cual se expresa en las estadísticas que informan que de cada 1.000 citologías efectuadas en mujeres de 15 a 19 años: 50 citologías tienen displasia leve y 10 displasia moderada o severa (EE.UU).**

**Los cambios citológicos más importantes son del epitelio cervical columnar que se transforma en uno de tipo escamoso.**

**La actividad sexual temprana (antes de los 18 años) aumenta dos veces el riesgo de padecer cáncer cérvico-uterino y aumenta 5 veces el riesgo si la mujer es promiscua (activa sexual con 3 o más parejas diferentes en 1 año).**

**La infección viral por Papiloma humano y Cytomegalo Virus Humano se asocia a la aparición de cáncer cérvico-uterino, al punto que actualmente se habla de cáncer cérvico-uterino como una enfermedad de transmisión sexual.**

**El tabaco es una droga también involucrada en la aparición de cáncer cérvico-uterino, por que la presencia de nicotina en el moco cervical y asociado a los otros factores antes mencionados puede inducir cambios en el epitelio cervical.**

### **Estrategia de prevención**

- **El equipo de salud debe promocionar y facilitar que la mujer adolescente sexualmente activa se realice una citología de cuello uterino al año.**
- **Diagnóstico temprano y tratamiento adecuado a las enfermedades de transmisión sexual.**
- **Promover la educación en sexualidad que incluya todos los aspectos de salud reproductiva.**
- **Promover en la adolescente la autoestima, autocontrol y valores que favorezcan un estilo de vida sana.**
- **Prevenir mediante la educación, el consumo de drogas, alertando sobre el uso del tabaco y su relación con el cáncer de cuello uterino.**

### **Bibliografía**

- **Grydanus Adolescent Sexuality and Gynecology. Lea y Febiger. 1990. Philadelphia (U.S.A.)**
- **Neistein L. Adolescent Health Care. 1991. Baltimore (U.S.A.)**
- **Shaburger V. Adolescent Medicine. The At-Risk Adolescent. 1990. Philadelphia U.S.A.**



[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

---

[Home](#)"" """"> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[.ar](#).[.cn](#).[.de](#).[.en](#).[.es](#).[.fr](#).[.id](#).[.it](#).[.ph](#).[.po](#).[.ru](#).[.sw](#)

---

## Abuso sexual en adolescentes

---

[Definición](#)

[Incidencia del problema](#)

[Psicología del violador](#)

[Incesto](#)

[Abuso sexual intrafamiliar \(3\)](#)

[Evaluación clínica del abuso sexual](#)

[Tratamiento](#)

[Bibliografía](#)

## [La prostitución adolescente es un grave problema de abuso sexual](#)

### **Definición**

**Es la victimización del adolescente, al exponerlo a un estímulo sexual inapropiado para su edad y nivel de desarrollo psicológico e intelectual.**

**El abuso sexual representa una amplia gama de comportamientos sexuales que implican: desde comentarios sexuales sutiles hasta el franco manoseo, caricias, sodomía, felación y relaciones sexuales; también incluye la pornografía, prostitución, incesto, el acto sexual violento o violación y el cometido bajo violencia psicológica.**

**La violación es una de las más devastadoras experiencias que puede sufrir cualquier persona y más si es un adolescente, ya que puede dejar secuelas permanentes en su vida futura, especialmente en el área de ajuste sexual.**

**La violación es un crimen en una sociedad que no ha sabido resolver los problemas de la sexualidad y no ha enseñado desde la infancia que el coito es un acto sagrado**

**y la satisfacción sexual depende en gran parte de los vínculos de ternura y de buena voluntad de una pareja.**

## **Incidencia del problema**

**Los problemas de abuso sexual acusan un sub-registro importante y su verdadera incidencia es difícil de conocer.**

**En EE.UU, se calcula que ocurren de 200.000 a 500.000 casos anuales, incluyendo unos 5.000 casos de incesto.**

**Se considera que se denuncian: entre 10 y 30% de los incestos, y un 10% de las violaciones. El número de adolescentes dedicados a prostitución y pornografía se desconoce. (1) (2) (3)**

## **Causas del sub-registro de abuso sexual**

- Relación distorsionada del adolescente con adultos que data de la niñez y considera normal esta conducta social.**
- El adolescente considera la experiencia agradable y excitante, sobre todo si no**

hay dolor físico y obtiene una ganancia al margen.

- Los adolescentes involucrados en prostitución o pornografía pueden obtener: dinero, drogas o un lugar donde vivir.
- Temor del adolescente por la represión del adulto.
- Silencio familiar por temor a la crítica social.
- Familias con comportamiento incestuoso.
- Negación social de esta realidad.
- Negación profesional (Médicos, Abogados, etc.), a involucrarse en tan difícil problema.

### Mitos de la violación

Dentro de la problemática del abuso sexual se manejan conceptos que no se adaptan a la realidad,

#### Mito

"Es sólo un acto sexual"

"Usualmente no es un crimen

#### Concepto real

Es un acto sexual violento que ataca la integridad física y emocional de la persona.

Implica gran agresividad, al punto de comprometer la

23/10/2011

## Contents

violento"

vida de la víctima.

"Es un acto provocado por la mujer"

El violador actúa por impulsos personales, independientemente de la imagen de la víctima.

"Los violadores se conocen"

El violador puede llevar una vida "normal" y bien integrado a una familia.

"La violación se comete en sitios extraños"

50 % de las violaciones son planificadas y ocurren en la casa de la víctima.

"La víctima preferida es la mujer"

Las víctimas son de los dos sexos y a cualquier edad.

"Las violaciones son interraciales"

La mayoría son por violadores de la misma raza y nivel social de la víctima.

"La violación es imposible si la víctima no colabora"

La violación en todas sus variedades es factible aún con una víctima renuente.

## Psicología del violador

**Una realidad es que el violador es un producto de la sociedad, puesto que la miseria, la deformación de valores, la angustia, las frustraciones es el germen de**

**toda violencia, incluso la sexual.**

**La psicopatología del violadores variable, pero se describe como un individuo depresivo, con tendencia a la soledad, con razonamiento y juicio de valores muy escaso, con graves problemas personales de índole emocional (ansiedad y problemas de sexualidad) y un gran porcentaje de ellos tienen antecedentes de haber sido víctimas de abuso sexual en la infancia.**

## **Incesto**

### **Abuso sexual intrafamiliar (3)**

**Es una grave situación, conformada por un complejo fenómeno de raíces psicológicas, sociales y morales. En toda la amplia gama de comportamientos sexuales que existen, el único que es vetado en todas las culturas y sociedades es el incesto; a excepción de la Cultura Egipcia, en la época de los Faraones, por razones políticas y sucesorales del poder gubernamental.**

**El Médico debe conocer la dinámica de las familias incestuosas, para poder detectar correctamente factores de riesgo en este sentido o diagnosticar con acierto en un**

**caso determinado.**

**Generalmente ocurre en familias con padres que tienen historia de privación emocional; con maltrato físico y psicológico; padre institucionalizado en la niñez; ausencia de padres a temprana edad; relación ambivalente con sus padres que varía desde el autoritarismo hasta el abandono; relación de conflicto con la madre, caracterizado por gran hostilidad.**

**En la relación incestuosa padre-hija hay características de exagerada pasividad y dependencia por parte de la muchacha que asume inconscientemente el rol de pequeña-esposa; esta muchacha puede ser víctima también de tíos o amigos de la familia.**

**En la relación incestuosa padre-hijo, el primero está expresando sus impulsos homosexuales y generalmente viene de relación incestuosa en su familia de origen.**

**El incesto madre-hijo es raro y la seducción del hijo por parte de la madre está considerada en el rango psicopatológico; la madre es una mujer muy dependiente, con "necesidad" de desalojar el instinto maternal.**

**El incesto entre hermanos; es el más común abuso sexual intrafamiliar y puede pasar desapercibido por mucho tiempo. Generalmente se inicia en la edad infantil y tiene efectos a largo plazo que repercute en la vida adulta.**

**El maltrato intrafamiliar en todas sus variedades perpetúa el ciclo de violencia y genera conductas agresivas.**

## **Evaluación clínica del abuso sexual**

### **Indicadores conductuales de abuso sexual (3) (5)**

- Alegato de abuso sexual; siempre que un niño o adolescente pregunte o denuncie sobre abuso sexual, debe ser tomado en cuenta e investigado.**
- Comportamiento sexual indebido: precocidades en la conducta sexual, provocaciones gestuales, comentarios o conocimientos de sofisticaciones sexuales, preguntas íntimas a los adultos; pueden ser índice de que el adolescente recibe sobre-estímulo sexual indebido.**
- Pornografía y prostitución: es común que los niños y adolescentes involucrados en pornografía lo estén en prostitución y/o abuso sexual. Estudios retrospectivos indican que el 75% de las prostitutas tienen antecedentes de**



**abuso sexual en la niñez.**

- **Problemas de escolaridad, conducta delictiva, huidas del hogar, uso y abuso de drogas, depresión, ansiedad, fobias, problemas sexuales (homosexualidad, frigidez, impotencia), conducta autodestructiva; pueden ser síntomas de abuso sexual.**
- **Problemas familiares severos: consumo de drogas, violencia intrafamiliar, padres con antecedentes de abuso físico o sexual en la niñez u otras características de las familias incestuosas.**
- **Solicitud repetida de los padres para que se efectúe examen genital al adolescente, puede revelar conducta con tendencia incestuosa.**

**Síndrome del trauma de violación**

**Las víctimas de violación dentro de su individualidad psicológica, presentan tres fases en el proceso emocional subconsecuente que fueron descritas por Burgess y Holmstron en 1974 y se encuentran vigentes para el estudio, seguimiento y tratamiento de estos pacientes:**

**Primera fase: Desorganización**

**En el periodo agudo temprano; puede presentarse shock mental, desmayos, ansiedad severa, sensación de terrible invasión a su intimidad y agresión a los deseos de autonomía e independencia de la edad adolescente; insomnio, anorexia, vómitos, reacciones histéricas o demasiado estóicas; silencio de los hechos y profunda depresión con idea suicida. Todo depende de la personalidad pre-asalto y severidad del ataque sexual.**

### **Segunda fase: Reorganización**

**Se puede observar días o semanas después: existe un desarrollo gradual de su estilo de vida anterior, pero con desajustes caracterizados por depresión, ansiedad, fobias, temor a la compañía de hombres (amigos) si la víctima es mujer; tendencia del adolescente a separarse de su grupo y asco excesivo.**

### **Tercera fase: Integración**

**Semanas o meses después: puede persistir depresión leve, pobre integración de autoimagen, temor a que el violador regrese, sentimiento de descontrol e inseguridad, desajuste de su vida sexual.**

**Indicadores físicos de abuso sexual**

- **Lesiones físicas: contusiones, laceraciones, abrasiones, hematomas, equimosis, alopecia traumática, fracturas, trauma genital, hemorragia genital.**
- **Embarazo: donde se niega la identificación del padre, puede tratarse de incesto.**
- **Enfermedades de transmisión sexual.**
- **Uretritis y vaginitis no venérea puede deberse a excesiva manipulación sexual.**
- **Enuresis y encopresis secundaria: a reacción emocional regresiva, como manifestación psiquiátrica de un abuso sexual, o la encopresis debida a relajación del esfínter rectal también como expresión del trauma físico por el abuso.**

**Historia Clínica:**

**Aspectos generales: Debe ser efectuada respetando estrictamente la privacidad, con un manejo que implique delicadeza y sensibilidad, brindando el soporte emocional adecuado para que la víctima se sienta más tranquila, suministrando toda la información que amerite el adolescente y su familia respecto a la delicada situación que viven, facilitando la asesoría legal, mediante la orientación a los profesionales**

**correspondientes e insistiendo en la necesidad del control y seguimiento de las consultas sucesivas, para tratar adecuadamente las repercusiones físicas y psicológicas.**

**Se recomienda en el examen físico del adolescente la presencia de un acompañante, preferiblemente miembro del equipo de salud, para prevenir complicaciones médico-legales; no se sugiere la presencia de un familiar, por aumentar la tensión emocional y la inhibición del paciente.**

- **Historia clínica completa; que incluya: fecha o tiempo del abuso sexual, modalidad del abuso sexual, uso de anticonceptivos o dispositivos intrauterinos; si es sexualmente activa, la fecha del último coito voluntario y todos los datos relacionados con la situación consultada.**
- **Examen físico: general y genital-pélvico, detallando todos los signos encontrados. En caso de que no exista evidencia física de abuso sexual, el Médico debe anotar "No hay evidencia de trauma", y no certificar que no hay evidencia de violación, pues este último diagnóstico cierra la posibilidad de investigación legal o a otras indagaciones clínicas que se quieran proseguir.**
- **Evaluación del estado mental: incluyendo indagación psicológica previa al asalto sexual.**

- **Recolección de muestras para experticia forense: Debe anotarse si la víctima se bañó, orinó o defecó después del abuso sexual, ya que esto varía los resultados en caso de violación. La víctima debe desvestirse sobre una sábana, para recolectar todo residuo y ésta como la ropa debe colocarse en bolsas separadas y debidamente rotuladas.**
- **Recolección de muestras para laboratorio: Tomadas de boca, faringe, piel, cabellos, uñas, genitales y ano. Se envían muestras de saliva, sangre, heces y orina; material de secreciones vaginales, cérvix, uretra y ano. Efectuar citoscopia y colposcopia, si es necesario incluso bajo sedación general, si el caso lo amerita.**
- **En el flujo vaginal: determinación de fóstasa ácida para el líquido seminal, aglutinógeno ABH y precipitinas espermáticas.**
- **Examen en fresco para motilidad espermática.**
- **Frotis fijo de espermatozoides.**
- **Estudio de secreción para Sífilis, Blenorragia, Clamidia, Tracomatis, Candida y Herpes.**
- **V.D.R.L.: En el momento y 6 semanas después del asalto.**
- **Estudio de HIV.**
- **Test de embarazo para certificaciones posteriores.**
- **Test de embarazo 15 días después del asalto y al mes si no presenta la**

**menstruación.**

- **Test de drogas.**

## **Tratamiento**

### **Tratamiento médico:**

**Se encuentran dirigido a la atención de lesiones físicas, tratamiento y prevención de enfermedades de transmisión sexual, presencia del embarazo y tratamiento de los problemas emocionales derivados del abuso sexual.**

- **Se indica la aplicación de Toxoide Tetánico.**
- **Antibióticos profilácticos mientras llegan los resultados de laboratorio, en los casos que hubo penetración del pene o trauma genital:**

### **Alternativas para prevenir E.T.S.:**

- a. Penicilina Procaínica: 100.000 U x Kgs. (máximo 4,8 millones IM) + 1 gr. Probenecid.**
- b. Tetraciclinas: 500 mgr. 4 veces x día x 7 días.**

- c. **Doxicilina: 100 mgr. 2 veces x día x 7 días.**
- d. **Eritromicina: 250 mgr. 4 veces x día x 7 días.**

- **Profilaxia del embarazo: en aquellas pacientes que no toman anticonceptivos o no tienen colocado un D.I.U. se hace cuando consulta antes de las 72 horas después del asalto.**

**Se recomienda Ovrál Anticonceptivo Oral (0,05 mgr. de Ethinil-Estradiol y 0,5 mgr. de norgestrel) 2 tabletas antes 72 horas después del acto sexual preferiblemente antes de las 24 horas y luego 2 tabletas más 12 horas después.**

**Si al mes no ha ocurrido la menstruación, se debe efectuar test de embarazo.**

- **Tratamiento psicológico: Se debe conocer todas las facetas emocionales que caracterizan a la víctima de abuso sexual, y ofrecer toda la oportunidad; de expresar sus sentimientos, aclarar dudas y angustias, de recibir explicación detallada y orientación personal y familiar sobre: temor a las consecuencias, problemas corporales,**

**embarazo, miedo al asaltante, peligro de ser nueva víctima, sexualidad futura y otras áreas que interesen.**

**El seguimiento y detección de: fobias, depresiones, conducta suicida, desajustes sexuales, de interrelación personal, familiar y social para un tratamiento psicológico apropiado y oportuno.**

**Orientación familiar y de la pareja en caso de adolescentes con relación de noviazgo es imperativa, para que puedan dar el soporte emocional adecuado.**

- **Asesoramiento legal: El médico tiene obligatoriedad de hacer la denuncia del caso que diagnostique como abuso sexual y ofrecer la orientación al adolescente y su familia hacia la ayuda profesional que corresponde en este aspecto.**

**El médico como primer profesional consultado en caso de abuso sexual, debe estar alerta y preparado para brindar el tratamiento y la orientación que el adolescente y su familia requieran.**



## **Bibliografía**

- 1. Violencia Familiar, una Peligrosa Endemia, ILADIBA, Vol. 5, N. 1, Pág. 54-64. 1991. Edición Venezuela.**
  - 2. Endert, C.; Daniel, W.: Intra-Family Sexual Abuse of Adolescents. Pediatric Annals. 15:11. Nov. 1986.**
  - 3. Grydanus, D.: Adolescent Sexual Assault and Incest. Adolescent Sexuality and Gynecology. Lee y Febiger. 1990. Philadelphia - London.**
  - 4. AVESA. Programa de Atención a la Mujer Víctima de Violación, Material educativa. Av. Vollmer, Esquina Av. Andrés Bello, Edificio Normandie, P-H 1, San Bernardino. Caracas, Venezuela.**
  - 5. Neinstein, L.: Sexuality and Family Planning Adolescent Health Care. A Practical Guide. Urban y Schwargemberg. Baltimore - Munich. 1984.**
- 

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

---

[Home](#)"" """"> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[.ar](#).[.cn](#).[.de](#).[.en](#).[.es](#).[.fr](#).[.id](#).[.it](#).[.ph](#).[.po](#).[.ru](#).[.sw](#)

---

## Adolescencia y anticoncepción

---

[Introducción](#)

[Clasificación de los métodos anticonceptivos \(4\) \(6\) \(8\)](#)

[Consideraciones sobre el aborto](#)

[Bibliografía](#)

---

### Adolescencia y anticoncepción



## Introducción

**Los problemas relacionados con salud reproductiva en los adolescentes se hacen**

**evidentes, cuando se analizan los riesgos de la actividad sexual temprana en referencia al aumento creciente de:**

- **Enfermedades de transmisión sexual clásicas y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.**
- **El cáncer cérvico-uterino.**
- **El embarazo precoz y sus consecuencias en:**
- **La morbi-mortalidad madre-hijo.**
- **La problemática psico-social individual y colectiva.**

**A pesar de las consecuencias negativas que conlleva la actividad sexual en la adolescencia por sus repercusiones en la salud personal y social del individuo, muchos adolescentes toman la decisión de ser personas sexualmente activas y por lo tanto ameritan de una adecuada orientación y asesoramiento profesional para que esa decisión interfiera lo menos posible con su pleno desarrollo bio-psico-social y no culminen su adolescencia en condiciones negativas que probablemente los marcaran el resto de sus vidas.**

**Los servicios de saluden general y los relacionadas can la atención del adolescente deben considerar una serie de factores que incluyen la actitud social y del propio**

**adolescente en lo que se refiere a la atención de salud reproductiva, las consideraciones legales vigentes y la adecuada capacitación del personal profesional que se desempeña en dichos servicios para que su acción sea acorde con las necesidades de salud del adolescente.**

**Consideraciones generales sobre la prescripción de anticonceptivos a menores de edad**

**Los anticonceptivos en la gran variedad disponible actualmente, desde el punto de vista legal no tienen diferencias a la prescripción de cualquier otro tratamiento médica bien indicado, es decir estrictamente ajustado al diagnóstico del paciente y atendiendo la responsabilidad de preservar su salud. (1)**

**El código civil y el código penal Venezolano señala que la mayoría de edad es para quien haya cumplido los 18 años. El artículo 46 del código civil señala que el varón a los 16 años y la mujer a los 14 años ya pueden contraer matrimonio válido (con el consentimiento de los padres) (2).**

**A partir de la edad en que ya se puede contraer matrimonio, los casados, la mujer que haya tenido un hijo y el menor emancipado (aquel en que sus padres han**

**renunciado voluntariamente a su custodia y es capaz de mantenerse por si mismo). No requieren consentimiento de los padres para la realización de exámenes con fines diagnósticos o tratamiento médico.**

**El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social señala en la Norma de los Programas de Atención Materna y Planificación Familiar (revisada en 1991) que en los establecimientos de salud a nivel nacional se debe prestar atención a la mujer en edad fértil (15-45 años) que solicite los servicios del programa de planificación familiar, pero si la mujer que solicita el servicio tiene menos de 15 años no se le debe negar atención. (3)**

### **Métodos anticonceptivos**

**El método anticonceptivo "ideal" para adolescentes no existe, a pesar de la amplia variabilidad disponible actualmente y todos tienen ventajas y desventajas que incluyen no sólo aspectos biológicos, psicológicos y prácticos en la utilización de un determinado método, si no que hay que tomar en consideración los aspectos éticos, morales o religiosos que maneja la persona y su pareja. (4) (5) (6) (7)**

**El médico bien capacitado para orientar al adolescente en un determinado método,**

**debe tomar su decisión luego de haber realizado:**

- **Historia clínica detallada y examen físico completo.**
- **Exploración acerca de las motivaciones para iniciar actividad sexual (emocionales, sentimientos, presión de pareja, etc.)**
- **Exploración de expectativas e información que maneja el adolescente y su pareja acerca de las relaciones sexuales y sus consecuencias.**
- **Exploración del tipo y grado de satisfacción que obtiene el adolescente con la relación sexual.**
- **Orientación e información sobre los métodos anticonceptivos recomendables para ese adolescente en particular, basado en su individualidad clínica, psicológica, valores morales o religiosos y poder adquisitivo.**

**Otras consideraciones referentes al aspecto educativo son promover con un equipo interdisciplinario el que el adolescente y su pareja tengan una información clara, práctica y bien orientada. En otros aspectos de salud reproductiva:**

- **Sexualidad en general.**
- **Prevención de cáncer cérvico-uterino.**
- **Prevención de enfermedades de transmisión sexual clásicas y SIDA.**

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

---

[Home](#)"" """"""> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[.ar](#).[.cn](#).[.de](#).[.en](#).[.es](#).[.fr](#).[.id](#).[.it](#).[.ph](#).[.po](#).[.ru](#).[.sw](#)

---

## Clasificación de los métodos anticonceptivos (4) (6) (8)

La siguiente es una clasificación general por lo que la conveniencia de su aplicación o no en la edad adolescente se comentará en el breve análisis que se hará de los métodos más usuales.

### Métodos temporales

- **Abstinencia**
- **Métodos de barrera**
- **Interrupción del coito**



- **Métodos hormonales**
- **Dispositivos intrauterinos**

### **Métodos definidos**

- **Métodos quirúrgicos**

### **Efectividad de un método (6) (7)**

**Se mide por el índice de embarazos en 100 mujeres por año de uso (exposición) según fórmula de Pearl. (1.200 = Factor fijo)**

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de embarazos} \times 1200}{\text{Total meses de uso}} = \text{Resultado por 100 mujeres año uso}$$

### **Métodos temporales**

#### **Abstinencia**

- **Posponer el inicio de la actividad sexual hasta después de los 19 años: muchos adolescentes (mujeres y varones) se sienten presionados para iniciar actividad**

**sexual sin estar preparados física y emocionalmente para ello, por lo que un asesoramiento adecuado debe incluir que el adolescente comprenda los siguientes aspectos:**

- 1. Ningún individuo debe aceptar presión para comprometerse en relaciones sexuales a menos que esté consciente y preparado para aceptar sus consecuencias.**
- 2. La abstinencia es el mejor anticonceptivo que existe para los adolescentes y se debe promocionar como tal.**
- 3. Saber valorarse como individuo y fomentar su autoestima, asertividad, comunicación adecuada, resistencia a presión grupal y tomar decisiones adecuadas son aptitudes y actitudes que lo ayudarán a orientar mejor su vida en todos los aspectos incluso el sexual.**
- 4. Decidir hasta donde se llega con la expresividad sexual cuando se dice "SI", es algo que debe ser hablado y comprendido por la pareja.**
- 5. El decir "NO" y fijar límites a la expresividad sexual propia y de la pareja es un derecho de cada persona, que debe ser respetado.**
- 6. Existen muchos estilos de decir "NO" y algunos son:**

**Estilo**

**Ejemplo**

23/10/2011

## Contents

El simple NO	NO! o NO gracias.
Enfáticamente NO	NO! y respete mi NO.
Repetitivamente NO	NO! NO! NO!
Aclarando la situación	Ud. dice que yo lo amo como Ud. a mi, pero realmente Ud. se equivoca y no insista.
Razonando el NO	Practico la abstinencia porque no me quiero exponer al riesgo del Sida.
Evadiendo	Alejarse de la persona que hace la propuesta no deseada.
Solicitando ayuda	Cuando la otra persona sigue insistiendo, solicitar apoyo de los padres, maestros u otros orientadores.

- **Abstinencia en el iniciado sexual**

**Puede tener 3 modalidades:**

- abstinencia total**
- abstinencia relativa**
- abstinencia periódica**

**En base a las consideraciones mencionadas en el punto anterior, el adolescente decide la modalidad que el piensa le conviene practicar.**

**Abstinencia total:** El adolescente excluye de su conducta toda actividad sexual con otra persona.

**Abstinencia relativa:** El adolescente se permite ciertas formas de expresividad sexual como besos, caricias íntimas, masturbación mutua, danzas o bailes muy eróticos, etc., pero sin llegar al coito.

**Abstinencia periódica o método del ritmo (6)**

**Tiene 4 modalidades:**

- **Método calendario de Ogino-Knaus.**
- **Método del moco cervical de Billings.**
- **Método de la temperatura.**
- **Método sinto-térmico.**

**Estos son los llamados métodos naturales y se basan en tratar de determinar la fecha de la ovulación o periodo fértil del ciclo menstrual de la mujer con el fin de**

**evitar el coito en esos días (aproximadamente 8 días en la mitad del ciclo).**

**Gráfica para calcular los días fértiles**



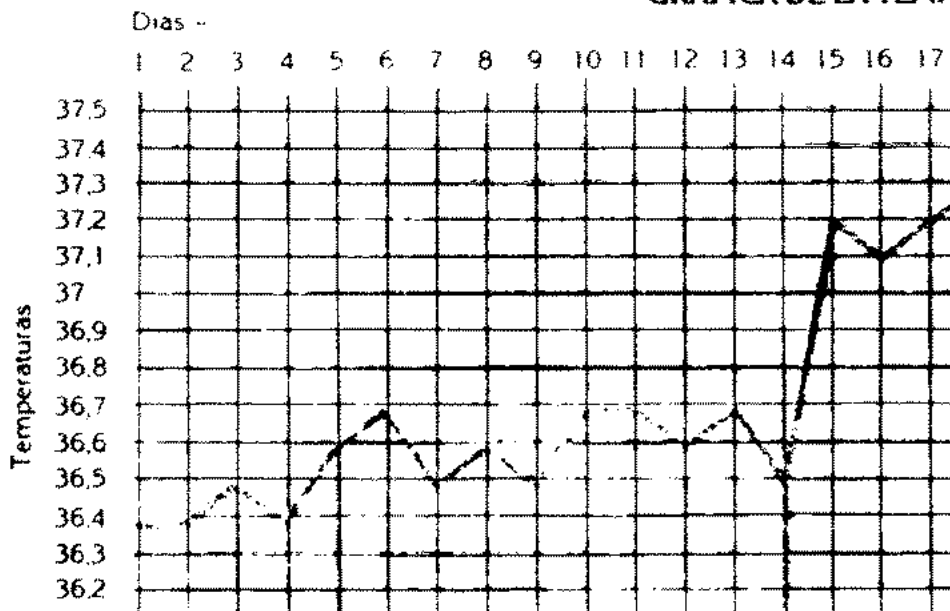
**últimos 6 a 12 ciclos y si es regular por ejemplo tiene promedio de 27 ó 28 días, probablemente su ovulación se encuentra entre los días 13 y 14, luego del primer día de la menstruación; se suma a la fecha de ovulación 4 días y se restan 4, por lo que esta mujer debe evitar el coito entre los días 9 y 17 del ciclo.**

**Es impráctico en mujeres de ciclo irregular y tiene un porcentaje alto de fracasos según estudios latinoamericanos (hasta un 47 por 100 mujeres-años de uso).**

**Método de la temperatura: La mujer en la mañana, a la misma hora, debe tomarse la temperatura vía oral por 5 minutos, la cual debe anotar en una gráfica especial. En el momento de la ovulación, por acción de la progesterona sobre el centro de la temperatura corporal esta eleva de 0,3 a 0,5 grados centígrados por encima de lo habitual; 5 días después de la ovulación puede tener relaciones sexuales hasta la próxima menstruación.**

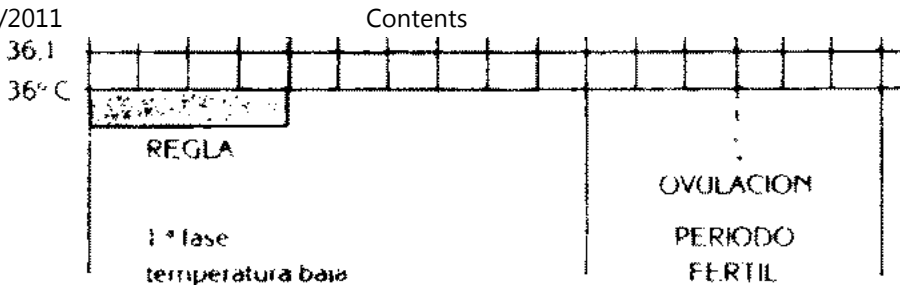
**Este método amerita disciplina y tiene variantes en los porcentajes de fracaso (8 a 19,5 por 100 mujeres-año de uso).**

**Gráfica de. La temperatura basal normal**

**GRAFICA DE LA TEMP**



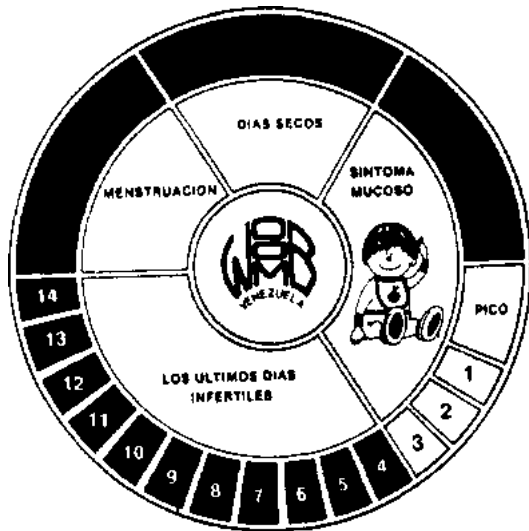
23/10/2011



**Método del moco cervical:** Se basa en el análisis que efectúa la mujer del moco cervical y sus características en las diferentes fases del ciclo menstrual. Luego de la menstruación la mujer tiene días llamados secos por no observar humedad en su vagina y puede tener relaciones sexuales, luego comienza una humedad vaginal que al tener entre sus dedos, primero es un moco turbio, pegajoso, escaso y no elástico y para el día de la ovulación se hace abundante, cristalino y elástico, lo cual disminuye paulatinamente hasta desaparecer en 3-4 días. En período de humedad no debe tener relaciones sexuales. Tiene el inconveniente de que la cantidad de moco y la fecha de ovulación es variable y su interpretación por parte de la mujer tiene muchas limitaciones por otros factores que pueden influir en la humedad.

**vaginal, además se informa un porcentaje de fracasos que se considera muy alto (12,7 a 37.2 por 100 mujeres-año de uso)**

**Método Billing: días secos (días seguros)**



**Método sinto-térmico:** Combina una variedad de técnicas para determinar el día de la ovulación; se lleva en una gráfica especial: temperatura matutina, características

**del moco cervical, dolor de la ovulación, fecha de menstruación y relaciones sexuales.**

**El porcentaje de fracasos es similar al señalado para el método del moco cervical o de Billings.**

### **Ventajas del método del ritmo**

- **Unico método permitido por la iglesia.**
- **No necesita medicación.**
- **No tiene efectos físicos secundarios.**
- **No interfiere con el acto sexual.**
- **Amerita una responsabilidad compartida de la pareja.**

### **Desventajas del método del ritmo**

- **Requiere conocimientos de anatomía y fisiología.**
- **Amerita de disciplina en alto grado no sólo de la mujer sino de su pareja, lo cual es difícil de lograr en adultos y más aún en adolescentes por las características psicológicas propias de la edad.**

- **Se ha descrito la posibilidad del nacimiento de niños anormales cuando falla el método por la unión de un óvulo o espermatozoide después de varios días de haber sido producido por lo que el nuevo ser se forma a partir de células viejas. (6)**
- **Se informan repercusiones psicológicas que inciden en la relación de pareja. (6).**
- **En general no se recomienda en adolescente porque rara vez existe la motivación y todas las características que se necesitan para que se logre que sea efectivo y el % de fracasos es muy alto aún en parejas entrenadas. (4)**

### **Métodos de barrera**

**Femeninos: Diafragma, Capuchón cervical, Espermatocidas, Condón femenino, Esponja contraceptiva.**

**Masculinos: Preservativo o condón.**

#### **Diafragma (4) (8)**

**Es un dispositivo de Latex, en forma de copa con un aro de resorte metálico que se coloca en el fondo de la vagina y se sostiene en su posición por la acción del tono muscular de la vagina y su apoyo en la parte postero inferior del pubis.**

**Existe 4 tipos de diafragma: Arcing Spring (aro arqueado), Coil Spring (aro rosca), Flat Spring (aro plano), Wide Seal Rim (aro sello ancho), cada uno con diferentes medidas para que el médico escoja el adecuado a cada mujer.**

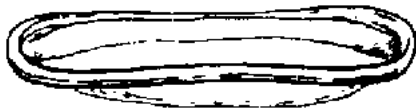
**Aro Arqueado (Arcing Spring)**



**Aro Rosca (Coil Spring)**



**Aro Plano (Flat Spring)**



### **Aro Sello Ancho (Wide Seal Rim)**



### **Tipos de diafragma**

**Flat Spring Rim (aro plano):** Tiene un aro fino y delicado, especial para la mujer nulípara que tiene una firme musculatura vaginal. Es el diafragma más confortable (Ortho-White Diaphragm, talla 55-95).

**Coil Spring Rim (aro rosca):** Tiene un aro firme y fuerte, recomendable a mujeres con

**tono muscular promedio y resulta bastante cómodo. (Koromex Diaphragm talla 50-95, Ortho Diaphragm, talla 50-95; Ramses Flexible Cushioned Diaphragm, talla 50-95).**

**Arcing Spring Rim (aro arqueado): Tiene un aro firme y fuerte y su forma de arco facilita la inserción correcta, se recomienda por ser cómodo aún en casos de rectocele y lo cistocele o tono muscular vaginal laxo. (Koroflex Diaphragm, talla 60-95; Allflex Diaphragm, talla 55-95; Ramses Bendex Diaphragm, talla 65-95).**

**Wide-Seal Rim (aro sello ancho): Tiene un aro flexible y ancho y viene en dos diferentes estilos de aro (arqueado y en rosca). (Milex Wide Seal Arcing Diaphragm, talla 60-95; Milex Wide-Seal Omniflex Coil Spring Diaphragm, talla 60-95).**

#### **Aplicación:**

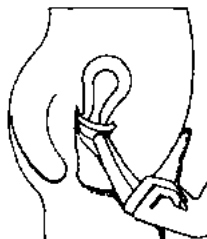
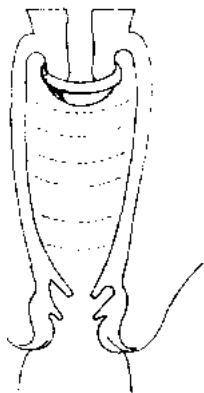
- **Todos los diafragmas necesitan de una instrucción adecuada a la mujer para la inserción y extracción, además de prescribir una crema o jalea espermaticida que tiene acción lubricante y de complemento en la barrera mecánica.**
- **Se coloca antes del coito, con aplicaciones adicionales de espermaticida si han transcurrido más de 2 horas desde su inserción y en los coitos sucesivos.**



- **Se retira luego de 6-8 horas del coito, evitando los lavados o duchas vaginales (no dejarlo colocado más de 24 horas).**

### **Colocación del diafragma**

Contents  
**DIAFRAGMA**



**Contraindicaciones**

- **Alergia al látex o a los espermaticidas.**

- **Agravación de infecciones recurrentes del tacto urinario (muy ocasional).**
- **Vaginitis o cervicitis.**
- **Asociado con el síndrome de Shock tóxico (raro).**
- **Fístulas recto-vaginales o vesico-vaginales.**
- **Ulceraciones vaginales por el uso prolongado del diafragma.**
- **Utero en retro o ante desviación forzada.**

### **Ventajas**

- **Recomendable en las adolescentes que no pueden utilizar anticonceptivos hormonales o de otro tipo.**
- **Recomendable en las mujeres con relaciones sexuales esporádicas.**
- **Disminuye la posibilidad de vaginitis y cervicitis.**

### **Desventajas**

- **Informan fallas del 6 a 25 por 100 mujeres-años uso, debido a:**
  - **Negligencia para aplicarlo en cada coito.**
  - **Falta de conocimientos en su correcta inserción.**

- **Desplazamiento durante el coito.**
  - **Diafragma de tamaño inadecuado.**
  - **Desuso del espermaticida.**
  - **Remoción del diafragma precozmente luego del coito.**
- 
- **Requiere una alta motivación por parte de la adolescente.**
  - **Requiere práctica personal y seguir instrucciones muy precisas por las dificultades para la colocación adecuada.**
  - **La adolescente necesita sentirlo cómodo en sus genitales.**
  - **La adolescente lo ve como algo de manejo desaseado.**

### **Espermaticidas (4) (6) (8)**

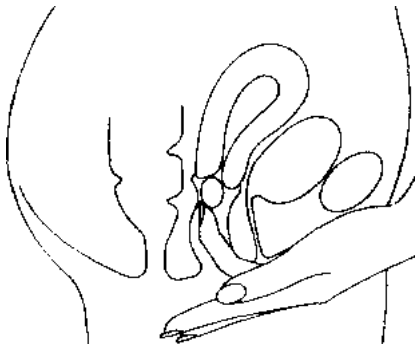
**Son anticonceptivos químicos de acción a nivel de la vagina, inmovilizando o destruyendo espermatozoides. El agente químico ha variado a lo largo de su historia que abarca más de un siglo desde su invención en 1885, actualmente el agente más comúnmente utilizado es el Nonoxynol 9 y una base inerte.**

**Presentación: en jaleas, cromas, tabletas espumantes, supositorios, film vaginal y se asocia al uso del diafragma y condones.**

### **Aplicación**

- **Menos de 1 hora antes del coito.**
- **Se repite en cada coito.**
- **Recomendable asociado a otros métodos de barrera para mayor efectividad.**

### **Aplicación de espermaticidas tipo tableta**



### **Ventajas**

- **No requiere prescripción médica.**
- **Aplicación sencilla que lo hace atractivo para los adolescentes.**
- **No tiene efectos sistémicos.**
- **Protege según estudios "in vitro" contra las enfermedades de transmisión sexual.**
- **Asociado a otros métodos de barrera correctamente utilizados, aumenta la efectividad de estos a un 100%.**
- **No se ha demostrado ningún efecto sobre el feto.**

#### **Desventajas**

- **Algunos adolescentes lo consideran desaseado.**
- **Su acción es por corto tiempo.**
- **Requiere que la adolescente se sienta cómoda con su uso.**
- **Puede ocasionar alergia local (raro).**
- **Como método aislado tiene un índice de fracasos que oscila del 1 al 30 por 100 mujeres año uso.**

#### **Esponja anticonceptiva (4) (6) (8)**

**Es un dispositivo hecho de material de células colágenas (natural) o de látex con una sustancia espermaticida incorporada.**

### **Aplicación**

- **Insertar la esponja hasta el fondo de la vagina un tiempo no mayor de 18 horas antes del coito.**
- **Retirar la esponja no antes de 6 horas después del coito.**

### **Ventajas**

- **No bloquea la espontaneidad del acto sexual, lo cual se adapta a las características del adolescente.**
- **No requiere prescripción médica.**
- **El adolescente lo considera poco desaseado.**

### **Desventajas**

- **Tiene índice de fracasos que oscila del 10 a 27,1 por 100 mujeres-año uso.**
- **Requiere al igual que otros métodos de barrera femeninos que la adolescente conozca su anatomía.**

- Si la adolescente olvida retirarla por la poca o ninguna molestia que ocasiona, puede favorecer infecciones vaginales.
- Asociado al Síndrome de Shock tóxico (raro).
- Reacciones alérgicas.
- Problemas para retirar la esponja.

### **Capuchón cervical (4) (6) (8)**

Es un dispositivo de látex o caucho en forma de copa con un aro flexible que se adapta a la superficie del cuello uterino hasta cubrirlo. Existen 3 variedades de modelos:

Capuchón cervical.

Capuchón vimule (para cuellos largos)

Capuchón en bóveda de Dumas (para cuellos cortos)

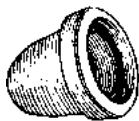
### **Tipos de capuchón cervical**

### **Capuchón cervical**

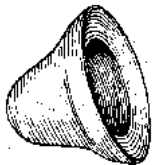


23/10/2011

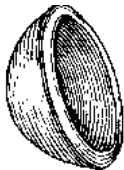
Contents



**Capuchón vimule**



**Capuchón damas**



### **Aplicación**

- **Se coloca cubriendo el cuello uterino y se retira si se desea sólo durante la menstruación.**
- **No necesita espermaticidas, pero si se utilizan aumentan su efectividad.**

### **Ventajas**

- **Es cómodo de llevar aplicado.**
- **No interfiere con el acto sexual.**
- **Puede utilizarse en casos de problemas anatómicos del canal vaginal.**

### **Desventajas**

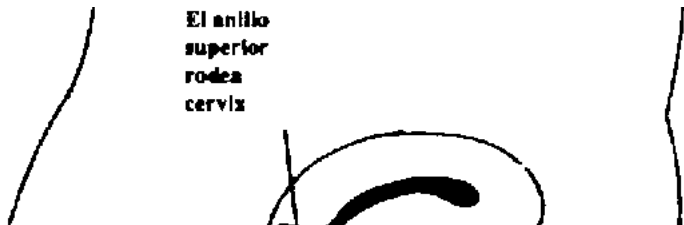
- **Diffícil de colocar adecuadamente.**
- **Otras iguales al diafragma.**

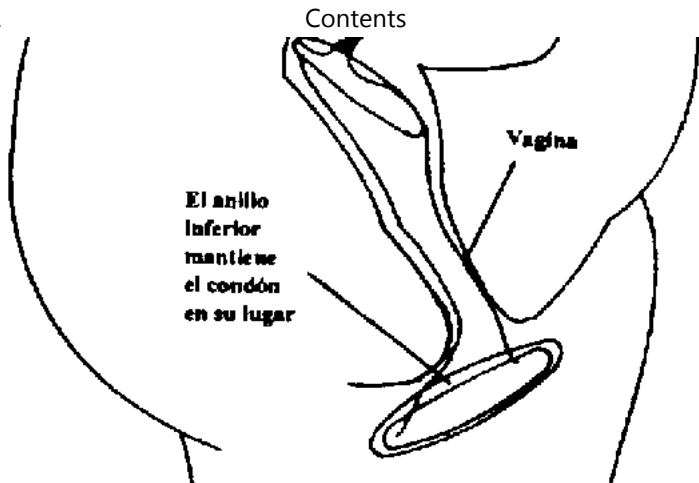
### **Condón femenino (8)**

**Es un dispositivo de polyuretano de 17 cm. de largo en forma de bolsa alargada que se adapta en el canal vaginal hasta llegar al cuello uterino, el lado abierto del condón tiene un aro que se ubica en el orificio externo de la vagina**

**Se utiliza un condón por acto sexual, con las mismas precauciones del condón masculino en cuanto a su retiro post-coital**

### **Condon vaginal**





### Ventajas

- Igual al condón masculino.
- Por su delgadez y material de fabricación deja pasar bien el calor del cuerpo.
- Es bastante cómodo.

**Desventajas**

- **Tiene índice de fracasos semejante al diafragma.**
- **Por lo novedoso se necesita promocionar su uso.**
- **El condón visto aislado es un poco antiestético (no luce bonito).**

**Condón masculino (4) (6)) (8)**

**El preservativo o condón es un dispositivo hecho de látex o de intestino de oveja que se coloca sobre el pene en erección y recoge los espermatozoides emitidos en la eyaculación.**

**Tipos de condón**

- **Material: látex o intestino (ciego) de oveja; los de látex son preferibles porque son impermeables a las enfermedades de transmisión sexual, incluso al virus del SIDA.**
- **Color y forma: opacos, transparentes, de colores y con aditivos ala forma original: ribetes, nervaduras, etc.**
- **Lubricados o no.**

- **Con espermaticidas o no.**

### **Aplicación**

- **Se coloca con el pene en erección y la mujer puede participar como parte del juego erótico, durante el acto sexual.**
- **Al colocarse el condón, el extremo que cubre el glande debe quedar separado del mismo, para que el líquido seminal pueda depositarse en ese espacio.**
- **Se retira el condón luego de la eyaculación con el pene todavía semi-erecto, cuidando de no derramar el líquido seminal que contiene.**
- **Se anuda su extremo abierto antes de desecharlo.**
- **Se utiliza uno por coito.**
- **No se utiliza con aceites o vaselina porque daña su impermeabilidad.**
- **Asociado a espermaticidas aumenta su efectividad a un 99%.**

### **Ventajas**

- **Fácil de adquirir y sin prescripción médica.**
- **No tiene complicaciones.**
- **Protege contra las enfermedades de transmisión sexual clásicas, el sida y el**

## **cáncer de cuello uterino.**

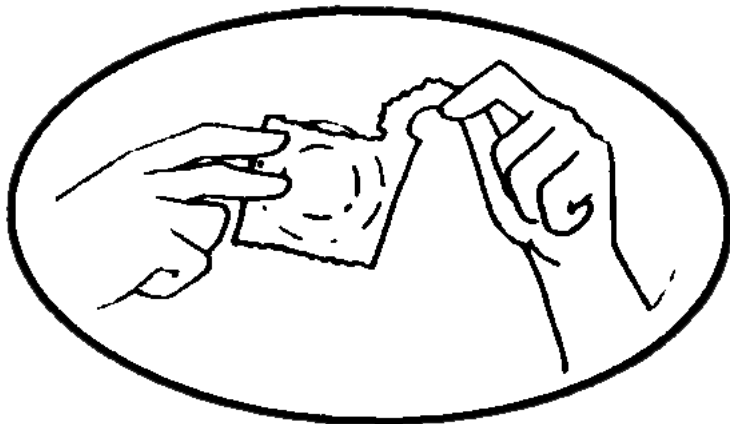
### **Desventajas**

- **Interfiere con el acto sexual, lo cual es particularmente problemático en el adolescente que maneja con inseguridad su sexualidad.**
- **Disminuye el placer sexual.**
- **Es poco aceptado por los adolescentes por lo que es necesario promover su uso mediante campañas educativas bien orientadas, ya que bien utilizado es uno de los métodos más recomendables.**

### **Como utilizar un condón?**

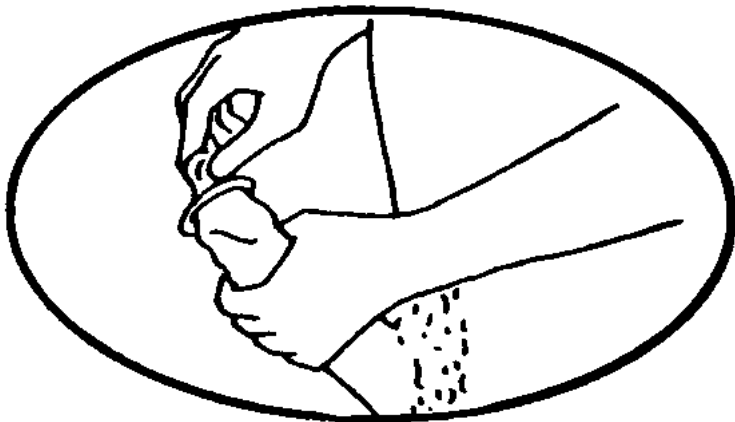
**Para que le proporcionen protección, debe utilizarlos apropiadamente cada vez que tenga relaciones sexuales.**

**1. ABRA EL PAQUETE, tenga cuidado de no rasgar el condón. Póngase el condón al empezar el contacto sexual, tan pronto como el pene esté erecto.**

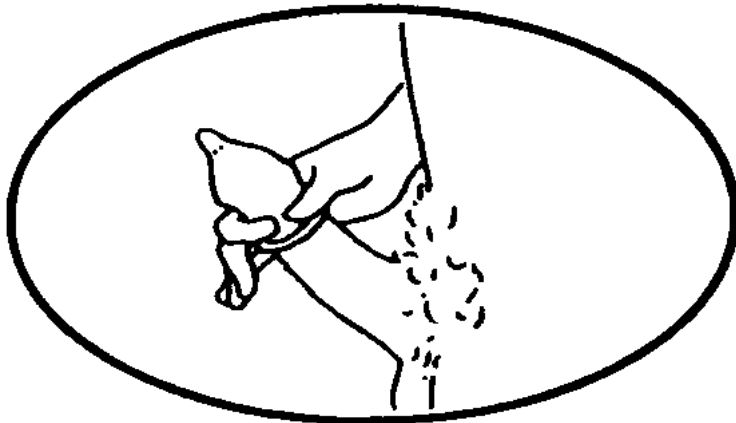


**2. SOSTENGA EL, CONDON POR LA 1/2 PULGADA DE LA PUNTA, asegúrese de sacar el aire. Coloque el condón en la punta del pene (si no está circuncidado, retire hacia oírás la piel del pene).**

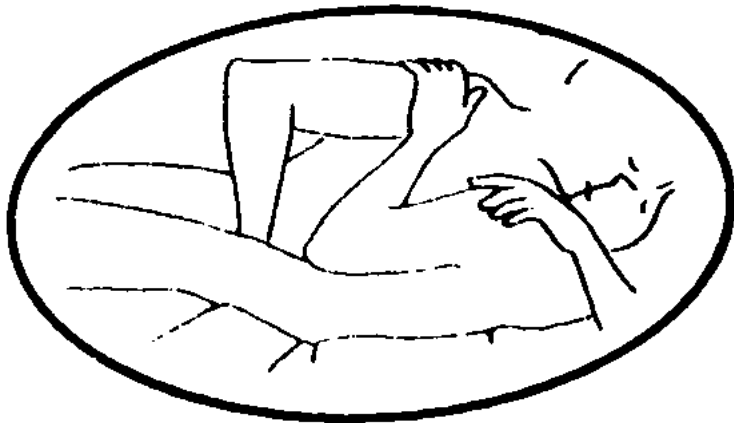




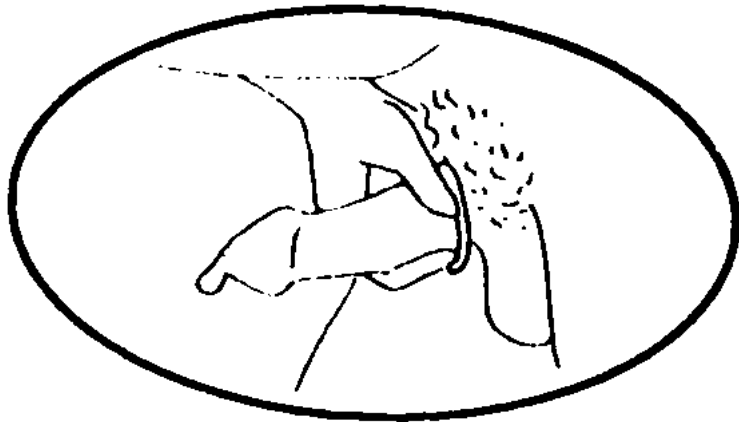
**3. DESENROLLE EL CONDON, hasta la base del pene. Quite el aire extra. (Su pareja puede hacerlo por Ud.)**



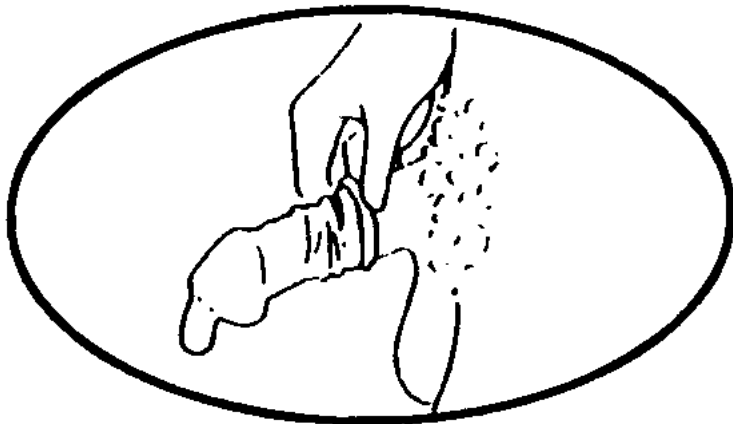
**4. COMPRUEBE DURANTE EL ACTO SEXUAL, que el condón no se ha deslizado.**



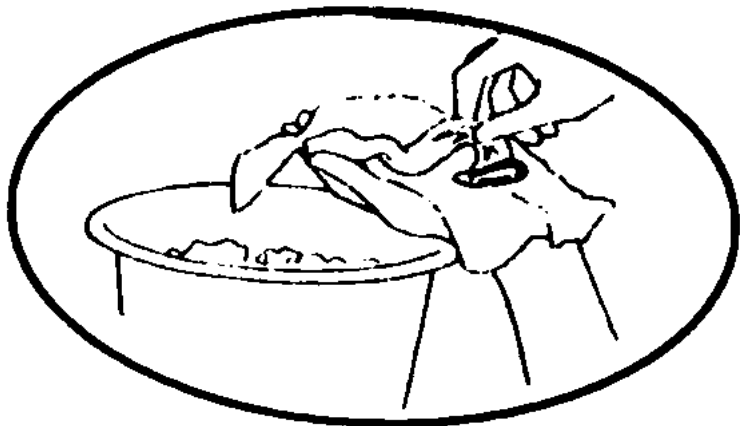
**5. RETIRE LO CON CUIDADO, después del clímax (eyaculación) sostenga el condón firmemente por el borde de la base. Retire lo cuando el pene aún está erecto**



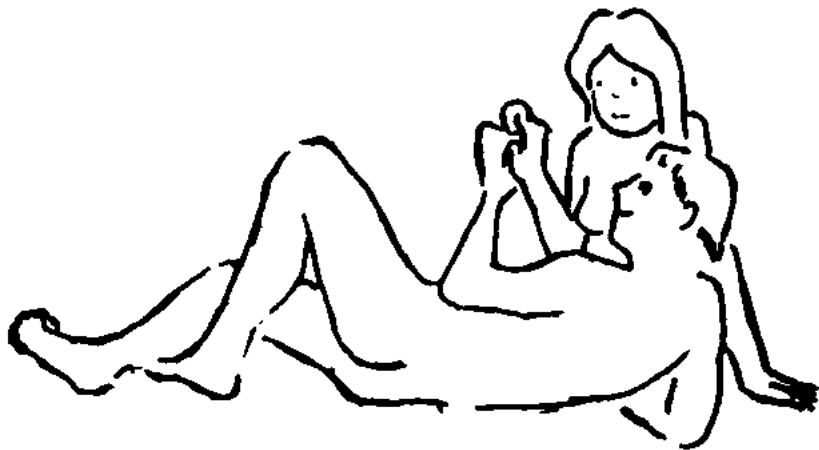
**6. QUITESE EL CONDON, enrollándolo. Hágalo lejos del cuerpo de su pareja.**



**7. DESECHE EL, CONDON, envuélvale en un papel y bótelo No bote los condones al inodoro, puede atascar la cañería. Y nunca use un condón más de una vez.**



**Los condones pueden ser un elemento natural de la actividad sexual.**



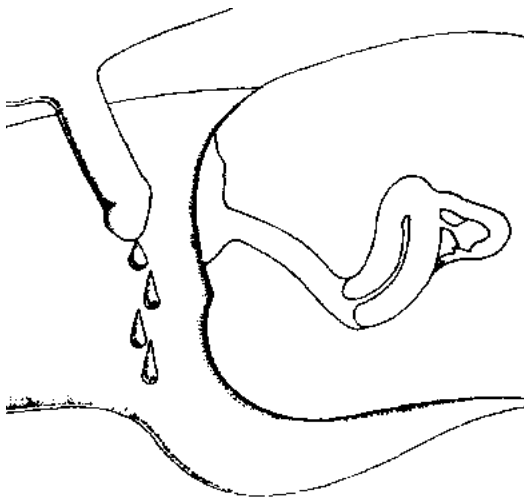
#### **INTERRUPCION DEL COITO (4)**

**Método del retiro que consiste en extraer el pene de la vagina justo antes del orgasmo masculino para eyacular lejos de los genitales femeninos.**

23/10/2011

Contents

## Coitus interruptus



## Ventajas

D:/.../meister10.htm

160/208



- **No requiere supervisión médica.**
- **No cuesta dinero.**
- **Siempre está disponible.**

### **Desventajas**

- **Requiere dominio sexual y conocimiento del propio cuerpo por lo que no se recomienda en adolescentes, ni eyaculadores precoces.**
- **Incidencia de fracasos de 18 por 100 mujeres-año uso.**
- **Puede existir secreción pre-orgásmica de sémen.**
- **Puede ocasionar problemas psicológicos derivados de la tensión durante el acto sexual que pueden originar disfunciones sexuales como anorgasmia, impotencia masculina y otros. (4).**

### **Métodos hormonales**

**Los anticonceptivos hormonales son sustancias sintéticas, con efectos similares a las hormonas sexuales femeninas naturales que produce en la usuaria una alteración del mecanismo de fertilización.**

- **Tipos de anticonceptivos hormonales:**

- **Anticonceptivos orales**
- **Anticonceptivos parentales**
- **Implante hormonal**
- **Anillo vaginal**

### **Anticonceptivos orales (4) (6) (8)**

Son los usualmente conocidos como "pastilla" o "píldora".

#### **Tipos de anticonceptivos orales:**

- **Combinados:** Contiene 1 estrógeno y 1 progestágeno a dosis constante en todas las pastillas para 20-22 días.  
Efectividad: 0,7 por 100 mujeres-año uso.
- **Secuenciales:** Contiene 1 estrógeno las primeras 7 pastillas y estrógeno + progestágeno en las siguientes 15 pastillas.  
Efectividad: menor que los combinados.

- **Trifásicos:** Contenido global hormonal reducido de estrógenos + progestágenos de concentración variable según la pastilla. Eficacia: muy sensible al olvido y después de 26 horas pierde su poder anticonceptivo.
- **Minipíldora:** Contiene 1 progestágeno a baja dosis que se toma todos los días incluso en la menstruación. Ideal para la mujer en período de lactancia, la que tiene varices y Diabetes pues no altera el metabolismo de los azúcares. Efectividad: 2,5 a 3,7 x 100 mujeres-año uso, pues es muy sensible al olvido de 1 pastilla.

### Composición hormonal

**Los anticonceptivos orales según el tipo tienen en su composición alguno de los elementos siguientes:**

#### **Estrógenos**

Mestranol

Etinilestradiol

#### **Progestágenos**

Norgestrel

Acetato de noretindrona

Levonorgestrel  
Diacetato de Etinodiol  
Linestrol  
Noretinodrel  
Desogestrel

**Según el tipo y dosis del progestágeno y el estrógeno que contengan los A.O. se dividen en:**

**A.O. de mayor efecto progestágeno (progestágeno dominante)**

**A.O. de mayor efecto estrogénico (estrógeno dominante)**

**Efectividad:** Es el método reversible más eficaz y su incidencia de fracasos, en teoría, es de 0,1 por 100 mujeres-años uso y en la práctica de 0,7 por 101) mujeres-año uso.

**Mecanismos de acción de los A.O.**

- **Inhibición de la ovulación:** por acción supresiva sobre el hipotálamo que disminuye la secreción de gonadotropinas (GNRH) que tienen efecto sobre la glándula hipófisis (pituitaria) que disminuyen su secreción de hormona folículo estimulante (FSH) y luteíno estimulante (LH)

**Los anticonceptivos orales que tienen progestágenos y estrógenos, disminuyen los niveles de FHS en 70% y LH en un 20% debajo de lo normal. Las píldoras que tienen menos de 50 mgs. de estrógenos suprimen la ovulación en el 95%-98% de los ciclos. La mini-píldora (tiene sólo progestágeno) inhibe la ovulación en el 15%40% de los ciclos.**

- **Cambios en el moco cervical: aumenta viscosidad y producción del moco, que dificulta la penetración de espermatozoides.**
- **Cambios en el endometrio: por efecto progestágeno las glándulas se atrofien y disminuye la producción de glucógeno que lo hace inapropiado para la implantación.**
- **Efecto en la motilidad de las trompas de falopio: Aumentando la velocidad del tránsito del óvulo y disminuyendo la posibilidad de implantación.**

### **[Presentación usual de anticonceptivos orales señala: días de la semana y el orden de toma](#)**

#### **Efectos beneficiosos (no contraceptivo)**

**Los anticonceptivos orales tienen otras acciones de significancia, además de su efecto sobre la fertilidad.**

- **Ciclo menstrual: minimiza problemas menstruales porque disminuye el número de días de sangramiento y la cantidad de sangre, regulariza el ciclo menstrual, disminuye incidencia de quistes de ovario y el dolor de ovulación. Disminuye la tensión pre-menstrual ansiedad y depresión.**
- **Protección contra la enfermedad inflamatoria pélvica (E.I.P): Porque disminuye el promedio de sangramiento menstrual que constituye un medio de cultivo para las infecciones; espesa el moco cervical constituyendo una barrera que dificulta el ascenso de los gérmenes vaginales; además disminuye las contracciones uterinas que dificultan la expansión de gérmenes a las trompas.**

**Lo anterior no es generalizado, ni seguro puesto que existen gérmenes muy patógenos que producen E.I.P. que se observa con gran incidencia en las usuarias de A.O. que no toman medidas preventivas adicionales para las enfermedades de transmisión sexual. (8)**

- **Protección oncogénica (4) (8)**
  1. **Cáncer endometrial: disminuye su riesgo 40% después de 2 años de uso y 60% después de 4 años. Probablemente porque disminuye la hiperplasia de endometrio.**

- 2. Cáncer ovárico: disminuye su riesgo 50% después de 4 años de uso y 60% con 7 o más años.**
  - 3. Cáncer mamario: los estudios proporcionan información encontrada, pero la gran mayoría concluye que los A.O. no aumentan el riesgo de aparición de cáncer mamario (pero si aumenta el riesgo en las que lo tienen ya establecido); en el caso de tumores benignos los A.O. tienen efecto protector sobre su aparición.**
- Artritis reumatoidea: disminuye su incidencia. (8)**
  - Embarazo ectópico: disminuye por inhibición de la ovulación.**
  - Anemia ferropénica: disminuye su incidencia al regularizar los sangramientos menstruales y disminuirlos en días y cantidad.**

### **Efectos secundarios indeseables**

**Los anticonceptivos orales al introducir cambios en el equilibrio hormonal producen efectos que pueden ser indeseables y aún cuando en los A.O. modernos de bajo contenido estrogénico-progestágeno estos efectos son mínimos, es necesario conocerlos y estar atento a ellos, ya pueden ser causa de discontinuación por parte de la usuaria.**

**Efectos estrogénicos:**

- **Peso: aumento cíclico por retención de líquido.**
- **Vasculares: riesgo elevado para la mujer mayor de 35 años, la fumadora, la que tiene hipertensión, diabetes, enfermedad cardíaca e hipercolesterolemia.**  
**Hipertensión: menos del 5% de las mujeres desarrollan este problema, después de 5 años de uso (4) (8) por aumento de la angiotensina en plasma, lo cual cede con la discontinuación del A.O.**  
**Tromboflebitis y embolia: por influencia del A.O. sobre la activación del mecanismo de coagulación sanguínea aumentando la eritrosedimentación, los factores I, II, V, VIII, IX y plasminogeno, además de la probable disminución de actividad de la antitrombina III (4). Lo anterior produce un riesgo en la usuaria de A.O. de 2,8 veces más de tromboembolias y en accidentes cerebro vasculares de 3,1 veces más (4) particularmente en la fumadora, hipertensa y la que sufre de migraña.**  
**Infarto del miocardio: referido al uso del A.O. no existe con dosis de estrógenos menores a 50 mgr. (8), pero hay otros factores que influyen ya señalados al principio dentro de los vasculares.**  
**En adolescentes se sugiere estudio lipídico, conocer antecedentes familiares de enfermedad vascular antes de los 50 años y hábitos tabáquicos para evaluar**



**riesgo cardiovascular con el uso de A.O.**

**Varices telangetasias: por efecto sobre los capilares sanguíneos.**

- **Endocrinos: la combinación estrógeno-progestágeno aumenta el cortisol libre y unido a globulina, la tiro-globulina y el T4 libre.**

**El estrógeno parece suprimir la respuesta a la insulina (4) y está implicado en la elevación de los niveles séricos de triglicéridos y en favorecer el incremento de los patrones deseables de HDL colesterol y disminuir el LDL colesterol.**

- **Mamas: aumento de tamaño, lo que puede ser un problema para la mujer con mamas grandes y un beneficio para la hipotrofia mamaria. Disminuye secreción láctea.**
- **Sangramiento menstrual: hipermenorrea y menorragia (aumento en cantidad y días).**
- **Genitales: flujo claro por acción estrogénica en el tejido del cuello uterino que se hipertrofia (ectropión); aumenta el crecimiento de fibromas.**
- **Piel: fotosensibilidad, cloasma e hiperpigmentación, además de eczemas.**
- **Gastrointestinales: náuseas y vómitos; tumores hepáticos benignos que ocasionalmente pueden romperse y producir hemorragia profusa que amerita intervención quirúrgica de emergencia para evitar la muerte (que ocurre en un 10% de los casos) (8); en la mujer de 16-30 años la posibilidad de incidencia es de 1 x millón con el uso continuo de 24 meses o menos y algunos estudios**

sugieren la tendencia genética a los adenomas hepatocelulares como respuesta al uso a largo plazo de A.O.

- **Visuales:** visión borrosa, disminución de la visión, doble visión debido a inflamación del nervio óptico, isquemia de la retina por trombosis de arteria retinal y edema corneal que además causa intolerancia a los lentes de contacto. No hay evidencia que produzca glaucoma o lo agrave.
- **Sexuales:** influencia variable sobre la libido; los estrógenos mejoran el aspecto femenino de la mujer delgada, mamas pequeñas y con acné que las hace sentirse más seguras de su imagen corporal y su atractivo sexual.
- **Psíquicos:** Irritabilidad, nerviosismo por acción de la deficiencia de pirodoxina (vit. B6)

## **EFFECTOS DEL PROGESTÁGENO**

- **Peso:** aumenta por incremento del apetito debido a la acción anabólica.
- **Endocrinos:** incrementa la resistencia periférica a la insulina, deteriora la tolerancia a la glucosa pero no hay evidencia de que aumente la incidencia clínica de Diabetes en las usuarias de A.O.
- **Mamas:** disminuye su tamaño.
- **Sangramiento menstrual:** oligomenorrea (sangrado escaso), amenorrea

**(ausencia de sangrado) y sangramiento intermenstrual, por déficit de una cantidad adecuada de estrógenos, asociado a un progestágeno que causa alteraciones en el desarrollo y mantenimiento del endometrio.**

- **Genitales: Moniliasis vaginal, por aumento de carbohidratos en el epitelio vaginal (6) que aumenta el ácido láctico y altera el PH vaginal; se relaciona también con la congestión pélvica.**
- **Piel: acné, seborrea, hirsutismo, caída del cabello por el efecto androgénico, otros efectos son prurito y erupción fina.**
- **Gastrointestinales: litiasis o cálculos e inflamación vesicular se observa con el uso prolongado de A.O., porque el progestágeno disminuye la excreción de bilis y colesterol que precipita en forma de cálculos.**
- **Sexuales variaciones de la libido.**
- **Psíquicos: se relaciona el progestágeno con la aparición de fatiga, cansancio y depresión.**

#### **OTROS EFECTOS DE LOS A.O.:**

- **Inmunológicos: disminuye los niveles de gammaglobulina plasmática.**
- **Enfermedades virales y bronquios: parece ser mayor en usuarias de A.O.**
- **Tracto urinario: relacionan los A.O. con el aumento de infecciones.**

- **Anomalías congénitas:** existen estudios controversiales, pero los más recientes no demuestran evidencia de que la exposición a la píldora en el primer trimestre de embarazo origine malformaciones.
- **Amenorrea post-píldora:** su incidencia es de 0,7%; la fertilidad es normal 95% a los 3 meses de la discontinuación. En adolescentes se recomienda esperar 3 a 6 ciclos regulares, luego de la menarquia, antes de iniciar la píldora, pero se deben considerar los riesgos de un embarazo y la introducción de la píldora que no ha dado evidencias de problemas en la mujer de ciclos irregulares o post-menarquía inmediata.
- **Interacción con otros medicamentos:**
  1. **Disminuyen efecto contraceptivo:** algunos medicamentos por inducción de enzimas hepáticas (barbituricos, dilantin y rifampilina) y por disminución de la absorción gastro-intestinal como las penicilinas. Barbituricos (fenobarbital y otros), carbamazepina (tegretol), fenitoína (Dilantin), griseofulvina, penicilina, ampicilina, tetraciclina, primidone (Mysoline), rifampicina.
  2. **Aumenta efectos contraceptivos:** Vitamina C 1 gr. o más por día, incrementa los efectos adversos de los estrógenos.
  3. **Los A.O. modifican los efectos de otros medicamentos:**

- **Acetaminofen (disminuye su efecto analgésico)**
- **Alcohol (incrementa su efecto)**
- **Anticoagulantes (disminuye su efecto)**
- **Antidepresivos (aumenta su efecto por inhibición enzimática del hígado), Elavil,**
- **Tofranil, Norpramin.**
- **Benzodiazepinas Ativan, Librium, Tranxen, Valium, Serax (pueden aumentar o disminuir su efecto tranquilizante).**
- **Betabloqueadores: Inderal, Lopressor, Tenormin, etc. (aumenta efecto bloqueador).**
- **Corticosteroides (incrementa toxicidad)**
- **Guanetidina: Esimil, Ismelin (disminuye su efecto).**
- **Hipoglicemiantes: Tolbutamida, Dabinase, Orinase, Tolinase (disminuye su efecto).**
- **Metildopa Aldomet, Aldoclor, etc. (disminuye efecto antihipertensivo)**
- **Fenitoina Dilantin (aumenta su efecto).**
- **Teofilina: (incrementa su efecto).**
- **Troleandomicina: (adicionalmente causa ictericia).**

**Potencia dominante en los A.O. mas usuales**

<b>Progestágeno dominante Mayor efecto progestágeno</b>	<b>Estrógeno dominante Mayor efecto estrogénico</b>
Triquilar	Enovid
Trimodiol	Demulen
Ovral	Ovulen
Lo/Ovral	Noraciclina
Nordette	Lindiol
Eugynona	Normofásico
Tri-levlen	
Levlen	
Gynovlar	
Neogynon	
Nordioli	
Minigynon	

Morinyl		
Ortho -novun		
<b>Sólo progestágeno(mini-píldora)</b>		
Exluton	Norod	Microval
Micronor	Noriday	Moregeston
Overette	Micro-novun	Microlut
Nor-QD	Neogest	Femulen

### Guia para la medicación de A.O.

<b>INDICAR A.O.</b>		<b>INDICAR A.O.</b>
MAYOR EFECTO PROGESTÁGENO		MAYOR EFECTO ESTROGENICO
<b>MUY ESTROGENICA</b>	<b>MUJER</b>	<b>TENDENCIA ANDROGENICA</b>
Ganancia Pre-menstrual	Peso	Estable

23/10/2011

Contents

Femenino Estatura media o pequeña	Aspecto Físico	Delgada Caderas estrechas
Grandes Enf. fibro-quística	Mamas	Alta Hipotrofia
Hipermenorrea Dolor menstrual Tensión premenstrual	Menstruación	Oligomenorrea Sangrado intermenstrual
Fina, seca	Piel	Acné, hirsutismo, cabello escaso
Polipo cervical Fibromas Ectropion	Genitales	Vaginitis Moniliasis
Historia de Náuseas Vómitos	Gastro Intestinal	
Historia Familiar de Varices	Vascular	



23/10/2011

Contents

Historia Familiar de Hipertensión	Presión arterial	
Irritabilidad Nerviosismo	Tendencia Psicológica	Depresión

**En la mujer promedio (sin características extremas) es preferible indicar un A.O. progestágeno dominante que tiene bajo contenido de estrógenos que son los que inducen la mayoría de los efectos secundarios.**

**Guía indicar minipíldora: (solo progestágeno)**

- **Ideal para la mujer en periodo de lactancia (no altera calidad ni cantidad de leche).**
- **En la intolerancia a otros A.O. por la presencia y efecto de los estrógenos.**
- **En mujeres con riesgo de várices, trombosis o embolias.**
- **En problemas de cefalea.**
- **En tendencia a hipertensión.**
- **Incide poco en la depresión, síndrome premenstrual y en la disminución del libido.**

- **No altera el metabolismo de los azúcares por lo que es ideal para diabéticas.**
- **En dolor menstrual acentuado.**

### **Contraindicaciones**

#### **Absolutas**

Enfermedad (o historia) de tromboembolias

Accidente cerebro vascular (o historia)

Problemas de función hepática

Enfermedad coronaria (o historia)

Tumor de hígado

Embarazo

Cáncer de mama

Neoplasia estrógeno dependiente

Sangrado vaginal sin diagnóstico

#### **Relativas**

Migraña severa

Hipertensión

Diábetes

Litiasis vesicular

Enf. células falciformes

Mononucleosis aguda

Cirugía en las 4 semanas siguientes

Várices

Mayor de 40 años

Fumadora

Enfermedad renal o cardíaca

[continuación](#)

---

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#)

---

[Home](#)"" """"""> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[.ar](#).[.cn](#).[.de](#).[.en](#).[.es](#).[.fr](#).[.id](#).[.it](#).[.ph](#).[.po](#).[.ru](#).[.sw](#)

---

**Indicación de A.O. con seguimiento estricto (4)**

**En adolescentes que presenten los siguientes problemas y con observación muy cuidadosa: (para discontinuarla si es necesario).**

**Depresión, cloasma asma, epilepsia, fibroma uterino, historia familiar de infarto cardiaco antes de los 50 años, historia familiar de hiperlipidemia, acné, varices, historia de hepatitis pero con laboratorio reciente normal.**

**Indicaciones generales de A.O. en adolescentes**

- Los A.O. se pueden recomendar a las adolescentes que no tengan factores de riesgo de importancia, ya que las posibles repercusiones de salud son muy pequeñas (4) sobre todo si el A.O. es de baja dosis hormonal y escogido de acuerdo al resultado de una historia clínica completa y examen físico exhaustivo que incluya citología de cuello uterino.
- Hasta el momento no hay evidencia que indique que los A.O. de baja dosis hormonal afecte la talla final por el cierre prematuro de la epifisis debido al efecto estrogénico.
- Las adolescentes con déficit nutricional que repercute en un porcentaje bajo de grasa corporal, absorben menos las hormonas por lo que hay que indicar un tipo de A.O. que no puede tener dosis hormonales muy pequeñas porque su efectividad anticonceptiva está reducida en estos casos.
- Se debe ofrecer a la adolescente otras alternativas de métodos anticonceptivos que según criterio médico le puedan convenir a la adolescente según las características de cada caso en particular (abstinencia - ritmo - condón - más espermaticida para su pareja diafragma - capuchón cervical).
- Se debe considerar las características de responsabilidad y motivación para iniciar A.O. por las repercusiones del olvido de la pastilla en la efectividad

**anticonceptiva; lo cual debe explicarse muy bien a la adolescente.**

- **Se debe tomar en cuenta el poder adquisitivo de la adolescente (en caso de que el A.O. no se suministre gratuitamente) por el costo relativamente alto que tienen los A.O. en especial los más modernos.**
- **Recomendar asociado al A.O. el uso rutinario del condón por su pareja debido a que los A.O. no protegen de las enfermedades de transmisión sexual clásicas ni del sida de incidencia creciente en adolescentes.**
- **Otro aspecto importante:**  
El criterio médico debe considerar siempre los graves riesgos de salud bio-psico-social que implica un embarazo en la adolescente y la necesaria indicación del método anticonceptivo que considere adecuado incluso los A.O., donde sus riesgos son mucho menores que las consecuencias de un embarazo precoz relacionado directamente en las cifras estadísticas con alta mortalidad por aborto y otros problemas obstétricos.

**Instrucciones para iniciar A.O.**

**Alternativas: A-B-C.**

**A. Iniciar la primera píldora el 5to. día de la menstruación.**

- B. Iniciar la primera píldora el 1er. día de la menstruación.**
- C. Iniciar la primera píldora el 1er. domingo después de aparecer la menstruación.**
  
- **Las presentaciones de 21 píldoras se toman 1 cada día hasta el final y se omiten por una semana (lapso que se presenta la menstruación). Al 7° día se inicia el siguiente ciclo de píldoras.**
- **Las presentaciones de 28 píldoras se toman 1 cada día sin interrupción y al final se inicia de inmediato el próximo ciclo de píldoras.**
- **El primer mes hay que utilizar un método anticonceptivo adicional (condón, capuchón, diafragma) en especial con los A.O. de baja dosis.**
- **La píldora debe tomarse a diario a la misma hora, el olvido de una pastilla por un lapso mayor de 36 horas hace perder el efecto anticonceptivo del método (igual ocurre si se presentan vómitos o diarrea que hacen perder la toma) si esto ocurre se continua tomando hasta el final del paquete asociando un método de barrera eficaz.**
- **Control médico a criterio de profesional que en adolescentes debe facilitar un seguimiento estrecho por las posibilidades de discontinuación al menor problema y el necesario control de los efectos secundarios.**

### **Anticonceptivos parenterales**

## **Métodos hormonales que se aplican por vía intramuscular.**

- **Inyección de depo-provera**
- **Inyección de microesferas de noretindrona.**

### **Inyección de depo-provera (4) (8)**

**Anticonceptivo inyectado de carga-acción, cuyo agente activo es un progestágeno el acetato de medroxiprogesterona que al ser inyectado intramuscular se deposita para luego liberarse poco a poco en la circulación con un efecto de meses.**

**Efectividad: Fracasos 1 por 100 mujeres-Año uso.**

**Indicaciones: Igual que la minipíldora:**

**Contraindicaciones: Enfermedad de células falciformes y otras de los progestágenos solos.**

### **Ventajas**

- **Alta efectividad.**

- **Dosis cada 3 meses con acción que se puede prolongar varias semanas más.**

### **Desventajas**

- **Causa irregularidades en el ciclo menstrual (amenorrea).**
- **Su reversibilidad es más lenta que los A.O.**
- **Los estudios en animales sugieren efecto teratogénico.**
- **Los estudios en animales sugieren incremento de riesgo para cáncer endometrial y mamario.**

### **Indicaciones al paciente adolescente**

**Por la posibilidad de su teratogeneidad y carcinogénesis no se recomienda como método anticonceptivo. (4)**

### **Inyección de microesferas de moretindrona (8)**

**El agente activo es el progestágeno enantato de noretindrona (NET), que se presenta como micro esferas de 0,6 a 0,1 mm. de diámetro que se inyecta intramuscular y liberan 0,48 mgr. de hormona/diario, hace pico de niveles séricos a la semana y su efectividad disminuye paulatinamente hasta hacerse indetectable**



**entre los 3 y 4 meses.**

**Efectividad, indicaciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas igual al depo-provera.**

**Anticonceptivos de implante**

**Métodos hormonales que se implantan en el tejido subcutáneo.**

- **Implante Norplant.**
- **Implante Biodegradable Capronor.**
- **Gránulo Biodegradable de Noretindrona.**

**Implante Norplant**

**El agente activo es el progestágeno levonorgestrel que se presenta en cápsulas de 34 mm. de largo y 2,4 mm. de diámetro, que se aplica mediante cirugía menor en la cara interna del brazo a nivel sub-cutáneo y libera gradualmente hormona que en las primeras semanas es de 80 meg./ día y declina a 34 meg./día a los 2-6 meses y 25 meg./día a los 60 meses.**

**Efectividad: El fracaso es de 0,04 por 100 mujeres-año uso (muy bajo).**

### **Ventajas**

- **Protección continua por 5 años.**
- **No interfiere con el acto sexual.**
- **Efecto reversible.**
- **Es confortable.**
- **Otros del uso de progestágeno solos.**

### **Desventajas**

- **Puede alterar los patrones de sangramiento menstrual.**
- **No protege contra las enfermedades de transmisión sexual.**

### **Indicaciones**

- **Contracepción a largo plazo.**

### **Contraindicación**

- **Enfermedad aguda del hígado.**
- **Hemorragia vaginal no diagnosticada**
- **Historia de tromboflebitis y embolias**
- **Historia de ataque cardiaco**
- **Historia de accidente cerebro-vascular**

### **Indicación al paciente adolescente**

**No se ha aprobado su uso en EE.UU para adolescentes, pero en un futuro cercano tiene las perspectivas de ser el anticonceptivo ideal para algunos casos especiales como la prevención de embarazo en adolescentes retardadas mentales.**

### **Implante biodegradable (Capronor)**

**El agente activo es el progestágeno levonorgestrel, se presenta en cápsulas para colocar sub-cutáneo por medio de una cirugía menor. Luego de colocado no se puede remover. Su acción es de 18 meses.**

**Los aspectos médicos relacionados a su implante son semejantes al Norplant.**

### **Granulo biodegradable de noretindrona**

**El agente activo se presenta en gránulos del tamaño de un grano de arroz que contiene 35 mg. de noretindrona (NET). Se coloca sub-cutáneo 4 granulos que tienen acción por 12 meses. Los otros aspectos médicos son similares al capronor.**

### **ARO vaginal (8)**

**El agente activo es levonorgestrel o progesterona, que se presenta como un anillo que se coloca en el fondo de la vagina.**

**Efectividad: 0,5 por 100 mujeres-año uso.**

### **Ventajas**

- **Puede ser utilizado por 1 a 6 meses continuos.**

### **Desventajas**

- **Puede desplazarse en el acto sexual.**
- **Produce sangrado irregular.**
- **La mujer debe manipular sus genitales.**

## **Indicaciones en el paciente adolescente**

**Todavía no se ha aprobado en E.E.U.U. para su uso general.**

### **Anticoncepción post-coital,**

**El acto sexual no planificado y desprotegido es frecuente en al conducta del adolescente, y el riesgo de embarazo varia entre 20% y 30%.**

**La anticoncepción post-coital se aplica en el acto sexual no protegido, cuando falla otro método como ejemplo la ruptura del condón y en los casos de violación.**

**La anticoncepción post-coital no es un método rutinario por algunos efectos desfavorables que tiene su aplicación.**

### **Alternativas (4) (8)**

- **Anticonceptivo oral tipo Ovral.**
- **Alta dosis de estrógenos.**
- **Alta dosis de progestágenos.**

### **Anticonceptivo ovral (es el mas recomendable)**

- **Dosis:** 2 tabletas lo antes posible después del acto sexual (máximo antes de las 72 horas, preferiblemente antes de las 24 horas).  
Luego tomar 2 tabletas 12 horas después de la 1a dosis.  
El período menstrual ocurre 2 a 3 semanas después.
- **Efectividad:** oscila el porcentaje de fracaso de 0,16% a 1,6%.

**Acción:** la dosis de 2 mgr. de norgestral y 200 mg. de etynilestradiol, produce modificaciones endometriales.

**Efectos secundarios:** náuseas y vómitos en el 10% a 30% de los casos.

### **Alta dosis de estrógenos**

- **Etynilestradiol:** 2,5 mg. 2 veces por día por 5 días.
- **Estrógenos conjugados (premarin):** 10 mg, 2 veces por días. por 5 días.
- **Estrona (Ogen):** 5 mg. 2 veces por día por 5 días.

### **Desventajas**

- **Náuseas y vómitos es lo más común.**
- **Posible efecto teratogénico y puede causar adenocarcinoma y otros efectos en el feto expuesto al dietilbestrol.**

#### **Indicaciones en pacientes adolescentes**

**No se recomienda por sus efectos.**

#### **Alta dosis de progestágenos**

**El acetato de quingestanol 1,5 a 2 mg. antes de las 24 horas después del coito. Danazol (derivado del 17-X-Etinyltestosterona). Se estudia también como posible medicamento post-coital.**

#### **Indicaciones en pacientes adolescentes**

**No se recomienda.**

#### **Dispositivo intrauterino**

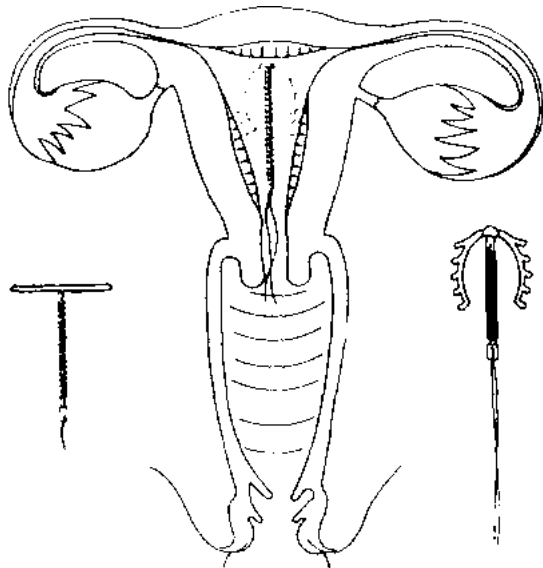
**Método temporal muy efectivo, que en su forma de presentación tiene muchas**

**variedades que han sufrido modificaciones para mejorar su efectividad y disminuir sus molestias, ya que se coloca en la cavidad uterina por una técnica que amerita destreza y conocimientos para su aplicación.**

**Efectividad: Índice de fracaso de 3-6 por 100 mujeres-año uso.**

**Dispositivo intrauterino: Diferentes modelos de D.I.U.**





**Mecanismo de acción supuestos**

- **Inflamación local que determina la migración de polimorfonucleares, células +, células gigantes y macrófagos que pueden fagocitar los espermatozoides y el óvulo fertilizado.**
- **Aumento local de prostaglandinas que inhiben la implantación.**
- **Interfiere con el sistema enzimático y estrógenos del endometrio.**
- **Disminuye motilidad del óvulo en las trompas.**
- **Disminuye motilidad espermática en la cavidad uterina.**
- **Efectos derivados de la presencia de progestágenos en algunos D.I.U. y su acción en el moco cervical y maduración endometrial que dificulta la implantación.**

### **Ventajas**

- **Efectivo contraceptivo.**
- **Inmediata reversibilidad.**
- **No se detecta su presencia.**

### **Desventajas**

- **No protege contra las enfermedades de transmisión sexual, incluso el Sida.**

- **Incremento de sangrado menstrual y dolor.**
- **Riesgo de perforación uterina, infección pélvica, embarazo ectópico, expulsión del D.I.U.**
- **En caso de embarazo hay riesgo de aborto en un 50%.**
- **No se recomienda en nulíparas.**

### Contraindicaciones del D.I.U.

#### Absolutas

Infección pélvica activa

Embarazo

#### Severa contraindicación

Promiscuidad

Historia de infección pélvica

Cervicitis aguda

Historia de embarazo ectópico

Sangramiento no diagnosticado

#### Relativas

Utero pequeño

Endometriosis

Polipos endometriales

Dolor menstrual severo

Amenia

Alergia al cobre

Valvulopatía cardíaca

Cáncer uterino o cervical

Anomalía congénita uterina

Terapia inmunosupresora

Historia de enf. de transmisión  
sexual  
Vaginitis

### **Indicación en adolescentes**

**No se recomienda por los riesgos que implica para la futura fertilidad (en caso de las nulíparas) y por la infección de enfermedades de transmisión sexual.**

### **Anticoncepción post-coital**

**El D.I.U. colocado antes del 5to. día después del acto sexual es una alternativa que se utiliza con éxito.**

**No se recomienda en casos de violación por la posible asociación con enfermedades de transmisión sexual.**

- **No se recomienda en adolescentes por las razones señaladas anteriormente.**

### **Metodos definitivos**

## **Esterilización quirúrgica.**

- 1. Femenina (ligadura de trompas)**
- 2. Masculina (vasectomía)**

### **Ligadura de trompas**

**Es la obstrucción de la continuidad de las trompas, para evitar que el óvulo siga su vía normal y sea fecundado por el espermatozoide, mediante diferentes técnicas quirúrgicas que se aplican:**

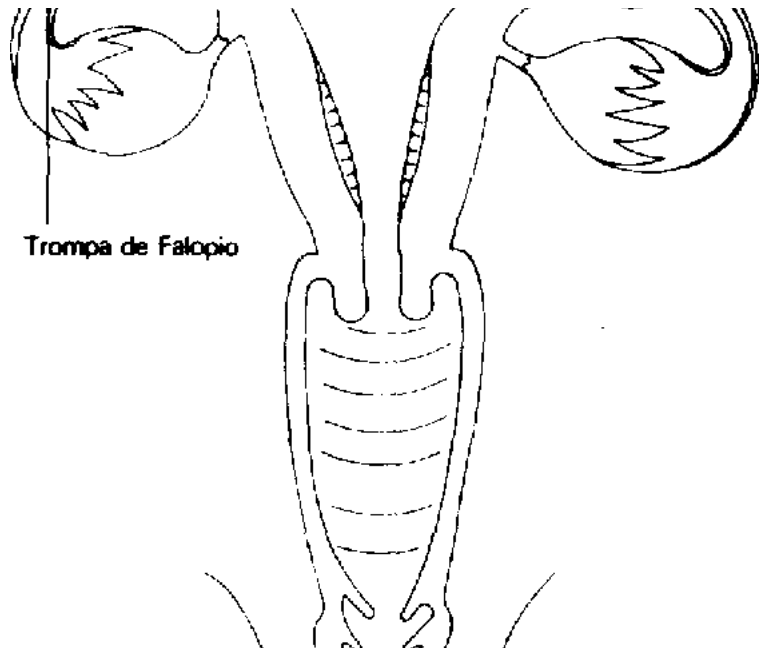
- 1. Técnicas no endoscópicas: vía abdominal (laparatomía) y vía vaginal (colpotomía).**
- 2. Técnicas endoscópicas: vía abdominal (laparoscopia), vía vaginal (colposcopia), vía uterina (histeroscopia).**

### **Ligadura de trompas**

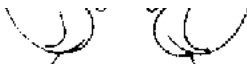


23/10/2011

Contents



Trompa de Falopio

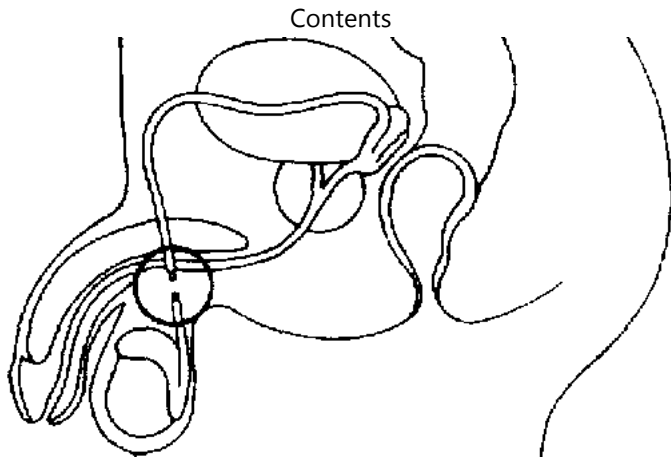


**Es un método irreversible para parejas que no desean más hijos.  
No se aplica en adolescentes.**

### **Vasectomía**

**Es el bloqueo de los conductos deferentes para impedir el paso de los espermatozoides de los testículos hacia la vesícula seminal mediante diferentes técnicas: ligadura, electrocoagulación, clips o sustancias químicas.**

### **Vasectomía**



**Efectividad: 1-2 embarazos por 1.000 vasectomías.  
No se aplica en adolescentes.**

### **Consideraciones sobre el aborto**

**Aborto: es la expulsión o extracción de toda o parte de la placenta o membranas**



**fetales sin un feto vivo identificable o con un infante vivo o muerto que pese 500 gr. o menos, o cuando ocurre la expulsión antes de las 20 semanas de embarazo. (6)**

**Aborto provocado: es la interrupción deliberada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación por razones terapéuticas (médicas y legales) o no terapéuticas.**

**El aborto es un tema muy controversial sobre todo el referido al que se realiza sin indicación terapéutica específica y científica, por los diferentes aspectos involucrados (9) (10):**

- **Libertad personal**
- **Libertad profesional**
- **Normativa legal**
- **Conceptos científicos**
- **Conceptos de salud pública**
- **Religión**
- **Ética**
- **Repercusiones psicológicas**
- **Aspectos sociales y**

- **Otros**

**En Venezuela el médico no puede aconsejar o realizar un aborto que no este comprendido en las especificaciones legales vigentes para el aborto terapéutico.**

**Aborto terapéutico: es el efectuado por el médico con la intención de salvar la vida de la madre. Cuando el médico se encuentra con una enfermedad producida o agravada por el embarazo y que amenaza la vida de la madre tiene el deber de intervenir.**

**Artículo 435 del código penal (11): *no incurrirá en pena alguna, el facultativo que provoque el aborto como medio indispensable para salvar la vida de la parturienta.***

**El profesional médico o cualquier otro miembro del equipo de salud que sea consultado acerca de la conveniencia o no de interrumpir un embarazo en mujer adolescente, debe conocer y ejercer su responsabilidad de orientar e informar sobre los diversos aspectos de alto riesgo de salud biológica y psíquica, además de las sanciones señaladas en nuestro código penal.**

**La orientación se debe dirigir a que la adolescente y sus padres tomen conciencia de la importancia de aceptar la continuación del embarazo y que la jovencita se prepare para asumir una maternidad responsable y amorosa hacia su hijo.**

### **Estrategia de prevención del aborto**

- **Promocionar todas las estrategias señaladas en la prevención del embarazo precoz, principalmente las relacionadas con una educación sexual integral que atienda los aspectos físicos, psicológicos, espirituales, morales y sociales involucrados.**
- **Facilitar la atención integral del adolescente (mujer y hombre) en todos los establecimientos de salud.**
- **Facilitar el acceso de los adolescentes a la educación, información y servicios relacionados con salud reproductiva.**

### **ANEXO**

#### **Situación legal del aborto en Venezuela**

#### **CODIGO PENAL (disposiciones que datan de 1897)**

- **Artículo 432:** La mujer que intencionalmente abonare, valiéndose para ello de medios empleados por ella misma o un tercero con su consentimiento será castigada con prisión de 6 meses a 2 años.
- **Artículo 433:** El que hubiera provocado el aborto de una mujer con el consentimiento de esta será castigado con prisión de 12 a 30 meses. Si por consecuencia del abono y de los medios empleados, sobreviene la muerte de la mujer la pena será presidio de 3 a 5 años y de 4 a 6 años si la muerte sobreviene por haberse valido de medios más peligrosos que los consentidos por la mujer.
- **Artículo 434:** El que h ya procurado el aborto de una mujer empleando sin su consentimiento o contra su voluntad medios dirigidos a producirlo, será castigado con prisión de 15 meses a 3 años. Si el aborto se efectuare en la prisión será de 3 a 5 años. Si por causa del aborto o de los medios empleados, sobreviene la muerte de la mujer, la pena será de presidio de 6 a 12 años. Si el culpable fuere el marido, las penas establecidas en el presente artículo se aumentarán en una sexta parte.
- **Artículo 455:** Cuando el culpable de alguno de los delitos previstos en los artículos precedentes sea una persona que ejerza el arte de curar o cualquiera otra profesión o una reglamentados en interés de la salud pública, si dicha

**persona ha indicado, facilitando o empleando medios con los cuales se ha procurado el aborto en que ha sobrevenido la muerte, las penas de la ley se aplicaran con un aumento de una sexta parte. La condenación llevará siempre como consecuencia la suspensión del ejercicio del arte o profesión del culpable por tiempo igual al de la pena impuesta. (Excepción es el aborto terapéutico)**

- **Artículo 436: Las penas establecidas en los artículos precedentes se disminuyen en la proporción de 1 a 2/3 y el presidio se convertirá en prisión en el caso de que el autor del abano lo hubiera cometido para salvar su propio honor, la honra de su esposa, madre, descendiente, hermana o de su hija adoptiva.**

**Comentario: El código actual venezolano no justifica el aborto en el caso del diagnóstico intra uterino de niño con malformación congénita o en el caso de que el embarazo sea producto de una violación.**

**Actualmente existe en el Congreso Nacional para su discusión y posterior vigencia un proyecto de ley relacionado con el aborto, la redefinición de su punibilidad y la necesidad de ajustar la ley a la problemática actual que confronta nuestra sociedad.**

## **Bibliografía**

- 1. LEON, A. Etica Médica. Minoridad y prescripción de anticonceptivos. Revista Tribuna Médica. Febreo 1989. Caracas.**
- 2. Código Civil de la República de Venezuela. Julio 1982.**
- 3. Normas de los programas de salud materna y planificación familiar. Dirección Materno Infantil. M.S.A.S. (Revisada en 1991).**
- 4. NEINSTEIN, L.: Contracepción - Adolescent health care. A practical guide. Second edition. Urban y Schwarzenberg, 1991. Baltimore.**
- 5. GREYDANUS, D. Adolescent Sexuality and gynecology. Lea y Febiger. 1990. Philadelphia.**
- 6. ALLER, J.: Métodos anticonceptivos en Venezuela. Gráficas Franco. 1984. Caracas.**
- 7. SENANAYAKA, P. La anticoncepción y el adolescente. Outlook. Junio 1987.**
- 8. HALCHER, R.: STEWART, F. Contraceptive technology. 15th. Revised edition. Irvintong publishers Inc. 1991-1992. New York.**

- 9. BARRERA, G.; KERDEL, O.: El adolescente y sus problemas en la práctica. Monte Avila Editores. 1976. Caracas.**
- 10. Seminario Taller Lucha contra el Aborto. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Dirección Materno Infantil. 1989. Bolivia.**
- 11. Código Penal Venezolano.**
- 12. Constitución Nacional de Venezuela.**
- 13. Ley Tutelar de Menores (Venezuela).**
- 14. Ley de Ejercicio de la Medicina (Venezuela).**
- 15. Ley del Trabajo de Venezuela.**
- 16. GONZALEZ, M.: Adolescencia y anticoncepción. Servicio de Planificación Familiar. Maternidad Concepción Palacios. Caracas.**
- 17. Conferencia Internacional sobre fecundidad en adolescente en América Latina. OAXACA. México, 1989.**

**18. CERRUTI, S.: Sexualidad humana. Publicación O.P.S. Febrero 1989. Uruguay.**

**19. FOEGE, W.: Anticoncepción y reproducción. Editorial Panamericana, 1990. Buenos Aires.**

**20. MAY, S. Adolescent contraception: An overview adolescent and pediatric gynecology. Vol. 1. N° 2. 1988. New York.**

**21. Publicación del Dpto. de Salud de Virginia. SIDA/ETS.**

---

[Indice](#) - [◀Precedente](#)